

Programul RO19 „Inițiative în Sănătatea Publică”

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

GHID DE PREVENȚIE

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



2 Intervențiile preventive adresate stilului de viață

Consumul de alcool • Fumatul



alrat



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

Ghid de prevenție

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

Volumul 2

Intervențiile preventive adresate stilului de viață

- Consumul de alcool
- Fumatul

Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

„Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile asociate stilului de viață în România” –

Programul RO19 „Inițiative în sănătatea publică”

Promotor

Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

www.insp.gov.ro

Parteneri

Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

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

www.cnsmf.ro

ALIAT – Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor

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

www.aliat-ong.ro

Disclaimer

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

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

Mark Twain

COLECTIVUL DE ELABORARE A GHIDULUI

Colectiv CNSMF:

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

Colectiv INSP:

Magda Ciobanu
Adriana Galan
Rodica Nicolescu
Silviu Rădulescu
Carmen Ungurean

Colectiv ALIAT:

Gabriella Bondoc
Eugen Hriscu
Andreea Ștefanache
Mihai Bădica

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

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

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

CUPRINS

Partea I – Consumul de alcool	9
CAPITOLUL 1. INTRODUCERE	11
CAPITOLUL 2. DEFINIȚIA TERMENILOR	12
CAPITOLUL 3. SITUAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ A CONSUMULUI DE ALCOOL	17
3.1. Modele de consum în Europa	17
3.2. Modele de consum în România	17
3.3. Efectele consumului de alcool asupra sănătății.....	18
3.3.1. Mortalitate.....	18
3.3.2. Morbidity și invaliditate.....	18
CAPITOLUL 4. EFECTELE INDIVIDUALE ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL.....	21
4.1. Efecte neuropsihice.....	24
4.2. Boli infecțioase.....	25
4.3. Cancerul.....	25
4.4. Tulburări gastrointestinale	26
4.5. Diabet zaharat.....	26
4.6. Boli cardiovasculare	26
CAPITOLUL 5. INTERVENȚII PENTRU depistarea și REDUCEREA CONSUMULUI DE ALCOOL	28
5.1. SCREENING	28
5.2. TESTUL AUDIT	31
5.3. TEST AUDIT-C	33
5.4. INTERVENȚIILE SCURTE (IS).....	41
CAPITOLUL 6. CONCLUZII	45
ANEXE	47
ANEXA 1. CHESTIONARUL AUDIT	47
ANEXA 2. CHESTIONARUL AUDIT – SCORURI	48
ANEXA 3. FIȘA PACIENT CU SCOR 1-7	49
ANEXA 4. FIȘA PACIENT CU SCOR 8-15	51
ANEXA 5. FIȘA PACIENT CU SCOR 16-19.....	53

ANEXA 6. FIȘA PACIENT CU SCOR PESTE 20	55
ANEXA 7. JURNALUL SĂPTĂMÂNAL AL CONSUMULUI DE ALCOOL	57
ANEXA 8. JURNALUL SITUAȚIILOR DE RISC.....	59
ANEXA 9. PLANUL PERSONAL ÎN CAZ DE URGENȚĂ.....	60
ANEXA 10. BALANȚA DECIZIONALĂ	61
ANEXA 11. SUMARUL RECOMANDĂRIILOR PRIVIND CONSUMUL DE ALCOOL	62
Bibliografie.....	63
 Partea a II-a – Fumatul.....	75
CAPITOLUL 1. IMPORTANȚA PROBLEMEI	77
CAPITOLUL 2. DEFINIȚII	79
CAPITOLUL 3. EVALUAREA PACIENTULUI CU TULBURARE LEGATĂ DE CONSUMUL DE TUTUN.....	82
CAPITOLUL 4. BOLI PROVOCATE DE FUMATUL ACTIV	84
4.1. FUMATUL ȘI BOLILE CARDIOVASCULARE	85
4.1.1. Boala coronariană	85
4.1.2. STOP FUMAT și bolile coronariene acute	87
4.1.3. Fibrilația atrială (FiA)	87
4.1.4. Insuficiența cardiacă (IC).....	87
4.1.5. Bolile vasculare periferice (BVP)	87
4.1.6. STOP FUMAT și bolile vasculare periferice	88
4.1.7. Bolile cerebro-vasculare	88
4.1.8. STOP FUMAT și AVC.....	89
4.1.9. Anevrismul de aortă	89
4.2. FUMATUL ȘI BOLILE PULMONARE	90
4.2.1. Bolile pulmonare obstructive cronice.....	90
4.2.2. Infecțiile respiratorii	90
4.2.3. Cancerul căilor respiratorii.....	91
4.3. FUMATUL ȘI BOLILE DIGESTIVE.....	91
4.3.1. Bolile tractului digestiv superior	91
4.3.2. Bolile gastrointestinale	92
4.3.3. Cancerele digestive.....	92
4.4. FUMATUL ȘI BOLILE GENITO-URINARE	93
4.4.1. Ciclul menstrual.....	93
4.4.2. Fertilitatea.....	93

4.4.3. Cancerele tractului genital.....	93
4.4.4. Bolile urinare.....	94
4.5. FUMATUL ȘI OSTEOPOROZA.....	94
4.6. FUMATUL ȘI ASPECTUL ESTETIC.....	94
4.7. FUMATUL ȘI SĂNĂTATEA ORALĂ	94
4.8. FUMATUL ȘI BOLILE OCULARE	95
4.9. FUMATUL ȘI BOLI NEURO-PSIHICE.....	95
CAPITOLUL 5. INTERVENȚII PENTRU DEPISTAREA ȘI REDUCEREA CONSUMULUI DE TUTUN	97
5.1. SCREENINGUL	97
5.2. INTERVENȚII SCURTE PENTRU RENUNȚAREA LA FUMAT	98
5.2.1. Rolul personalului medical în încurajarea renunțării la consumul de tutun.....	98
5.2.2. Intervenții asupra fumatului activ	100
5.2.3. Intervenții asupra fumatului pasiv	109
5.3. TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE NICOTINĂ	110
5.3.1. Medicamente de substituție nicotinică („Terapia de substituție nicotinică” – TSN) .	111
5.3.2. Medicamente fără nicotină.....	112
5.4. POPULAȚII SPECIALE.....	116
5.4.1. Femei însărcinate	116
5.4.2. Adolescenți	121
5.4.3. Vârstnici	122
5.5. STRATEGIA ABORDĂRII CONSUMULUI DE TUTUN DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE	123
ANEXE	128
ANEXA 1. Testul Fagerström pentru evaluarea dependenței de nicotină	128
ANEXA 2. Sumarul recomandărilor privind fumatul	129
BIBLIOGRAFIE.....	130

Partea I

Consumul de alcool

CAPITOLUL 1.

INTRODUCERE



Alcoolul este parte din cultura umană încă de la începutul istoriei înregistrate (Hanson, 1995) și în prezent este consumat pe scară largă în majoritatea zonelor lumii.

Consumul de alcool este identificat ca factor major de risc pentru boală, dizabilitate și deces, așa cum reiese din toate evaluările comparative ale riscurilor de boală realizate de Organizația Mondială a Sănătății (CRA WHO 1990, 2010).

Efectul nociv al alcoolului este în general proporțional cu cantitatea și modelul de consum, cele mai grave consecințe fiind asociate cu consumul de peste 40 de grame de alcool pur/zi la bărbați și 20 de grame de alcool pur/zi la femei (Rehm et al, 2004) și cu consumul neregulat abuziv de peste 60 de grame/ocazie (Gmel et al, 2010; Rehm et al, 2004).

Studiile evidențiază faptul că nu numai indivizii și familiile lor sunt afectați de consumul dăunător de alcool, ci și comunitățile (Center for Disease Control and Prevention, 2008).

CAPITOLUL 2.

DEFINIȚIA TERMENILOR

Pentru o înțelegere mai clară a paletelor de probleme asociate consumului de alcool este necesară o definiție agreată a termenilor utilizați.

Indicatori pentru măsurarea nivelului de consum de alcool

Dintre aceștia, cei mai importanți 3 sunt:

- **cantitate de alcool, per capita (APC).** Se definește ca *litri de alcool pur consumat pe cap de locuitor, într-un an, la persoane cu vârsta peste 15 ani*. Termenul este utilizat, în studiile epidemiologice, ca un indicator al nivelului mediu anual de consum al unei populații date.
- **cantitate de alcool, în grame per persoană/zi.** Având în vedere greutatea specifică a alcoolului de 0,793 g/cm³ (la 20°C), *cantitatea de alcool per capita* în litri de etanol pur pe an poate fi convertită *în grame pe zi*, după formula:
$$g/zi = APC \times 1000 \times 0,793/365 \text{ zile}$$
- Acest indicator este utilizat atât în studii și evaluări epidemiologice cât și în practica medicală ca o măsură a cantității de alcool pur consumată de un individ, în medie pe zi. Cantitățile de alcool se corelează cu efectele asupra sănătății, indicatorul fiind utilizat în articole științifice de specialitate.
- **unitatea de alcool.** Cantitatea de alcool în grame/per persoană/zi poate fi transformată în unități de alcool, echivalența fiind 10-14 g de alcool pur/unitate.

Definițiile variază în funcție de țară și legislația locală.

Echivalența unei UNITĂȚI de ALCOOL s-a stabilit în fiecare țară prin consens.

În ciuda variațiilor destul de mari, folosirea unităților de alcool este foarte utilă în practica medicului de familie și a medicului specialist. Este preferată și de pacienți, fiind ușor de evaluat și ținut minte.

Definiția unei „unități de alcool” în EHIS (*European Health Interview Survey*) este egală cu 10 grame de alcool pur. În România, prezentul ghid propune:

UNITATEA DE ALCOOL = 10 g de alcool pur



(având în vedere greutatea specifică a alcoolului de 0,793 g/mL, 10 g de alcool au un volum de 12,6 mL la 20 grade Celsius).

Conform OMS (Babor & Higgings-Biddle, 2001) o unitate de alcool este conținută în:

- 330 mL bere cu 5% alcool;
- 140 mL de vin cu 12% alcool;
- 90 mL de vin cu 18% alcool (de exemplu, sherry);
- 70 mL de lichior cu 25% alcool;
- 40 mL „tărie” (de exemplu, whisky, țuică, vodcă, gin), cu alcool 40%.

Termeni utilizați pentru descrierea frecvenței și a modelului de consum de alcool

Ghidul recomandă doar termenii pentru care există un consens și recomandări ale OMS.

În prezent se consideră că **modelul consumului de alcool este un continuum** de la un consum nepericulos pentru sănătate, până la un consum sever cu dependența și alte consecințe grave asupra sănătății fizice.

Termenii de mai jos stabilesc niște *borne* în acest continuum, în care există o proporționalitate directă între cantitatea de alcool consumată, consecințele negative asupra sănătății fizice și psihice și resursele și intervențiile medicale necesare pentru a le corecta.

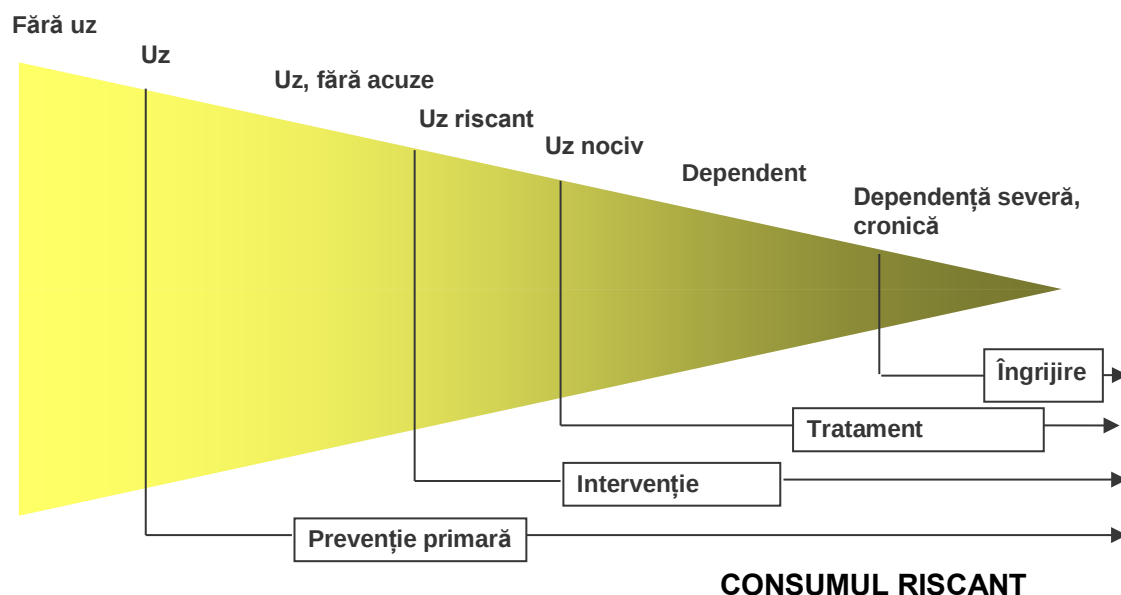


Figura 1. Modelul de consum de alcool și consecințele asupra sănătății (Modelul Skinner).

Este definit ca un nivel sau model de consum care este probabil să determine consecințe negative pentru sănătate, dacă acest nivel este continuat. (Babor et al 1994).

CONSUM RISCANT

F: 20-40 g/zi

B: 40-60 g/zi

AUDIT
8-15

O definiție a OMS descrie consumul riscant ca un *consum mediu regulat de 20-40 g de alcool/zi la femei și 40-60 g/zi la bărbați* (Rehm et al 2004).

În general, este considerat riscant pentru sănătate consumul de alcool care depășește un anumit prag recomandat, variabil definit de la țară la țară.

CONSUM NOCIV

F: > 40 g/zi

B: > 60 g/zi

AUDIT
16-19

Este definit ca un tipar de consum de alcool care produce daune sănătății fizice (cum este, de exemplu, ciroza hepatică) sau psihice (de exemplu, depresia secundară consumului de alcool) (OMS, 1992).

Tulburarea „Consum nociv de alcool” există ca tulburare psihică definită ca mai sus în Clasificarea Internațională a Maladiilor (ICD-10), cod F10.1.

Comisia europeană definește consumul nociv ca ”Aportul de peste 60 de grame de alcool pur la o ocazie, lunar sau mai des, în timpul ultimelor 12 luni”.

OMS a definit consumul nociv ca un *consum mediu regulat de mai mult de 40 g de alcool/zi la femei și 60 g de alcool/zi la bărbați* (Rehm et al, 2004).

Testul **AUDIT** (Testul de Identificare a Tulburărilor Induse de Alcool), test standardizat și recomandat de OMS și majoritatea ghidurilor internaționale, are praguri de punctaj clar definite pentru diferențierea tiparelor de consum de mai sus.

Rezultate **AUDIT**:

- Între 0 și 7 - Consum nepericulos pentru sănătate;
- Între 8 și 15 - Consum riscant;
- Între 16 și 19 - Consum nociv;
- Peste 20 - Consum extrem de nociv.

INTOXICAȚIE

Intoxicația etanolică este o condiție tranzitorie după administrarea de alcool, rezultând în tulburări ale nivelului de conștiență, cunoaștere, percepție, dispoziție sau comportament, sau ale altor funcții și reacții psihofiziologice (IDC-10, cod de tulburare F10.0).

Ea poate rezulta la orice concentrație de alcool în organism. Nu este sinonimă cu episodul de consum sever sau compulsiv („consum de tip binge”).

EPISOD DE CONSUM COMPULSIV/EXCESIV

Acest model presupune consumarea episodică a unor cantități mari de alcool (definită de OMS, 2004 ca peste 60 g de alcool/ocazie sau mai mult de 5-6 unități/ocazie). Acest tip de *consum neregulat* la „ocazii” sau în weekend (consum de tip binge) este asociat cu consecințe negative grave asupra sănătății fizice (Gmel et al, 2010; Rehm et al, 2004), deși nu se depășește cantitatea de alcool maxim recomandată pe săptămână.

DEPENDENȚA DE ALCOOL/TULBURĂRI INDUSE DE ALCOOL

AUDIT
> 20

Diagnosticul de **Dependență de alcool** există ca tulburare distinctă în Clasificarea Internațională a Tulburărilor Mintale și de Comportament a OMS (ICD-10) și în DSM-IV-R (Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale).



Important! Termenul „dependență de alcool” nu mai reprezintă o tulburare mintală distinctă în DSM-5, ultima versiune (2013) a DSM.

Conform ICD 10, criteriile de diagnostic pentru *Dependența de alcool* (F10.2) sunt următoarele: un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în care utilizarea alcoolului capătă o prioritate mult mai mare pentru individ decât alte comportamente care au avut odată o valoare mai mare. O caracteristică centrală a sindromului de dependență este dorința (de multe ori puternică, uneori copleșitoare) de a consuma alcool. Revenirea la consumul de alcool după o perioadă de abținere duce la reapariția mai rapidă a caracteristicilor sindromului.

TULBURĂRI LEGATE DE CONSUMUL DE ALCOOL

DSM-5 include într-o categorie unică - *Tulburări legate de consumul de alcool*, abuzul și dependența de alcool, descrise în DSM IV drept categorii distincte.

Criteriile DSM-5 pentru Tulburările legate de consumul de alcool sunt:

1. Substanța este consumată în cantități mai mari și pentru o perioadă mai lungă de timp decât s-a intenționat inițial.
2. Există dorința de a reduce sau stopa consumul de substanță, dar fără a avea succes.
3. Sunt necesare perioade lungi de timp pentru a obține substanța, a o folosi sau a se recupera de pe urma consumului de substanță.
4. Există o nevoie puternică de a folosi substanța (*Craving*).

5. Activitățile planificate la lucru, acasă sau la școală nu sunt realizate din cauza consumului de substanță.
6. Consumul continuă, în ciuda consecințelor negative asupra relațiilor.
7. Renunțarea la activități importante sociale, ocupaționale sau recreaționale din cauza consumului de substanță.
8. Consumul repetat de substanță, în ciuda situațiilor periculoase create astfel.
9. Continuarea consumului în ciuda conștientizării existenței unei probleme fizice sau psihologice cauzate sau agravate de substanță.
10. Nevoia de cantități tot mai mari de substanță pentru a obține efectul dorit (toleranță).
11. Apariția simptomelor de sevraj care pot fi evitate prin consumul de substanță.

Sunt definite 3 subcategorii de gravitate:

- Tulburare de intensitate ușoară (2-3 criterii);
- Tulburare de intensitate medie (4-5 criterii);
- Tulburare de intensitate severă (peste 6 criterii).

Nu se recomandă a fi utilizați următorii termeni:

• **ALCOOLISM**

• **CONSUM SOCIAL/MODERAT/RESPONSABIL DE ALCOOL**

Fiecare țară și-a stabilit limite privind cantitatea de alcool care reprezintă un consum nepericulos pentru sănătate, în grame de alcool pur/zi pentru bărbați și femei sau în unități de alcool.

În România, se consideră un *consum problematic* (riscant, nociv, extrem de nociv) depășirea următoarelor cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 unități/săptămână;

Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână;

Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru probleme de sănătate.

CAPITOLUL 3. SITUAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ A CONSUMULUI DE ALCOOL

3.1. MODELE DE CONSUM ÎN EUROPA

În UE (15+) se estimează că aproximativ 53 de milioane de adulți nu beau deloc alcool, în timp ce aprox. 58 de milioane sunt mari băutori, dintre care 23 de milioane sunt dependenți de alcool. (Anderson P, Baumberg B, 2006)

Consumul per capita în populația adultă a UE a fost de **12,5 litri de alcool** pur pe locuitor în anul 2009 (consum oficial cât și de băuturi neînregistrate oficial (produse în gospodărie, trafic ilegal etc.). (Anderson P, Moller L, Galea G, 2012)

Figura 2 prezintă consumul de alcool per capita în populația adultă a UE.

În 2012 nivelul de consum **în România (16,3 L în total, din care 3 L neînregistrați)** o situează deasupra nivelului de consum mediu în Europa. (vezi Figura 2 - Consumul de alcool per capita în UE, țările candidate, Norvegia și Elveția, 2009).

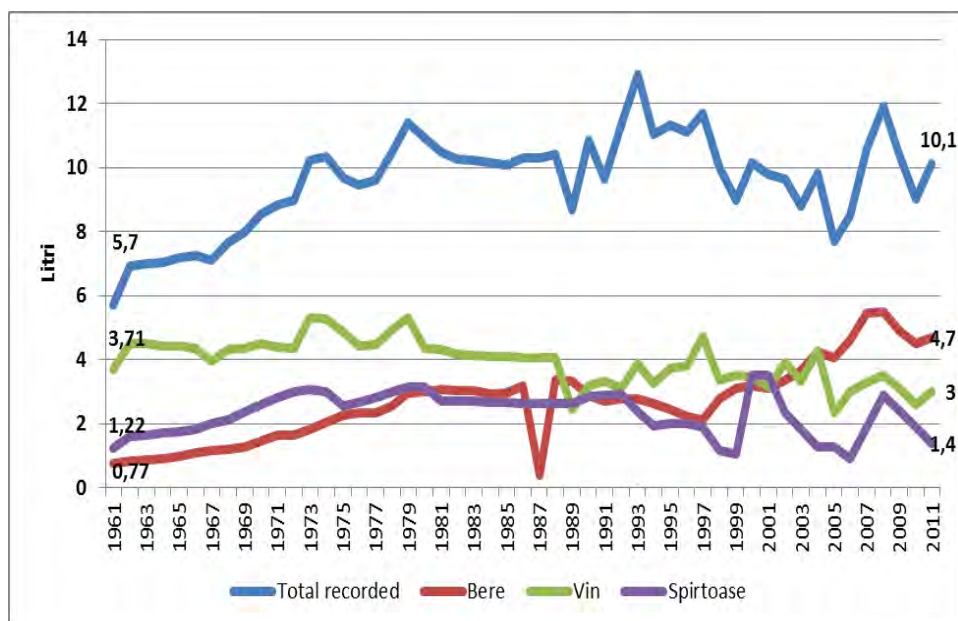
3.2. MODELE DE CONSUM ÎN ROMÂNIA

Dacă în 1961 România avea un consum înregistrat de alcool pe locuitor adult (15+) de 5,7 L de alcool pur/an, acest consum aproape s-a dublat, ajungând în anul 2011 la 10,1 L de alcool pur/locuitor/an. De asemenea, structura consumului s-a modificat, în special prin scăderea la jumătate a ponderii consumului de vin și triplarea ponderii consumului de bere. România se situează deasupra consumului mediu al UE.

Consumatorii, de multe ori, nu conștientizează că o treime (32,4%) din populația adultă a României nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, ceea ce poate modifica ideea cultural răspândită despre universalitatea consumului de alcool („beau și eu ca tot omul”).

În România, ca și în Europa, **berea este tipul preferat de alcool** [Recorded alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) by type of alcoholic beverage, OMS, 2011].

Figura 2. Consumul de alcool înregistrat per capita la populația adultă a UE, 1961-2011



Sursă: Global Health Observatory Data Repository (European Union) <http://apps.who.int/gho/data>

3.3. EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL ASUPRA SĂNĂTĂȚII

Consumul problematic de alcool este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS,1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumire, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

3.3.1. MORTALITATE

La nivel mondial, **peste 3,3 milioane de oameni mor în fiecare an** din cauza alcoolului, aceste cifre luând deja în calcul efectul benefic pe care alcoolul îl are în bolile cardiovasculare și diabet (Baliunas et al. 2009; Corrao et al. 2000; Patra et al. 2010; Rehm et al. 2004) (estimat în 2012).

Astfel, 5,9% din numărul total de decese anuale sunt determinate de alcool, din care 7,6 % la bărbați și 4% la femei.

În Europa, procentul din mortalitatea generală cauzată de alcool este dublu față de procentul din mortalitatea generală la nivel mondial, fiind de 13,3%.

3.3.2. MORBIDITATE ȘI INVALIDITATE

La nivel mondial, 5,1% din povara globală a bolilor și a prejudiciului poate fi atribuită alcoolului (măsurată în DALY); în Europa, cifra este de 12,8% din total DALY (Global status report, 2014).

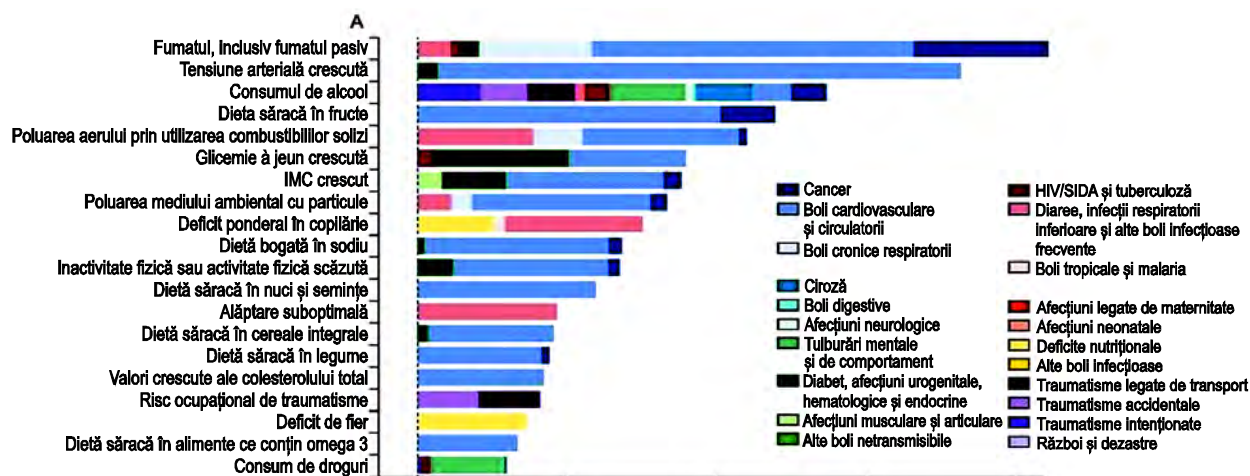
Consumul de alcool provoacă deces și invaliditate, relativ devreme în viață. Dincolo de consecințele asupra sănătății, consumul nociv de alcool aduce pierderi sociale și economice semnificative indivizilor și societății în general.

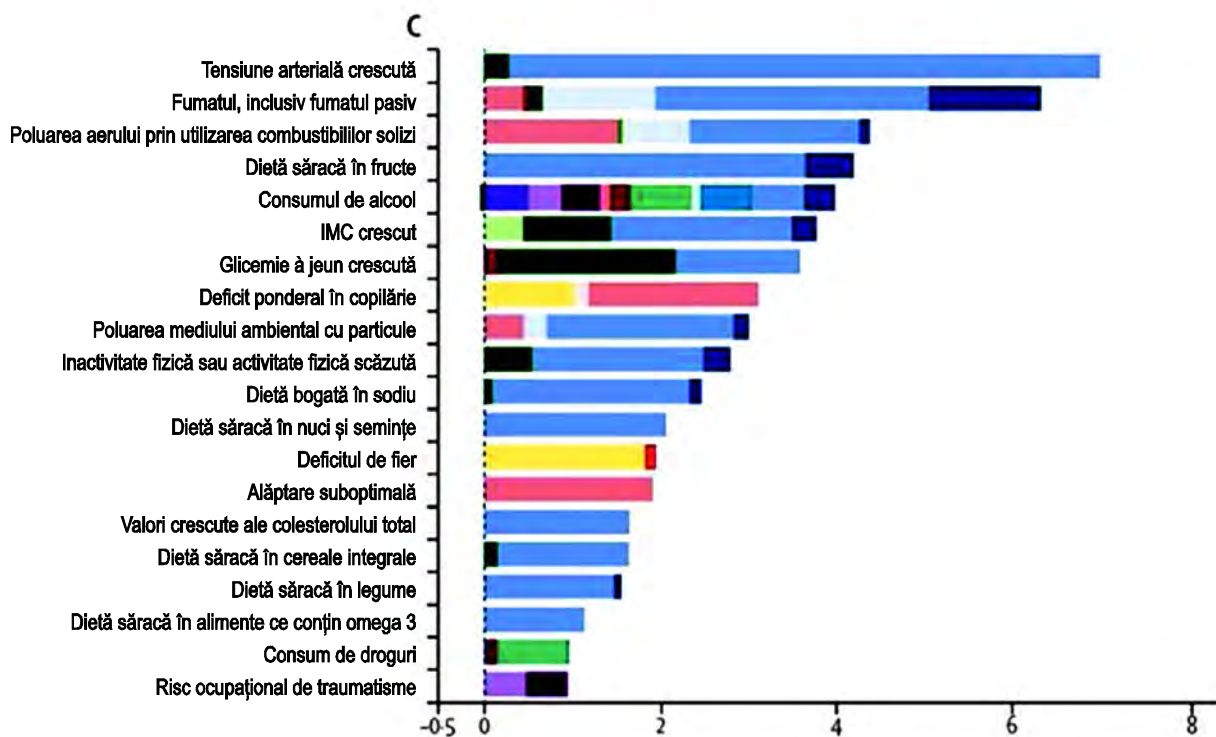
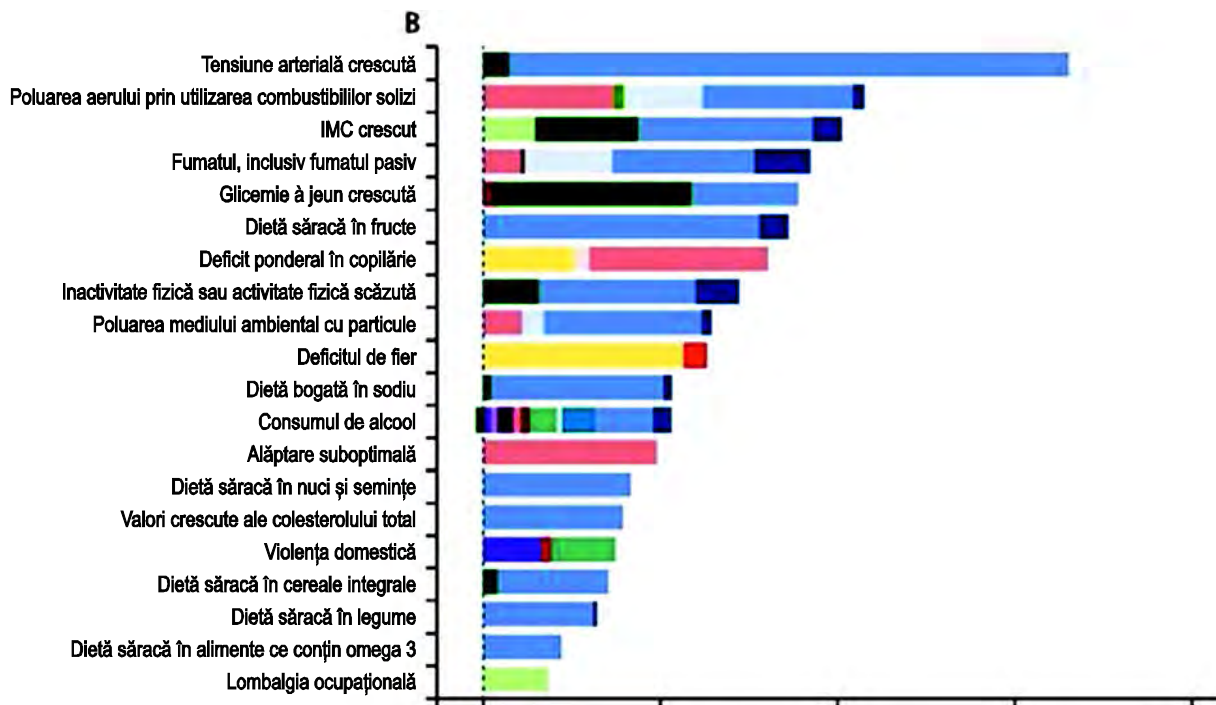
Alcoolul ocupă locul 5 în lista factorilor de risc globali implicați în îmbolnăviri și leziuni, la nivel mondial (*Global Burden of Disease Study, 2010*), urcând cu 3 locuri față de 1990 (Figura 3).

De fapt, în ultima evaluare a riscului comparativ condusă de OMS, impactul defavorabil al consumului de alcool asupra poverii globale a bolilor și leziunilor a fost întrecut doar de sexul neprotejat și obezitatea la copii, dar a depășit multe riscuri clasice ca apa și salubritatea nesigure, hipertensiunea, colesterolul ridicat sau consumul de tutun (WHO 2009).

O atenție specială trebuie acordată factorilor de risc pentru îmbolnăviri la bărbați, unde alcoolul ocupă locul 3, fiind depășit doar de fumat și hipertensiunea arterială.

Figura 3. Factori de risc globali (Global Burden of Disease Study, 2010) – la bărbați (A), la femei (B) și ambele sexe (C)



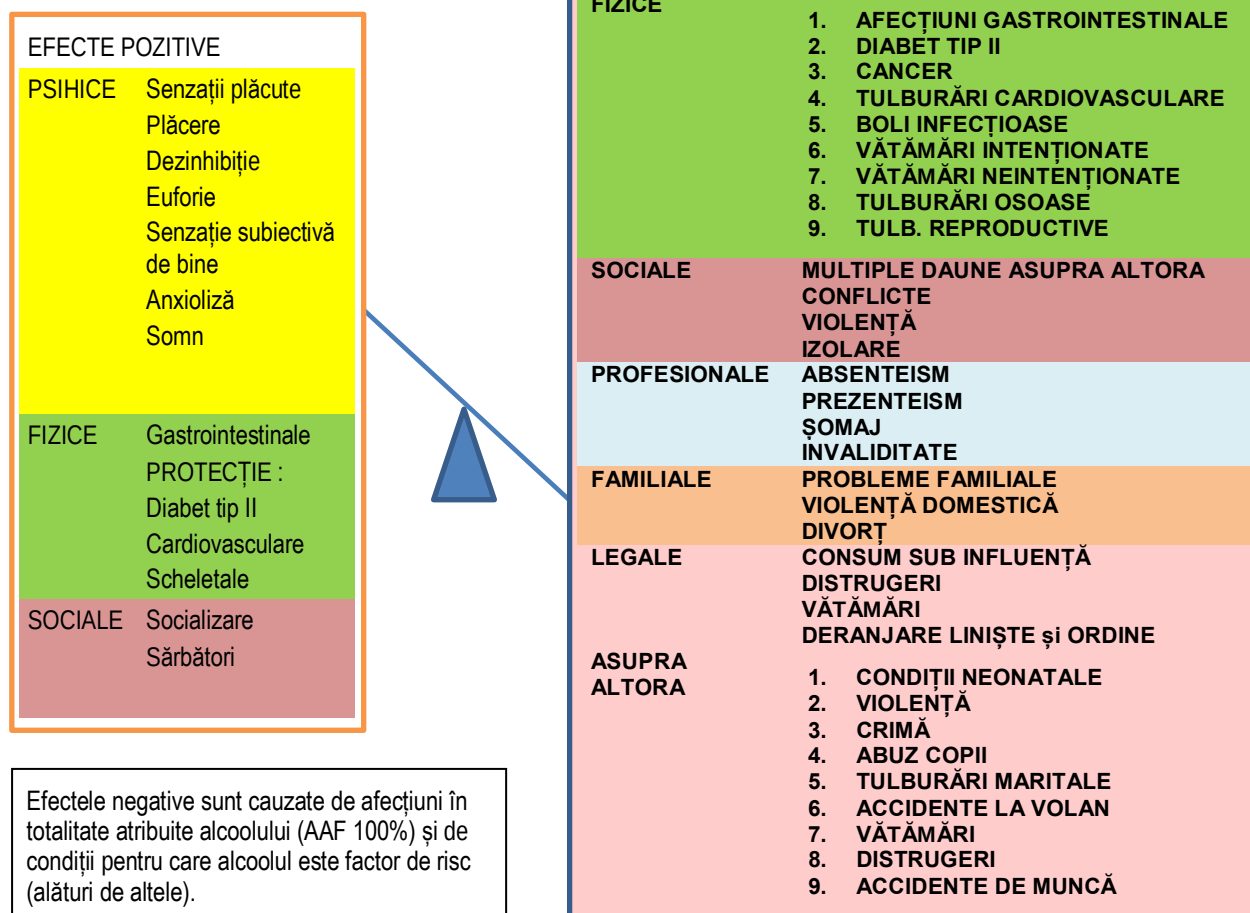


CAPITOLUL 4. EFECTELE INDIVIDUALE ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL

Consumul de alcool are efecte semnificative asupra ființei umane, acționând și influențând nu numai sănătatea psihică și fizică, ci și toate ariile de funcționare (nivel familial, profesional, socio-economic). Efectele alcoolului nu sunt în totalitate negative, deși balanța este net înclinată în favoarea acestora.

La aceste efecte se adaugă cele asupra societății, determinate de costurile îngrijirii sănătății, afectarea sănătății (fizice și psihice) și siguranței celor din jur, scăderea productivității în muncă cu invaliditate precocă. (Rehm, 2009).

Figura 4. Efectele individuale ale alcoolului



Efectele negative ale consumului de alcool

Relația dintre volumul mediu de alcool consumat, boala și riscul de rănire este dependentă în cele mai multe cazuri de doză, dar nu neapărat după un model linear. Astfel, Rehm și colaboratorii săi (Rehm et al, 2007) au stabilit niște niveluri (straturi) ale mediei consumului pentru a permite modelarea diferitelor modele (curbe) de relații:

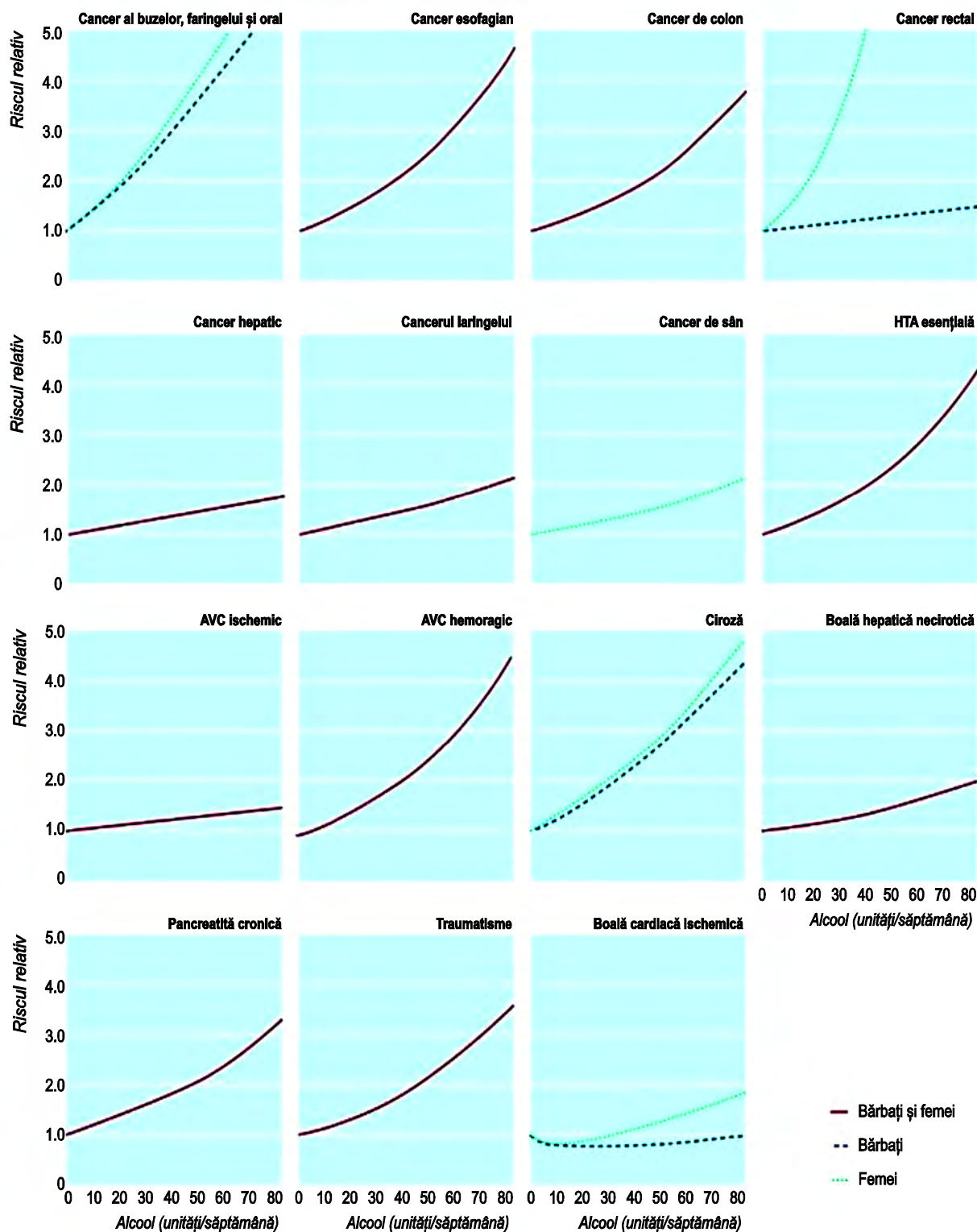
- abstinenții (cei care consumă până la 0,25 grame de alcool pur pe zi),
- de la 0,25 la 20 g,
- de la 20 la 40 g,
- de la 40 la 60 g și
- peste 60 g pe zi.

Pentru cele mai multe boli, riscul asociat este mai crescut pentru un nivel mai crescut al consumului de alcool, fără nicio dovadă a vreunui efect de prag (Anderson et al., 1993; Anderson, 1995; Anderson, 2003; Rehm et al., 2003) și cu pante ale riscului variind în funcție de sex (Corrao et al. 1999; Corrao et al. 2004) (Figura 3).

Există o relație directă doză-răspuns între consumul de alcool și riscul de deces la femeile cu vârsta între 16 și 54 de ani și la bărbații între 16 și 34 de ani. La vârste mai înaintate, relația este în formă de „U”.¹

Nivelul de consum la care riscul este cel mai mic crește odată cu vârsta, ajungând la 3 unități pe săptămână la femeile cu vârsta de peste 65 de ani și 8 unități pe săptămână la bărbații cu vârsta de peste 65 de ani. Nivelul la care riscul este crescut cu 5% peste acest minim este de 8 u/săptămână la femei între 16-24 de ani și 5 u/săptămână la bărbații între 16-24 de ani, respectiv de 20 u/ săptămână la femei și 34 u/săptămână la peste 65 de ani.

Figura 5. Riscuri relative specifice cauzei. Când bărbații și femeile nu sunt arătați separat, același model este folosit pentru ambele sexe.



Condiții pentru care alcoolul este un factor de risc

Tulburările și leziunile pentru care consumul de alcool este un factor de risc contribuie mai mult la povara globală a îmbolnăvirilor decât o fac condițiile medicale specifice alcoolului.²

Principalele categorii impactate de consumul de alcool sunt enumerate în figura de mai sus și vor fi detaliate pe rând.

4.1. EFECTE NEUROPSIHICE

Există multiple tulburări psihice induse în exclusivitate de alcool. (F10). Consumul de alcool crește și riscul dezvoltării altor tulburări psihice. De asemenea, riscul tulburărilor induse de alcool (AUD) este mult mai mare la pacienții cu tulburări psihice decât în restul populației. 1A

Tulburarea *depresivă* și AUD sunt într-o astfel de relație bidirecțională: persoanele cu AUD au un risc de 3-4 ori mai mare de a dezvolta tulburări depresive - până la 20% dintre persoanele cu dependență de alcool au un episod depresiv major; 11% din persoanele cu depresie majoră sunt dependente de alcool.

Una din opt persoane care suferă de *anxietate* are AUD (prevalența pe un an fiind de 29,1% pentru abuz de alcool).

Riscul de tulburare *bipolară* și de *schizofrenie* crește la persoanele suferind de tulburări induse de alcool (persoanele cu dependența de alcool având de 6 ori mai multe șanse să dezvolte tulburare bipolară și de aproape 4 ori mai multe șanse să dezvolte schizofrenie).

Peste 60% din persoanele suferind de tulburare bipolară au un consum problematic de alcool și aproape 30% din ele suferă de depresie.

Intervențiile privind reducerea consumului de alcool la persoanele cu tulburări psihice îmbunătățesc rapid simptomatologia și răspunsul la medicația psihotropă, constituind o grupă de risc la care prevenția este prioritară. De aceea, prevenția AUD se constituie și în măsuri preventive pentru sănătate mintală în general.

Afectare neurologică

Alcoolul crește riscul de *distrugeri neuronale* în neuronii periferici, atât senzitivi cât și motorii, într-o manieră dependentă de doză.

Consumul de alcool are efecte negative asupra funcționării creierului atât pe termen scurt cât și pe termen lung. Foarte puțini pacienți sunt conștienți că alcoolul este un inhibitor al funcției cerebrale și că intoxicația etanolică poate fi letală (prin inhibiția progresivă a activității cerebrale care duce la inhibiția centrilor cardio-respiratorii și stop cardio-respirator). Pe termen lung, consumul de alcool duce la atrofie cerebrală, cu deficite cognitive, mai ales produs de consumul de cantități mari (consum tip binge).¹² De asemenea, la adolescenți duce la tulburări hipocampice și o involuție permanentă în dezvoltarea cerebrală.

Consumul prelungit duce la o serie variată de tulburări cerebrale de la tulburări psihotice, delirium, sindrom Wernicke-Korsakoff (confuzie, tulburări de echilibru, deficite mnezice și cognitive) sau demență alcoolică.

4.2. BOLI INFECȚIOASE

În ultimii ani au fost adunate dovezi concludente că alcoolul crește riscul de boli infecțioase, în special: pneumonie, infecție cu HIV, tuberculoză.² 1A

Explicația rezidă pe de o parte în efectul alcoolului de reducere a imunității, consumul a peste 40 g de alcool/zi crescând rata de îmbolnăvire prin infecții la consumatori versus neconsumatori, în condițiile aceleiași expuneri la infecție. În plus, se adaugă factori sociali asociați consumului problematic de alcool: venituri scăzute sau lipsa veniturilor, accesul redus la îngrijire, lipsa suportului medical.

Pentru infecția cu HIV, factorii de personalitate asociați cu consumul de alcool (căutarea de senzații intense, expunere la pericole, impulsivitate) cresc riscul de contactare cu HIV. Alcoolul scade substanțial rata de aderență la tratament antiretroviral.

4.3. CANCERUL



Există dovezi concludente care arată că alcoolul consumat în cantități mari cauzează o serie de cancere: al cavității bucale, al faringelui, al laringelui, al esofagului, al ficatului, al colonului, al rectului și de sân. 1A

Recent (2014), grupul de lucru al Agenției Internaționale de studiu asupra cancerului (IARC) consideră alcoolul în prima clasa de carcinogene.³ IARC a concluzionat că există suficiente dovezi de carcinogenicitate la alcool pentru animale și a clasificat băuturile alcoolice ca fiind carcinogene de clasa 1 la oameni.¹⁰

În plus, grupul Agenției Internaționale a Cercetării pentru cancer a concluzionat că acetaldehida, produs de metabolizare a etanolului, dar și ingerată ca o componentă a băuturii alcoolice - este în sine cancerigen.

Alcoolul joacă un rol clar dovedit în cancerul cavității bucale, de faringe, laringe, esofag, ficat, colon, rect și de sân. Pentru cancerul stomacal și pulmonar, carcinogenitatea e considerată posibilă, dar nu certă.⁴

Mecanismele moleculare și biochimice prin care consumul cronic de alcool conduce la dezvoltarea cancerului nu sunt în totalitate înțelese. S-a sugerat că aceste mecanisme pot diferi de la organ la organ: polimorfism genetic în codarea enzimelor responsabile pentru metabolizarea etanolului (de exemplu, dehidrogenaza alcoolică, aldehyd dehidrogenaza și citocromul P450 2E1), concentrații crescute de estrogeni; schimbări în metabolismul acidului folic și repararea ADN-ului (Boffetta and Hashibe, 2006; Seitz and Becker, 2007). Cel mai probabil, mecanismele enunțate joacă un rol important în dezvoltarea cancerelor de tract digestiv, în special cele ale tractului digestiv superior (Lachenmeier et al. 2009; Seitz and Becker, 2007).¹¹

Cancerul se dezvoltă într-o manieră direct dependentă de doză.⁵

4.4. TULBURĂRI GASTROINTESTINALE



Alcoolul crește riscul cirozei hepatice și al pancreatitei acute și cronice și determină boli hepatice și pancreatice specifice (hepatită, ciroză, pancreatită alcoolică). 1A.

La bărbații cu vârsta între 35 și 69 de ani consumul de alcool de peste 4 unități /zi crește riscul de mortalitate de 8 ori față de abținenți (Anderson et al, 2005).

Există factori genetici implicați în polimorfismul enzimelor care metabolizează alcoolul, care pot să crească sau, din contră, să protejeze consumatorul de alcool împotriva dezvoltării hepatitei și a cirozei alcoolice.

Astfel, riscul crescut de a dezvolta afecțiuni alcoolice hepatice este asociat cu:

- alelele HLA-B8, Bw40, B13, A2, DR3, DR2;
- consumul prelungit pe o perioadă lungă de timp, spre deosebire de consumul de tip binge;
- consumul de alcool realizat în casă;
- asocierea cu hepatita de tip C;
- sexul feminin.

4.5. DIABET ZAHARAT

Relația dintre consumul de alcool și diabet este una complexă.

Există o relație în formă de „U” între volumul mediu de consum de alcool și debutul diabetului zaharat (Baliunas et al., 2009) - nivelurile inferioare de consum au un efect protector, în timp ce un consum mai mare este asociat cu un risc crescut. Cel mai mare efect protectiv a fost descoperit la un consum de 2 băuturi standard (28 de grame de alcool pur) pe zi. Un efect net defavorabil a fost descoperit la o cantitate de aproximativ 4 băuturi standard (50-60 de grame de alcool pur) pe zi.¹¹

4.6. BOLI CARDIOVASCULARE

Efectele alcoolului asupra sistemului cardiovascular sunt atât protective cât și negative.



Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are EFECT PROTECTIV, scăzând riscul pentru:

- infarct miocardic;
- atac cerebral ischemic. 1A



Consumul de cantități mai mari, dar mai ales consumul ocazional de cantități excesive (consumul de tip binge) are EFECTE DEFAVORABILE,

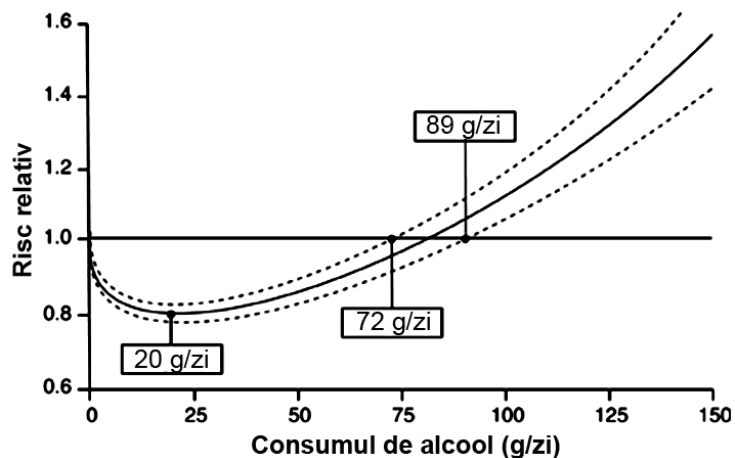
crescând, într-o dependență de doză, riscul pentru:

- hipertensiune arterială;
- fibrilație atrială/alte tulburări de ritm;
- infarct miocardic;
- atac vascular cerebral ischemic;
- atac vascular cerebral hemoragic. 1A

Modalitățile prin care alcoolul intermediază aceste efecte sunt:

- Un consum moderat reduce depunerile de placă de aterom din artere, protejează împotriva formării cheagurilor de sânge și susține dizolvarea acestora și crește nivelul lipoproteinelor cu densitate mare.
- Un consum excesiv, dar mai ales un consum neregulat, excesiv, tip binge, determină: coagularea crescută cu risc de tromboză, creșterea lipoproteinelor cu densitate joasă și un prag redus de fibrilație ventriculară.
- Consumul exagerat de alcool pare să reducă pragul de la care miocardul ventricular inițiază un model de contracție rapidă; fără intervenția promptă; un astfel de model de contracție conduce la disfuncții cardiace importante și chiar la moarte.⁶

Figura 6. Exemplu de relație între consumul mediu de alcool și BCI, așa cum este exprimat de curba J, cu intervale de siguranță.



NOTĂ: Linia din mijloc reprezintă rezultatul unei meta-analize. Celelalte două linii reprezintă intervalele de siguranță superioară și inferioare. SURSE: Corrao et al. 2000.⁷

CAPITOLUL 5. INTERVENȚII PENTRU DEPISTAREA ȘI REDUCEREA CONSUMULUI DE ALCOOL

5.1. SCREENING

Consumul de alcool poate avea consecințe grave și multiple asupra sănătății (majoritatea fiind doză-efect). De aceea, evaluarea cantității de alcool consumate de fiecare persoană aduce o informație extrem de utilă privind riscului medical corespunzător la care se expune.

Medicul de familie este furnizorul de servicii medicale de prim contact și se află în poziția de a interveni prin **măsuri de screening și intervenții** pentru reducerea efectelor nefavorabile ale consumului de alcool. El este în măsură **să evalueze și să își educe pacienții** privind limitele consumului sănătos și să influențeze astfel reducerea riscurilor asociate consumului dăunător de alcool.

Prezentul ghid a făcut o evaluarea sistematică a celor mai importante ghiduri de prevenție și studii privind consumul problematic de alcool din ultimii 10-15 ani și răspunde următoarelor întrebări, conform tabelului 1.

Tabel 1. Principalele recomandări

	Aspect	Recomandare	Nivel
1	Care este populația țintă pentru screening?	Se recomandă efectuarea screeningului pentru detecția consumului inadecvat de alcool, începând cu vârsta de 18 ani.	1A
2	Care este metoda de screening?	Pentru screeningul privind consumul inadecvat de alcool se recomandă utilizarea chestionarului (standardizat) AUDIT.	2A
3	Există o variantă mai scurtă de screening?	Pentru operativitate, se poate utiliza inițial varianta scurtă (AUDIT-C); la rezultate anormale (>4 la bărbați și >3 la femei) se completează evaluarea folosind chestionarul AUDIT integral.	2A
4	Care este intervalul de screening?	Exceptând situațiile în care este necesar mai devreme, se recomandă screeningul la intervale de 4-5 ani.	2B
5	Adolescenții ar trebui evaluați?	La adolescenții între 15-18 ani se recomandă evaluare oportunistă sau anuală.	2B
6	Cine aplică chestionarul de screening?	Se recomandă aplicarea chestionarului de către asistenta medicală instruită sau de către medicul de familie; chestionarul poate fi și autoadministrat.	2A
7	Care este scorul care definește un rezultat pozitiv la screening?	Se va considera un rezultat pozitiv la screening scorul 8 pentru AUDIT și scorul 4 la bărbați și 3 la femei la AUDIT-C.	2A
8	Cum se aplică chestionarul?	Se recomandă aplicarea chestionarului ca parte dintr-un chestionar mai amplu de evaluare a factorilor de risc, dar se poate aplica și oportunist.	2A
9	Când se aplică chestionarul?	Chestionarul se poate aplica înaintea consultației, oportunist (vezi mai jos).	2A
10	Cum se folosesc biomarkerii?	Nu se recomandă utilizarea biomarkerilor ca instrumente de screening pentru consumul inadecvat de alcool; biomarkerii vor putea fi utilizați în evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional.	2B

	Aspect	Recomandare	Nivel
11	Care este nivelul de consum nepericulos la persoanele sănătoase?	Se recomandă ca bărbații sănătoși să fie sfătuiți să se mențină în limita a < 2 u/zi, iar femeile și bărbații peste 65 de ani în limita a < 1 u/zi.	1A
12	Care este recomandarea pentru femeile gravide?	Se recomandă ca femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide să fie sfătuite să se abțină de la consumul de alcool.	1A
13	Sunt intervențiile scurte eficiente?	Se recomandă intervenția scurtă pentru modificarea comportamentului privind consumul de alcool, la cei cu consum riscant (scor AUDIT între 9-15) și nociv (scor AUDIT între 16-19).	1A
14	Care este scorul la care se face referirea către tratament specializat în adicții?	Se recomandă ca persoanele cu scor AUDIT ≥ 20 , indicând de obicei dependența de alcool, să fie trimise către tratament de specialitate în adicții.	1A

Care este populația țintă pentru screening?



Se recomandă efectuarea screeningului pentru detectarea consumului inadecvat de alcool, începând cu vârsta de 18 ani.^{9,10} 1A

Deoarece consumul de alcool produce efecte extrem de nocive asupra sănătății, varianta **ideală ar fi ca toți adulții să fie evaluați privind consumul de alcool**. Motivele pentru care nu se întâmplă astfel sunt: lipsa de timp, stigma asociată sau ideea că pacienții vor fi deranjați să fie chestionați pe tema alcoolului, neîncrederea în eficiența intervențiilor sau lipsa de instruire în domeniu a medicilor de familie.¹¹

Deși majoritatea medicilor de familie afirmă că evaluează consumul de alcool, ratele de screening sunt reduse și pacienții înșiși afirmă că nu au fost întrebați despre consumul de alcool, chiar și când acesta era crescut.¹²

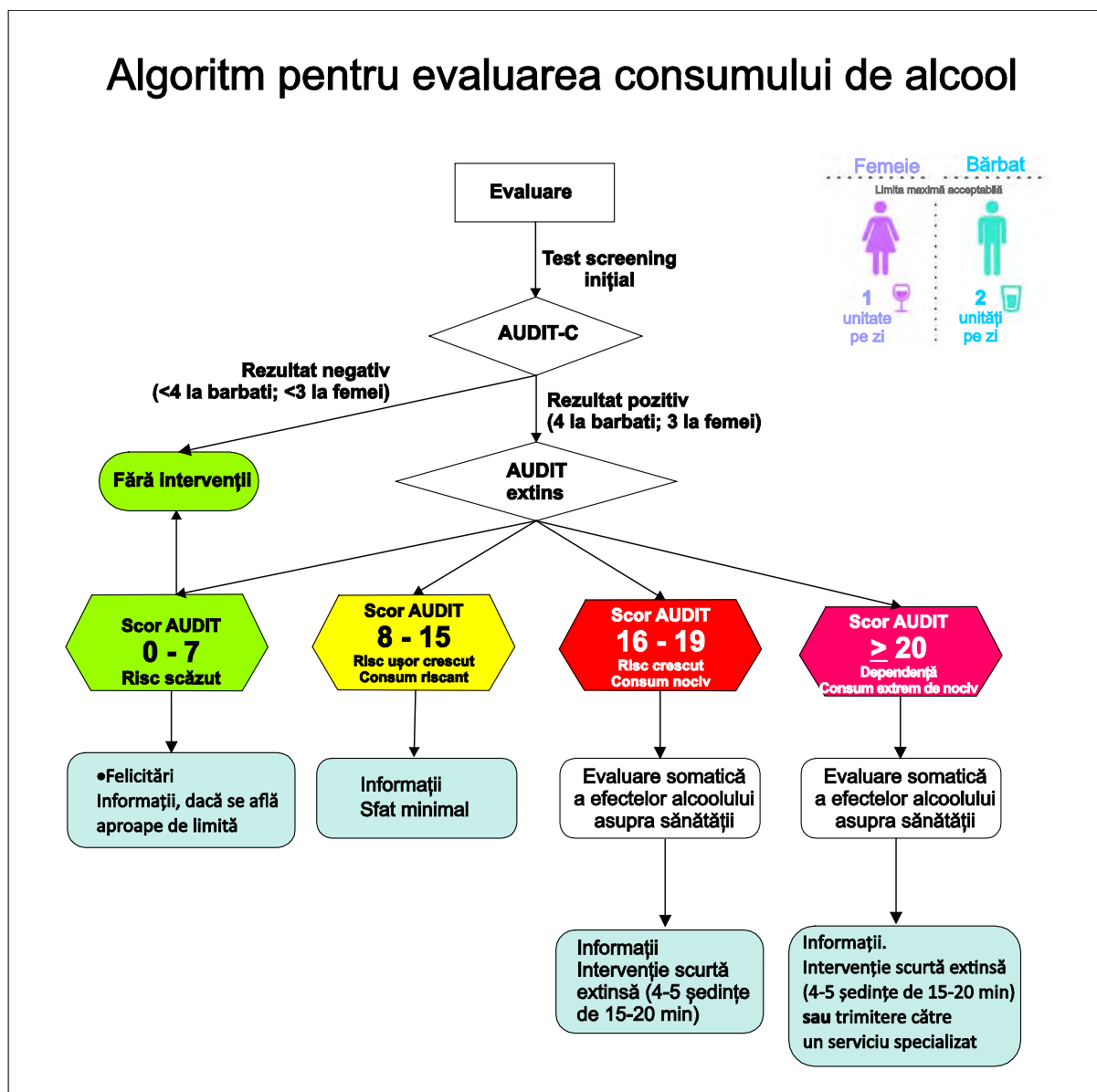
Screeningul, atunci când nu poate fi făcut la toți pacienții adulți, ar trebui să fie făcut în mod **oportunist** la:

- prima consultație/înregistrare a pacientului pe listele medicului de familie, ca parte a unei evaluări extinse;
- persoanele cu risc crescut;⁹
- persoanele în vârstă;
- persoanele tinere care au risc mare de accidente sau vătămări;
- persoanele cu istoric de dependență de alcool;
- persoanele care participă/controlează activități riscante (șofat, activități nautice, sporturi extreme);
- persoanele cu o condiție medicală ce poate fi înrăutățită de consumul de alcool (pancreatită, diabet, hepatită/afecțiuni hepatice cronice, hipertensiune, ulcer peptic, tulburări de somn, tulburări sexuale, alte disfuncții majore);
- persoanele suferind de tulburări psihice;
- persoanele care iau o medicație care poate avea interacțiuni periculoase cu alcoolul;
- femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide;

Sunt ghiduri¹³, care recomandă o atenție sporită pentru bărbații de vârstă medie, ca fiind o grupă de risc la care screeningul are prioritate.

Procedura de screening este parcurgerea unui algoritm ca cel prezentat în continuare, inspirat după modelul recomandat de ghidul din Marea Britanie.¹⁸

- **Figura 7** Algoritm pentru evaluarea consumului de alcool (pagina următoare)



Care este metoda de screening?



Pentru screeningul privind consumul inadecvat de alcool se recomandă utilizarea chestionarului (standardizat) AUDIT. 1A

Există mai multe metode de screening:

- algoritmi cu întrebări puse de medic (ca în ghidul american¹⁰);
- întrebări unice;
- chestionare de screening cu sensibilități și specificități diferite.

Cele mai utilizate chestionare sunt:

- AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)¹⁴
- AUDIT-C (varianta prescurtată a AUDIT)¹⁵
- CAGE¹⁶
- FAST (Health Development Agency, 2002).



Toate ghidurile recenzate recomandă utilizarea Testului AUDIT ca test de screening.

Screening-ul complet poate fi precedat de utilizarea AUDIT-C (primele 3 întrebări din AUDIT) sau de testul de o singură întrebare "Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice la o singură ocazie?".

5.2. TESTUL AUDIT

Este un chestionar cu 10 întrebări, dezvoltat și validat de OMS în 1982. A fost dezvoltat pentru a detecta consumul la risc și nociv, adică nivele de consum mai mici decât cel necesar pentru încadrarea ca dependență, întrucât majoritatea consecințelor nocive asupra sănătății apar la cei cu consum riscant sau nociv (55% din totalul populației).¹¹ AUDIT este însă singurul test care detectează întregul spectru de gravitate al consumului de alcool (inclusiv dependența). Testul permite triajul în funcție de nivelul de risc și formularea de indicații privind intervențiile cele mai potrivite.

Fiecare dintre cele 10 întrebări poate avea un scor de la 0 la 4, iar răspunsurile se agregă într-un scor general. Completarea AUDIT durează 2-3 minute; chestionarul poate fi autocompletat în sala de așteptare (pe hârtie/computer), de către asistenta medicală sau de către medic.

AUDIT are o sensibilitate de 97% și o specificitate de 78% pentru consumul riscant și o sensibilitate de 95% și o specificitate de 85% pentru consumul nociv, când a fost utilizat un prag de 8 sau mai mult (Saunders et al., 1993).¹² Testul a fost validat în țări diferite și în medii diferite (cabinet de medicină de familie, cameră de gardă urgență, adulți tineri, spitale de bătrâni, utilizatori de droguri, femei).^{12,14}

Cinci recenzii sistematice de bună calitate au comparat diversele teste de screening. AUDIT, AUDIT-C și screeningul cu o singură întrebare au avut cele mai bune performanțe în detectarea întregului spectru de tulburări ale consumului de alcool la adulți, adulți tineri, femei gravide, fiind astfel recomandate de US Task Preventing Force.¹³

CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: _____ Localitate: _____ Sex: M ___ F ___ Vârsta: _____ Stare civilă: _____
 Studii: _____ Operator chestionar: _____ 1 băutură = 12 g alcool pur =



1 bere (330 mL) = 1 pahar vin (125 mL) = 1 tărie (40 mL)

1. Cât de des beți o băutură conținând alcool? a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) 2-4 ori pe lună 2 d) 2-3 ori pe săptămână 3 e) 4 sau mai multe ori pe săptămână 4 2. Câte băuturi consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți? a) Una sau două 0 b) Trei sau patru 1 c) Cinci sau șase 2 d) Șapte sau nouă 3 e) Zece sau mai mult 4 3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi de alcool la o singură ocazie? a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4 4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băut o dată ce ați început? a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4 5. Cât de des în ultimul an nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat să faceți din cauza băutului? a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4	6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutură de dimineață ca să vă reveniți după o beție zdravănă? a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4 7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovăție după ce ați băut? a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4 8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în noaptea trecută din cauză că ați băut? a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4 9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut? a) Nu 0 b) Da, dar nu în ultimul an 2 c) Da, în ultimul an 4 10. O rudă, un prieten, un doctor sau o altă persoană a fost îngrijorată de băutul dvs. sau v-a sfătuit să-l reduceți? a) Nu 0 b) Da, dar nu în ultimul an 2 c) Da, în ultimul an 4
---	--

SCOR CHESTIONAR: _____

Interpretare rezultate:

- Între **0 și 7** porții - Consum nepericulos pentru sănătate;
- Între **8 și 15** porții - Consum riscant;
- Între **16 și 19** porții - Consum nociv;
- Peste **20** de porții - Consum extrem de nociv.

Stabilirea pragului de la care sunt necesare intervenții din partea medicului comportă discuții în literatură. Nivelul pragului influențează sensibilitatea și specificitatea metodei.

Peste jumătate din ghidurile recenzate (4 din 7) recomandă un scor limită de 8, în general mai mic la femei, tineri, bărbați peste 60 de ani (scor de 4, recomandat de NIAAA).¹⁷ Ghidurile NICE recomandă folosirea opiniei profesionale în fiecare caz pentru stabilirea scorului limită pentru AUDIT, specificând că scăderea sub 8 crește sensibilitatea în defavoarea specificității.¹⁸

Alte chestionare luate în considerație, dar nerecomandate de acest ghid, sunt:

- **CAGE** (4 întrebări) - *Sensibilitate (Se)* 84% și *Specificitate (Sp)* 95% în detecția dependenței;
- **FAST** (4 întrebări) – Se 93% și Sp 88% la prag 3, pentru pre-screening (NICE)¹⁸

Există o variantă mai scurtă de screening?



Pentru operativitate, se poate utiliza inițial varianta scurtă (AUDIT C); la valori anormale (peste 4 la bărbați și peste 3 la femei) se completează evaluarea folosind chestionarul AUDIT integral. 2A

AUDIT-C conține primele 3 întrebări din AUDIT⁽⁸⁾ și este cea mai recomandată variantă de pre-screening, având o sensibilitate și specificitate satisfăcătoare de apropiate de AUDIT (Se 54-98% și o Sp 57-93%)⁽⁴⁾, dar fiind mai scurt și, astfel, mai ușor de administrat.

5.3. TEST AUDIT-C

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte;
- b. lunar sau mai rar - 1 punct;
- c. 2-4 ori pe lună - 2 puncte;
- d. 2-3 ori pe săptămână - 3 puncte;
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte.

2. Câte băuturi standard* (US) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți

O băutură standard (US) conține 10 g alcool pur, echivalentul unei doze de bere de 330 mL, un pahar de vin de 125 mL sau un pahar de țără de 40 mL.

- a. una sau două - 0 puncte;
- b. trei sau patru - 1 punct;
- c. cinci sau șase - 2 puncte;
- d. șapte sau nouă - 3 puncte;
- e. zece sau mai mult - 4 puncte.

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- a. niciodată - 0 puncte;
- b. lunar sau mai rar - 1 punct;
- c. lunar - 2 puncte;
- d. săptămânal - 3 puncte;
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte.

În ghidurile recenzate, scorul-prag recomandat pentru AUDIT-C variază între 5 la bărbați și 4 la femei în ghidul european PHEPA⁴ și în cel englez NICE¹⁸, 3 sau 4 în ghidul american USPSTF¹³, 3 sau 4 în ghidul australian SNAP⁹.

Pentru AUDIT-C scorul prag recomandat de acest Ghid este 4 la bărbați și 3 la femei.

Care este intervalul de screening?



Exceptând situațiile în care este necesar mai devreme, se recomandă screeningul la intervale de 4-5 ani. 2B

Ghidurile internaționale specifică intervale de timp diferite între două screeninguri la aceeași persoană.

Ghidul australian (SNAP)⁹ recomandă o perioadă de 2-4 ani între evaluări, ghidul englez al NHS recomandă controlul tuturor persoanelor între 40-74 de ani minim o dată la fiecare 5 ani.¹⁸

Deoarece multiple studii privind eficiența intervențiilor scurte au demonstrat menținerea efectelor acestora până la 48 luni^{10,12}, ghidul PHEPA¹² recomandă o perioadă de 4 ani între screeninguri.

USPSTF nu a găsit niciun efect advers asociat cu programele de evaluare sistematică a consumului de alcool, în pofida multiplelor bariere percepute: anxietate, discriminare, etichetare, interferare cu relația medic-pacient, creșterea consumului de tutun și alte droguri.¹³

Deoarece în România sunt multe aspecte de recuperat în domeniul reducerii consumului de alcool, este nevoie de eforturi o lungă perioadă de timp pentru ca o mare parte din populație să fie evaluată cel puțin o dată. În primul rând, accentul ar trebui pus pe evaluarea oportunistă, a celor la risc (vezi mai sus), cu ocazia următorului consult!

Adolescenții ar trebui evaluați?



La adolescenții între 15-18 ani se recomandă evaluare oportunistă sau anuală, folosind testul AUDIT; pragul recomandat este 2-3. 2B

Screeningul consumului de alcool la adolescenți nu are aceeași susținere în literatură ca cea pentru adulți. Sunt puține studii ample, iar succesul intervențiilor scurte este discutabil.

Problema consumului de alcool la minori este însă una de foarte mare importanță, din cauza gravității nivelului de consum și a consecințelor acestuia asupra sănătății fizice, psihice și a dezvoltării minorilor, în toate aspectele vieții lor.

Dintre adolescenții din Europa între 15-19 ani, 69,5% au consumat alcool în ultimul an față de 34,1% în populația mondială. Procentul de adolescenți care au avut episoade de consum excesiv este mai mare decât cel din populația generală (11,7% față de 7,5%). În Europa, procentul de persoane între 15-19 ani care au avut episoade de consum excesiv de alcool depășește 30%.²¹

Consumul de alcool la copii și adolescenți crește riscul de accidente rutiere, suicid, depresie și chiar deces; determină absenteism școlar și scăderea performanțelor academice, pierderi de memorie; determină comportament violent, distrugerii materiale, probleme sociale și crește probabilitatea comportamentelor sexuale la risc (viol, sex neprotejat) cu creșterea riscului de boli transmisibile sexual, infecție cu HIV, sarcină.

NIAAA²² a dezvoltat o metodă de screening dedicată adolescenților: chestionarul CRAFFT cu recomandarea evaluării anuale, mai ales la adolescenții care sunt la risc pentru consum de alcool:

- fumează;
- au afecțiuni care se pot asocia cu consumul de alcool (depresie, anxietate, ADHD, probleme de conduită);
- au afecțiuni somatice care pot fi legate de alcool: accidente, boli cu transmitere sexuală, tulburări gastrointestinale sau dureri cronice;
- arată tulburări de comportament cum ar fi creșterea opoziției, tulburări semnificative de dispoziție, pierderea interesului, schimbări de grup de prieteni, scăderea mediei școlare, absențe multe.

Aceeași instituție susține însă și posibilitatea folosirii chestionarului AUDIT pentru adolescenții cu vârste între 14 și 18 ani; valorile prag recomandate sunt 2 pentru identificarea oricărei probleme legate de consumul de alcool și 3 pentru detecția abuzului și a dependenței. (Knight et al., 2003).

Ghidul australian SNAP⁹ recomandă utilizarea AUDIT și evaluarea oportunistă a tuturor adolescenților peste 15 ani, cu sfatul ca cei sub 15 ani să nu consume alcool, iar cei peste 15 ani să întârzie sau să scadă cât mai mult consumul. În SUA, recomandările USPSTF lasă profesioniștilor alegerea evaluării adolescenților, negăsind foarte multe studii care să susțină eficiența intervenției scurte la adolescenți. Ghidul NICE¹⁸ consideră că sunt suficiente argumente științifice pentru a face intervenții scurte la tinerii între 16-17 ani cu consum crescut (pe scor AUDIT), dar recomandă o intervenție scurtă extinsă (2-3 ședințe) pentru a fi eficiente.

Care este scorul care definește un rezultat pozitiv la screening?

Se consideră screening pozitiv la înregistrarea următoarelor rezultate:

- scor 8 pentru AUDIT la adulți; 2A
- scor 2 pentru AUDIT la tineri; 2B
- scor 4 la bărbați și 3 la femei la AUDIT-C. 2A

Argumentele privind variațiile de scor se pot citi mai sus, ca și motivația recomandării din ghid.

Cine aplică chestionarul de screening?



Se recomandă aplicarea chestionarului de către asistenta medicală instruită sau de către medicul de familie; chestionarul poate fi și autoadministrat. 2A

Chestionarul AUDIT a fost validat atât pentru autoadministrare cât și pentru administrarea de către cadrele medicale, inclusiv cele din asistența primară.

Cum se aplică chestionarul? Când?



Se recomandă aplicarea chestionarului ca parte dintr-un chestionar mai amplu de evaluare a factorilor de risc, dar se poate aplica și înaintea consultației, oportunist. 2A

Validitatea testului AUDIT a fost verificată în variate contexte și forme.

Întrebările din AUDIT-C sau AUDIT pot fi integrate într-un chestionar mai amplu privind factorii de risc sau în orice chestionar de sănătate și poate fi administrat în multiple forme, în funcție de resursele de timp și de personal.^(11,12,14,)

Aplicarea de către asistenta medicală necesită minimum de instruire; autoadministrarea în sala de așteptare, anterior consultului, sau acasă oferă avantajul unui confort psihic sporit al pacientului.

USPSTF recomandă ca cel puțin o parte din screening și din intervenția scurtă să utilizeze suport electronic.¹³

Programul electronic asociat ghidului oferă această oportunitate, inclusiv atenționări, suport pentru medici și materiale informative pentru pacienți.

Cum se folosesc biomarkerii?



Nu se recomandă utilizarea biomarkerilor ca instrumente de screening pentru consumul inadecvat de alcool; biomarkerii vor putea fi utilizați în evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional. 2B

În evaluarea și tratamentul tulburărilor induse de alcool, clinicienii au la dispoziție câțiva markeri biologici. Unii dintre ei, cum sunt transaminazele, sunt utilizați de mult timp, alții sunt mai noi: etilglucuronidul sau acidul sialic.

Pentru detectarea pacienților cu consum nociv, biomarkerii au caracteristici (*Se și Sp*) inferioare chestionarelor de screening enumerate anterior.¹⁰

De aceea, nu se folosesc pentru detecția problemelor de consum, ci doar pentru aprecierea efectelor consumului sau pentru monitorizarea rezultatelor intervențiilor:

- la începutul și pe parcursul unui program terapeutic, pentru a stabili un punct de referință obiectiv și pentru măsurarea progresului;
- anunțul pacientului în legătură cu utilizarea biomarkerilor poate crește valoarea de adevăr din testele AUDIT;
- biomarkerii pot diferenția persoanele cu un consum recent/masiv și pot indica o eventuală recădere sau menținerea abstenenței;
- pot fi folosiți cu succes în creșterea motivației;
- în anchete judiciare unde, pe lângă detectarea alcoolemiei/nivelului de alcool în aerul expirat/urină, se poate folosi și etilglucuronidul, crescând astfel șansa detectării problemelor judiciare făcute „sub influență”;
- în situații de urgență medicală/chirurgicală, pentru a stabili acele cazuri în care alcoolul poate fi un factor agravant/cauzator al unei urgențe medicale și persoana nu poate sau nu vrea să recunoască nivelul de consum;
- când există discrepanțe flagrante între ce susține pacientul și afirmațiile unor persoane apropiate.

Markerii sunt fie produși chimici de metabolizare a alcoolului, fie reflectă schimbări produse de alcool la nivelul unor celule, țesuturi sau alte componente. Niciunul nu are o specificitate sau sensibilitate foarte mare, valoarea predictivă crescând însă la combinațiile de biomarkeri. Există permanent cercetări pentru descoperirea unora noi.

Figura 9. BIOMARKERI

Marker	Timp de revenire la normal	Tip de comportament de consum	Comentarii
Gama – glutamil transferaza (GGT)	2-6 săptămâni de abținere	≈70 unități/săpt. timp de câteva săpt.	Numeroase rezultate fals pozitive
Aspartat amino transferaza (ASAT)	7 zile, cu variații mari ale declinului post abținere	necunoscut, dar în cantități mari	Numeroase rezultate fals pozitive
Alanin amino transferaza (ALAT)	necunoscut	necunoscut, dar în cantități mari	Numeroase rezultate fals pozitive. Mai puțin sensibil decât ASAT.
Volumul macrocitar mediu (MCV)	Necunoscut, dar timpul de înjumătățire ≈ 40 zile	necunoscut, dar în cantități mari	Chiar și în abținere, revine foarte încet la valorile normale
Transferina carbohidrat deficientă (CDT)	2-4 săptămâni de abținere	+60g/zi, timp de cel puțin 2 săpt.	Rezultate fals pozitive rare. Bun indicator al recăderilor

Detectarea alcoolului în sânge și a metabolitului sau etilglucuronid au utilizări directe în practica medicală și judiciară.

Alcoolemia ridicată, coroborată cu aspectele clinice, poate arăta nu numai consumul de alcool în ultimele ore, ci poate indica, în lipsa unor semne de intoxicație, toleranța și, implicit, consumul cronic.

Etilglucuronidul, un metabolit direct al alcoolului, are o perioadă de înjumătățire mai lungă, putând fi detectat în sânge și la 5 zile după un episod de consum crescut.

5 hidroxitriptofolul (CDT) este crescut în urină până la 24 de ore, putând fi utilizat ca marker de o zi al consumului de etanol, iar nivelul de **acid sialic** total are o utilizare similară cu CDT. Acești markeri mai noi au o utilizare mai redusă în practică, din cauza limitărilor de laborator.

În concluzie, biomarkerii:

- Nu au dovedit o valoare predictivă sigură, pozitivă sau negativă (Prelipceanu et al., 2013);
- Sensibilitatea și specificitatea lor sunt mici, în jur de 10-30% (Vrasti R., 2004); pot crește în combinație (de exemplu, GGT+MCV+CDT);
- Există date care sugerează că pacienții oferă răspunsuri mai aproape de adevăr dacă sunt anunțați dinainte că declarațiile lor vor fi coroborate cu determinări enzimactice (NIAAA, 2004);

- Ar putea avea o valoare mai mare ca parte a protocolului de intervenție psihoterapeutică, pentru a susține motivația pacientului.

Care este nivelul de consum nepericulos pentru sănătate la persoanele sănătoase?



Sfat minimal: se recomandă ca bărbații sănătoși să fie sfătuiți să mențină un consum de alcool în limita a 2 US/zi, iar femeile și bărbații peste 65 de ani în limita a 1 US/zi. 1A

Fiecare țară și-a stabilit limite privind cantitatea de alcool care reprezintă un consum nepericulos pentru sănătate, în grame de alcool pur/zi pentru bărbați și femei sau în unități standard (US) de alcool.

În România, se consideră un consum problematic (riscant, nociv, extrem de nociv) depășirea următoarelor cantități:

- Bărbați sub 2 US/zi, maxim 14 US/săptămână;
- Femei sub 1 US/zi, maxim 7 US/săptămână;
- Persoane peste 65 ani sub 1 US/zi.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru probleme de sănătate.

Care este recomandarea pentru femeile gravide?



Sfat minimal: se recomandă ca femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide să fie sfătuite să se abțină de la consumul de alcool. 1A

Alcoolul s-a dovedit a fi toxic pentru reproducere.¹²

Expunerea prenatală la alcool a fost asociată clar cu *deficiențe mentale* ce devin vizibile târziu în copilărie: capacitate intelectuală scăzută și afectarea achizițiilor academice, deficite în învățarea vorbirii, memorie spațială, judecată, timp de reacție, echilibru și alte abilități cognitive și motorii.

Unele deficite sunt legate de aspecte sociale care devin evidente doar mai târziu, în adolescență, și care pot să ducă la probleme psihiatrice.

Majoritatea profesioniștilor asociază consumul de alcool prenatal doar cu *sindromul alcoolic fetal*, dar, ca și la celelalte efecte asupra sănătății, acest sindrom este doar extrema unor modificări dependente de doză. Chiar și în doze mici, consumul de alcool în sarcină duce la creșterea *riscului de avort spontan, greutate mică la naștere, prematuritate, creștere deficitară și scăderea producției de lapte matern*.

Toate ghidurile au ajuns la un consens legat de nivelul de consum recomandat femeilor însărcinate sau care intenționează să rămână însărcinate și anume abținerea.^{9,10,12,13}

Care este scorul la care se recomandă intervenții scurte la medicul de familie?



Se recomandă intervenția scurtă pentru modificarea comportamentului privind consumul de alcool, la cei cu consum riscant (scor AUDIT între 9-15) și nociv (scor AUDIT între 16-19).

Vezi Capitolul de Intervenții scurte (Vol. 7)

Care este scorul la care se face trimiterea către tratament specializat în adicții?



Scorul AUDIT la care se face trimiterea către tratament de specialitate în adicții, deoarece indică de obicei dependența la alcool, este mai mare sau egal cu 20.

Un scor peste 20 la testul AUDIT indică cu o probabilitate mare o **tulburare severă indusă de alcool** (dependența de alcool).

După comunicarea rezultatului către pacient, se va întocmi un plan de evaluare completă a sănătății fizice și psihice, cunoscând faptul că toate consecințele negative asupra sănătății sunt dependente de doză. Trebuie făcute eforturi pentru a obține din partea pacientului acordul pentru o evaluare la medicul specialist psihiatru.

La un astfel de scor AUDIT este foarte probabil ca pacientul să prezinte semne de sevraj la încercarea de a stopa sau reduce consumul de alcool.

Este necesar ca medicul de familie să observe și să noteze semnele de sevraj la alcool și să informeze și să sfătuiască pacientul în legătură cu sevrajul la etanol.

Atenție!!!
SEVRAJUL la ETANOL este o URGENȚĂ MEDICALĂ și PSIHIATRICĂ, iar asistarea lui se face numai sub control și indicație medicală.
Sevrajul la etanol are mai multe grade de severitate, cel sever (asociat în general cu scoruri la AUDIT de peste 30-40) putând duce la convulsii, comă sau chiar deces.

Simptomele sevrajului etanolic sunt:

Două (sau mai multe) dintre aspectele clinice de mai jos, care apar pe parcursul a câteva ore/ zile de la scăderea sau întreruperea consumului de alcool și determină o deteriorare semnificativă în funcționarea socio-profesională. Aceste semne nu trebuie să fie determinate de alte cauze medicale, psihice sau intoxicația cu etanol:

- hiperreactivitatea vegetativă (de exemplu, transpirații sau tahicardie cu puls peste 100);
- accentuarea tremurului mâinilor;

- insomnie;
- grețuri și vărsături;
- halucinații tranzitorii vizuale, tactile sau auditive sau iluzii;
- agitație psihomotorie;
- anxietate;
- convulsii grand mal.

În prezența unor astfel de semne medicul va recomanda un consult psihiatric de urgență sau, dacă acest lucru nu este posibil, prezentarea la cea mai apropiată cameră de gardă de Psihiatrie.

5.4. INTERVENȚIILE SCURTE (IS)

Care este eficacitatea intervențiilor scurte (IS)?

Eficacitatea intervențiilor scurte, la persoanele încadrate la consum riscant sau nociv, este recunoscută de către toate ghidurile recenzate (nivel de recomandare 1A). Intervențiile scurte reduc cantitatea de alcool consumată, dar și consecințele consumului asupra morbidității și mortalității:

- creșterea cu 12% a numărului de persoane având un consum riscant /nociv și care după IS nu au mai avut perioade de consum excesiv timp de 1 an, comparativ cu grupul de control;⁶ (Ghid USPSTF);
- o reducere cu 45% a episoadelor de consum excesiv la grupul care a beneficiat de IS față de grupul de control; (SNAP⁹);
- reducerea numărului total de unități de alcool consumate pe săptămână (de la o medie de 23 la aproximativ 19 unități) la grupul IS față de grupul de control (USPSTF13), atât la adulți cât și la bătrâni (de la 16 la 14); o reducere cu 3-9 US/săptămână (reducere netă cu 13-34% a consumului); (NIAAA10);
- creșterea proporției persoanelor care nu mai depășesc limitele recomandate de consum după IS (cu aproximativ 11%, la un an după intervenție);⁶
- numărul de pacienți de tratat (NNT) pentru ca unul din ei să reducă consumul la un nivel de risc scăzut este de 1/8¹, un număr mult mai mic decât cel estimat pentru fumat (NNT=20);⁴
- IS scade semnificativ TA, nivelurile de GGT, numărul de zile de spitalizare, numărul de zile de spitalizare pentru vătămări legate de alcool, problemele psihosociale.² Aceste efecte se mențin până la 48 de luni.²⁴

Intervențiile scurte salvează vieți, putând preveni un deces din 3 la consumatorii problematici¹², fiind nevoie de 282 de IS pentru a salva o viață în fiecare an.

Meta-analize multiple (Moyer, Ballesteros, 4) au dovedit că IS sunt eficiente în măsură similară la femei și la bărbați. De asemenea, funcționează atât la persoane tinere cât și la cele peste 65 de ani.

Trebuie făcute eforturi pentru a reduce consumul de alcool la femeile gravide, deși eficiența IS în acest caz nu a fost dovedită.

Eficiența IS este mai mare la un număr mai mare de ședințe, dar diferența nu este omogenă. În general, meta-analizele care au susținut ghidurile internaționale sunt în **consens legat de eficiența unei singure ședințe, cu o durată între 5-20 minute.**¹² IS reduc în mod dovedit mortalitatea și morbiditatea asociate consumului de alcool, un calcul al OMS arătând ca o acoperire cu IS a doar 25% din cei care au nevoie ar duce la salvarea a peste 91 de ani cu dizabilități și moarte prematură/100.000 locuitori, scăzând cu 9% morbiditatea totală legată de alcool. (calculată în ani de dizabilități DALY). IS sunt și extrem de eficiente din punct de vedere economic, având o rată beneficiu/cost de 5,6:1, costul intervențiilor scurte fiind acoperit chiar și doar din efectul pe scăderea daunelor din accidente auto cauzate de alcool (Fleming, 4).

Detecția precoce a consumului problematic de alcool și intervențiile scurte în practica medicului de familie

Studii internaționale au arătat că între 20 și 30% dintre pacienții care se prezintă pentru o consultație la cabinetul de medicină de familie au un consum riscant sau nociv de alcool (Funk M et al., 2005).

Un consum riscant înseamnă un mod de a consuma alcool care, menținut, pune consumatorul la risc de a dezvolta în viitor probleme somatice și psihologice.

Un consum nociv sugerează prezență deja a acestor consecințe (Saunders JB, 2000).

Intervențiile scurte sunt reprezentate de o discuție care are scopul de a crește nivelul de conștientizare asupra unui comportament riscant și a motiva persoana în cauză să opereze o schimbare pozitivă (proiect BISTAIRS).

Practic, urmând pașii detectării unui consum problematic de alcool, medicul are ocazia de a realiza *pe loc o IS* (numită din această cauză *oportunistă*) sau de a *programa* pacientul pentru una sau mai multe întâlniri ulterioare detecției (intervenție scurtă *extinsă*).

Componentele unei intervenții scurte sunt:

- oferirea de *feedback* asupra rezultatelor evaluărilor clinice și paraclinice;
- formularea legăturilor între consumul de alcool și problemele somatice și psihosociale pe care pacientul le experimentează sau le-ar putea experimenta în viitor;
- compararea modului de consum al pacientului cu normele validate medical – 2 US/zi pentru bărbați, respectiv 1 US/zi pentru femei și bărbați peste 65 de ani;
- includerea consumului pacientului într-o categorie diagnostică (consum riscant, consum nociv, consum extrem de nociv/dependentă);

- discutarea efectelor negative asociate consumului;
- formularea recomandării ferme de „a diminua sau opri consumul de alcool”;
- oferirea de materiale informative scrise (pliante etc.);
- instruirea cu privire la ținerea unui jurnal al consumului de alcool - jurnal zilnic care include cantitățile de alcool consumate și situațiile în care s-a produs consumul (vezi anexă);
- eventual mai multe ședințe și posibilitatea unui contact telefonic pentru a se întări efectele intervențiilor.

Elemente de luat în considerație:

- **nu insistați asupra abstenenței**, oferiți pacientului posibilitatea de a alege dacă dorește să reducă sau să oprească uzul de alcool;
- pacienții aflați la începutul problemelor cu alcoolul nu sunt încă în situația de a contempla abstenența și însăși noțiunea de consum problematic de alcool este posibil să le fie străină;
- **sugerați o perioadă determinată de timp** (o săptămână - o lună) în care pacientul să experimenteze noile limite și ținerea jurnalului de consum;
- oferiți **resurse de autoajutor** (cărți, pliante, un web site cum este www.alcoholhelp.ro);
- succesul intervenției este influențat de **calitatea relației medic-pacient**, mențineți un ton profesional, respectuos și empatic (vezi capitolul referitor la intervențiile de creștere a motivației).

Abstenența este recomandată în următoarele situații:

Medicale:

- sarcină;
- ulcer activ sau gastrită;
- ciroză hepatică;
- hepatită acută virală sau alcoolică;
- pancreatită.

Atenționări speciale:

- diabet;
- tulburări de coagulare;
- uz de antidepresive, AINS sau sedative;
- convulsii.

Sociale:

- probleme grave sociale diverse (de exemplu, probleme legale, risc de divorț, risc de pierdere a locului de muncă).

Tipuri de intervenții în consumul problematic de alcool

Tabel 2 Intervenții scurte în funcție de scorul **AUDIT**

Cat.1	Cat. 2	Cat.3	Cat. 4
AUDIT 0-7	AUDIT 8 - 15	AUDIT 16-20	AUDIT > 20
Felicitări Informații, dacă se află aproape de limită	Informații Intervenție scurtă oportunistă (sfat minimal)	Informații Intervenție scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 de minute)	Informații Intervenție scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 de minute) sau trimiterea directă către un serviciu specializat

Sfat minimal - AUDIT 0-7:

- Felicități pacientul.
- Oferiți informații legate de limitele consumului nepericulos de alcool.
- Oferiți informații legate de efectele consumului de alcool.

Intervenția scurtă oportunistă – AUDIT 8-15:

- Intervenție unică, 5-15 minute.
- Aplicată pe loc, în momentul examinării/ aflării situației/ aplicării testului de screening.
- Conține elementele specificate mai sus (vezi și Vol 7 Tipuri de intervenții - descrierea detaliată):

Intervenția scurtă extinsă – AUDIT 16-20:

- Anunțați pacientul că aveți calificarea de a aplica un tip de intervenție specifică pentru modificarea comportamentului său identificat deja drept problematic.
- Anunțați că aceasta presupune 4-5 întâlniri de 15-20 de minute la distanță de 1-2 săptămâni.
- Obțineți acordul lui de a participa la toate aceste ședințe.
- Stabiliți o agendă de la început pentru fiecare din cele 4-5 întâlniri.
- Pentru conținutul fiecărei ședințe – vezi Volumul 7

Referirea – AUDIT ≥ 20

- Educați pacientului privind scopul trimiterii.
- Explorați temerile sau ceea ce pacientul își închipuie că se va întâmpla în serviciul de specialitate.
- Evaluați intenția pacientului de a da curs recomandării.
- Asistență (materiale informative, soluții practice, un bilet de trimitere, numele unei persoane de contact).
- Evaluați apoi dacă pacientul a dat curs recomandării!

CAPITOLUL 6.

CONCLUZII

ALCOOLUL reprezintă o gravă problemă de sănătate publică, așa cum reiese din datele epidemiologice.

Alcoolul are efecte negative severe asupra sănătății fizice și psihice, fiind implicat în peste 200 de categorii de boli și reprezentând unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate.

În România, se consideră un consum problematic (riscant, nociv, extrem de nociv) depășirea următoarelor cantități:

- Bărbați maxim 2 US/zi, maxim 14 US/săptămână;
- Femei maxim 1 US /zi, maxim 7 US/săptămână;
- Persoane peste 65 ani maxim 1 US/zi.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru probleme de sănătate.

Toți pacienții adulți (peste 18 ani) ar trebui chestionați privind consumul de alcool. Pacienții vor fi evaluați folosind un chestionarul standardizat AUDIT. În condiții de lipsă de timp sau ca preevaluare, pacienții beneficiază de o variantă prescurtată de screening – AUDIT-C.

Exceptând situațiile în care este necesar mai devreme, screeningul se face la intervale de 4-5 ani. Adolescenții între 15-18 ani beneficiază de evaluare oportunistă sau anuală. Femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide ar trebui să se abțină de la consumul de alcool.

Scorul de screening pozitiv este de 8 pentru AUDIT și 4 la bărbați și 3 la femei la AUDIT-C. Scorul AUDIT la care se face trimiterea către tratament de specialitate în adicții, deoarece indică de obicei dependența la alcool, este mai mare sau egal cu 20.

Chestionarul poate fi aplicat de medicul de familie, de asistenta medicală sau poate fi autoadministrat, se poate aplica ca parte dintr-un chestionar mai amplu de evaluare a factorilor de risc, se aplică înaintea consultației, oportunist. Biomarkerii nu sunt utili în screening, dar pot fi utilizați în evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional.

Intervențiile scurte sunt foarte eficiente în consumul riscant și cel nociv.

Intervențiile scurte sunt măsuri de prevenire a evoluției unui consum periculos de alcool către categorii diagnostice cu gravitate mai mare, precum abuzul și dependența de alcool.

De cele mai multe ori, obiectivul este reducerea cantităților de alcool consumate și/sau a numărului zilelor în care se consumă alcool.

Componentele principale ale unei IS sunt conștientizarea consumului nociv și oferirea unui sfat profesional de a reduce (sau opri în anumite cazuri) consumul de alcool, în cadrul unei relații de înțelegere, non-confruntative cu un profesionist în sănătate care nu formulează judecăți negative față de pacient sau comportamentul de consum.

Intervențiile scurte ar trebui oferite tuturor persoanelor adulte care înregistrează un scor ridicat la detectarea consumului problematic de alcool (prin chestionare cum ar fi AUDIT sau AUDIT-C).

IS sunt dovedite ca eficiente în reducerea cantității de alcool consumate, a numărului consumatorilor problematici de alcool și a mortalității, mai ales în rândul persoanelor cu o severitate moderată a problemelor legate de consumul de alcool (mai puțin pentru cei cu dependență cronică severă).

ANEXE

ANEXA 1. CHESTIONARUL AUDIT

CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: _____ Localitate: _____ Sex: _____ Varsta: _____

Stare civila: _____ Studii: _____ 1 băutură = 12 g alcool pur

Deoarece consumul de alcool poate afecta sănătatea și poate interfera cu anumite medicamente și tratamente, este important să vă punem câteva întrebări despre consumul dumneavoastră de alcool. Răspunsurile dvs vor rămâne confidențiale, de aceea vă rugăm să ne răspundeți cât mai exact posibil. Încercați să răspundeți în termeni de "unități de alcool", așa cum este explicat în imaginile de mai jos. Cereți lamuriri dacă aveți nevoie.

O unitate de alcool înseamnă:



Iată câte unități de alcool conține fiecare băutură:



1. Cât de des beți o băutură conținând alcool?

- ☐ Niciodată
- ☐ Lunar sau mai rar
- ☐ 2-4 ori pe lună
- ☐ 2-3 ori pe săptămână
- ☐ 4 sau mai multe ori pe săptămână

2. Câte bauturi consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

- ☐ Una sau două
- ☐ Trei sau patru
- ☐ Cinci sau șase
- ☐ Șapte sau nouă
- ☐ Zece sau mai mult

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi de alcool la o singură ocazie?

- ☐ Niciodată
- ☐ Lunar sau mai rar
- ☐ Lunar
- ☐ Săptămânal
- ☐ Zilnic sau aproape zilnic

4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băut o dată ce ați început?

- ☐ Niciodată
- ☐ Lunar sau mai rar
- ☐ Lunar
- ☐ Săptămânal
- ☐ Zilnic sau aproape zilnic

5. Cât de des, în ultimul an, nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat din cauza băuturii?

- ☐ Niciodată
- ☐ Lunar sau mai rar
- ☐ Lunar
- ☐ Săptămânal
- ☐ Zilnic sau aproape zilnic

6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutură de dimineață ca să vă reveniți după o beție zdravănă?

- ☐ Niciodată
- ☐ Lunar sau mai rar
- ☐ Lunar
- ☐ Săptămânal
- ☐ Zilnic sau aproape zilnic

7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovație după ce ați băut?

- ☐ Niciodată
- ☐ Lunar sau mai rar
- ☐ Lunar
- ☐ Săptămânal
- ☐ Zilnic sau aproape zilnic

8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în noaptea trecută din cauză că ați băut?

- ☐ Niciodată
- ☐ Lunar sau mai rar
- ☐ Lunar
- ☐ Săptămânal
- ☐ Zilnic sau aproape zilnic

9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut?

- ☐ Nu
- ☐ Da, dar nu în ultimul an
- ☐ Da, în ultimul an

10. O rudă, un prieten, un doctor sau o altă persoană a fost îngrijorată de băutul dvs. sau v-a sfătuit să-l reduceți?

- ☐ Nu
- ☐ Da, dar nu în ultimul an
- ☐ Da, în ultimul an

SCOR CHESTIONAR: _____

REZULTAT AUDIT: 0-7 Consum nepericulos pentru sănătate; 8-15 Consum riscant; 16-19 Consum nociv;
> 20 Consum extrem de nociv

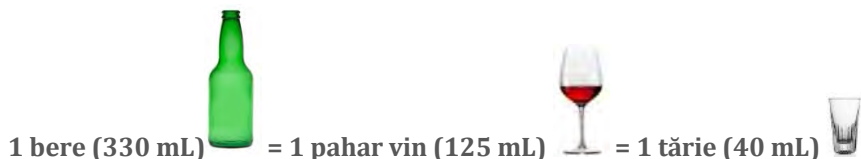
Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

ANEXA 2. CHESTIONARUL AUDIT – SCORURI

CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: _____ Localitate: _____ Sex: M ___ F ___ Vârsta: _____ Stare civilă: _____

Studii: _____ Operator chestionar: _____ 1 băutură = 12 g alcool pur =



1. Cât de des beți o băutură conținând alcool? f) Niciodată 0 g) Lunar sau mai rar 1 h) 2-4 ori pe lună 2 i) 2-3 ori pe săptămână 3 j) 4 sau mai multe ori pe săptămână 4 2. Câte băuturi consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți? f) Una sau două 0 g) Trei sau patru 1 h) Cinci sau șase 2 i) Șapte sau nouă 3 j) Zece sau mai mult 4 3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi de alcool la o singură ocazie? f) Niciodată 0 g) Lunar sau mai rar 1 h) Lunar 2 i) Săptămânal 3 j) Zilnic sau aproape zilnic 4 4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băut o dată ce ați început? f) Niciodată 0 g) Lunar sau mai rar 1 h) Lunar 2 i) Săptămânal 3 j) Zilnic sau aproape zilnic 4 5. Cât de des în ultimul an nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat să faceți din cauza băutului? f) Niciodată 0 g) Lunar sau mai rar 1 h) Lunar 2 i) Săptămânal 3 j) Zilnic sau aproape zilnic 4	6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutură de dimineață ca să vă reveniți după o beție zdravănă? f) Niciodată 0 g) Lunar sau mai rar 1 h) Lunar 2 i) Săptămânal 3 j) Zilnic sau aproape zilnic 4 7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovăție după ce ați băut? f) Niciodată 0 g) Lunar sau mai rar 1 h) Lunar 2 i) Săptămânal 3 j) Zilnic sau aproape zilnic 4 8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în noaptea trecută din cauză că ați băut? f) Niciodată 0 g) Lunar sau mai rar 1 h) Lunar 2 i) Săptămânal 3 j) Zilnic sau aproape zilnic 4 9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut? d) Nu 0 e) Da, dar nu în ultimul an 2 f) Da, în ultimul an 4 10. O rudă, un prieten, un doctor sau o altă persoană a fost îngrijorată de băutul dvs. sau v-a sfătuit să-l reduceți? d) Nu 0 e) Da, dar nu în ultimul an 2 f) Da, în ultimul an 4
---	--

ANEXA 3. FIȘA PACIENT CU SCOR 1-7

FELICITĂRI! Rezultatul dvs. este între 0 și 7.

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE ÎN LIMITELE RECOMANDATE, FĂRĂ RISCURI PENTRU SĂNĂTATE.

Pentru a rămâne sănătos, nu depășiți următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 unități/săptămână
Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână
Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi
Maxim 4 unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere
GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 g de alcool pur

1U =  =  =  = 
10g alcool pur o bere 330ml un pahar vin 125ml un shot 40ml

Consumul problematic de alcool este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS,1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acestora, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate !!!

REFACEȚI TESTUL CEL PUȚIN O DATĂ LA 4 ANI !

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4%) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarct miocardic - atac cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determină atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

Când consumați în medie până la 2 Unități /zi la femei și până la 4 Unități/zi la bărbați
(ADICĂ DUBLU FAȚĂ DE RECOMANDĂRI)
riscul pentru următoarele boli CREȘTE FAȚĂ DE ABSTINENȚI CU:

RISC CRESCUT LA FEMEI

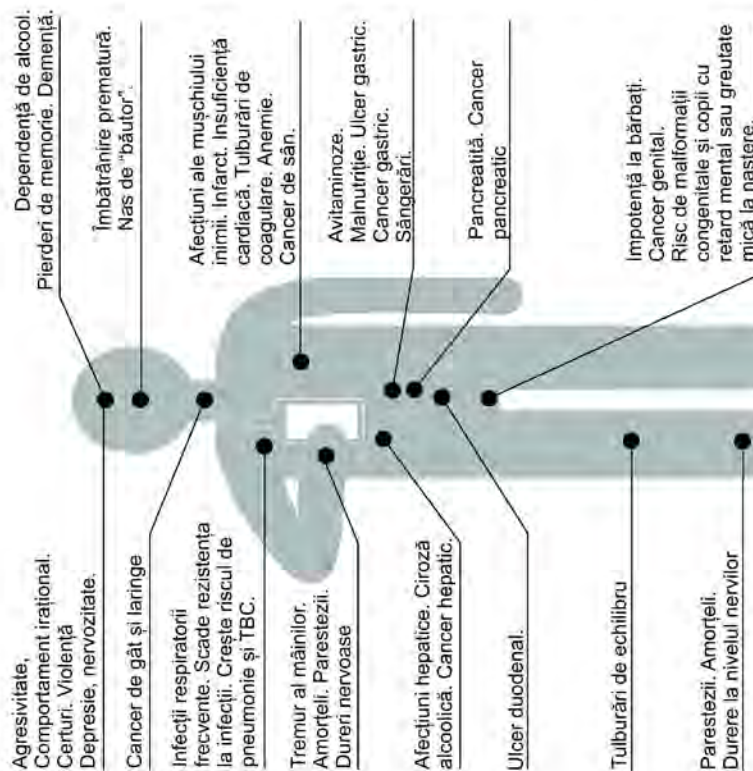
PENTRU:

EPILEPSIE	- 130 %
CIROZĂ	- 130 %
PANCREATITĂ	- 130%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 150 %
CANCER DE FICAT	- 150 %
CANCER DE SÂN	- 110 %
HIPERTENSIUNE	- 140 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR	- 60 %
CEREBRAL	- 120 %
AVORT SPONTAN	- 100 %
GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE	- 90 %
PREMATURITATE	- 100 %
ÎNTĂRZIEREA DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE	- 100 %

RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 120 %
CIROZĂ	- 130 %
PANCREATITĂ	- 130%
DIABET ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 150 %
CANCER DE FICAT	- 150 %
CANCER ESOFAGIAN	- 180 %
HIPERTENSIUNE	- 140 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR	- 130 %
CEREBRAL	- 100 %
GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE	- 100 %
ÎNTĂRZIEREA DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE	-100 %



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

ANEXA 4. FIȘA PACIENT CU SCOR 8-15

ATENȚIE!

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND RISCANT PENTRU SĂNĂTATE (8-15).

Discutați cu medicul de familie despre ce probleme psihologice sau de sănătate pot fi agravate sau la risc din cauza consumului de alcool și cum puteți face să îl scădeți.

Pentru a rămâne sănătos, nu depășiți următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 unități/săptămână
Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână
Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi
Maxim 4 unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere
GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 g de alcool pur

1U =  =  =  = 
10g alcool pur o bere 330ml un pahar vin 125ml un shot 40ml

REȚINEȚI !!

Consumul problematic de alcool este unul din cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS,1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acesteia, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate!!!

REFACEȚI TESTUL CEL PUȚIN O DATĂ LA 4 ANI !

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4%) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependență de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarct miocardic - atac cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determină atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

Când consumați în medie până la 2 Unități /zi la femei și până la 4 Unități/zi la bărbați
(ADICĂ DUBLU FAȚĂ DE RECOMANDĂRI)
riscul pentru următoarele boli CREȘTE FAȚĂ DE ABSTINENȚI CU:

RISC CRESCUT LA FEMEI

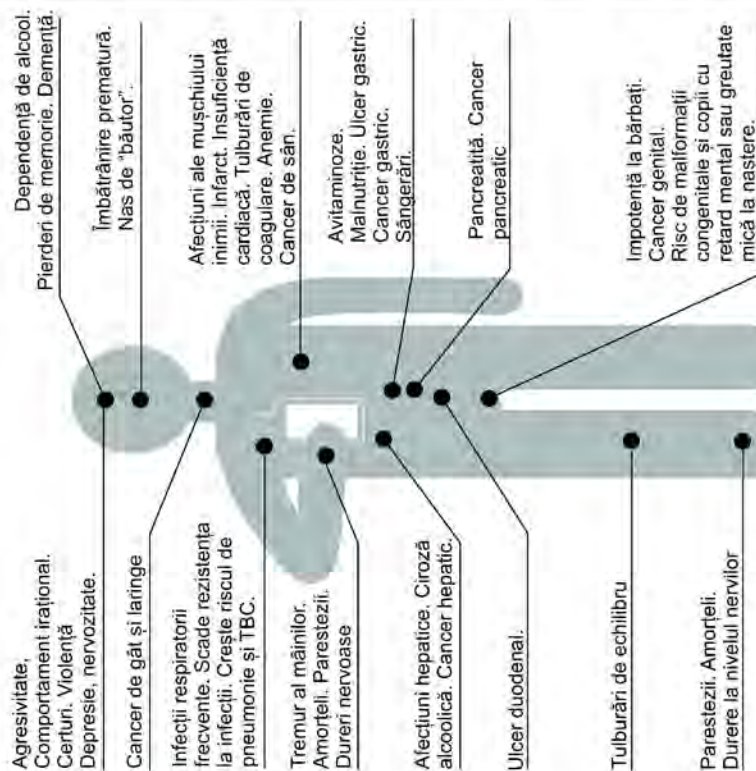
PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZĂ	- 950 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 200 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER DE SÂN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 70 %
AVORT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
ÎNTÂRZIEREA DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE	- 170 %

RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 750 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZĂ	- 910 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABET ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 190 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER ESOFAGIAN	- 240 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 220 %
GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE	- 140 %
ÎNTÂRZIEREA DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE	- 170 %



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

ANEXA 5. FIȘA PACIENT CU SCOR 16-19

ATENȚIE!

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND NOCIV PENTRU SĂNĂTATE (16-19).

VERIFICAȚI-VĂ SĂNĂTATEA FIZICĂ ȘI PSIHICĂ PENTRU A AFLA ȘI TRATA AFECȚIUNILE DETERMINATE SAU AGRAVATE DE ALCOOL.

PENTRU A REVENI LA STAREA DE SĂNĂTATE, TREBUIE SĂ VĂ ÎNCADRAȚI ÎN următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 unități/săptămână
Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână
Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi
Maxim 4 unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere
GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 g de alcool pur

1U =  =  =  = 

10g alcool pur o bere 330ml un pahar vin 125ml un shot 40ml

REȚINEȚI !!

Consumul problematic de alcool este unul din cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS,1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acesteia, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate!!!

Verificați afecțiunile din lista de mai jos și faceți o nouă programare în max. 1-2 săptăm.

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

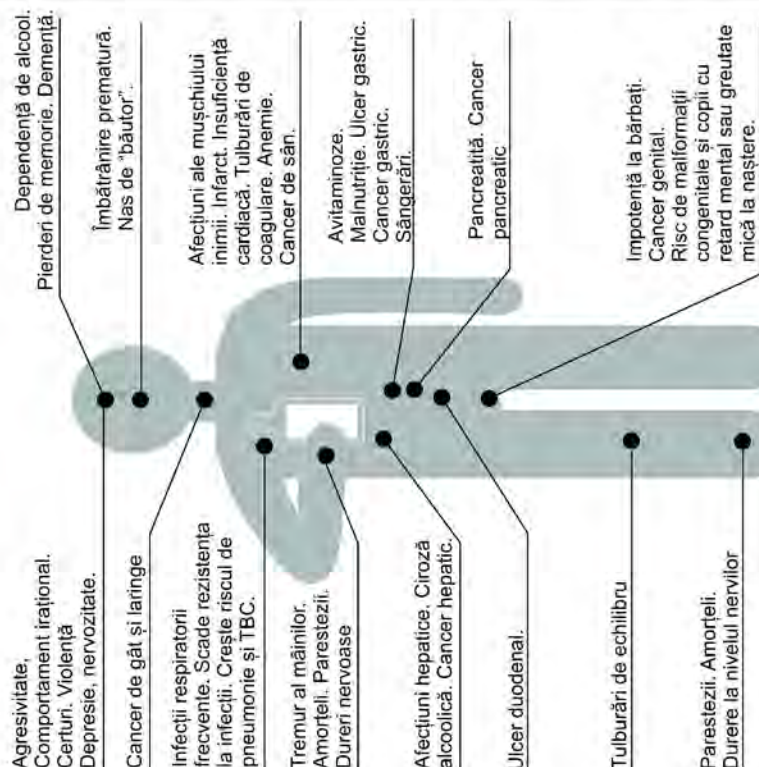
MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4%) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarct miocardic - atac cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determină atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tare, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

EFFECTELE NEGATIVE ALE ALCOOLULUI ȘI RISCUL ASOCIIAT

RISC CRESCUT LA FEMEI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZĂ	- 950 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 200 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER DE SÂN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 70 %
AVORT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
ÎNTÂRZIEREA DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE	- 170 %



RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 750 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZĂ	- 910 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABET ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 190 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER ESOFAGIAN	- 240 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 220 %
GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE	- 140 %
ÎNTÂRZIEREA DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE	- 170 %

Material realizat în cadrul proiectului RO19_04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

ANEXA 6. FIȘA PACIENT CU SCOR PESTE 20

ATENȚIE!

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND EXTREM DE NOCIV PENTRU SĂNĂTATE (20).

Cel mai probabil există deja tulburări fizice și psihice determinate de alcool (inclusiv dependența de alcool).

Verificați URGENT toate afecțiunile incluse în lista de mai jos ÎMPREUNĂ CU MEDICUL DE FAMILIE !
ESTE FOARTE PROBABIL SĂ FIE NEVOIE DE MULTIPLE ANALIZE ȘI ALTE EXAMENE LA MEDICI SPECIALIȘTI (medicină internă, gastroenterologie, cardiologie și psihiatrie) și controale repetate.
Tulburările induse de alcool NU sunt un viciu, o slăbiciune sau o rușine, ci afecțiuni psihice TRATABILE în clinici specializate în adicții.

PENTRU A REVENI LA STAREA DE SĂNĂTATE, TREBUIE SĂ VĂ ÎNCADRAȚI ÎN următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 unități/săptămână
Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână
Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi
Maxim 4 unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere
GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 g de alcool pur

1U =  =  =  = 
10g alcool pur o bere 330ml un pahar vin 125ml un shot 40ml

APELAȚI LA AJUTOR SPECIALIZAT!

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

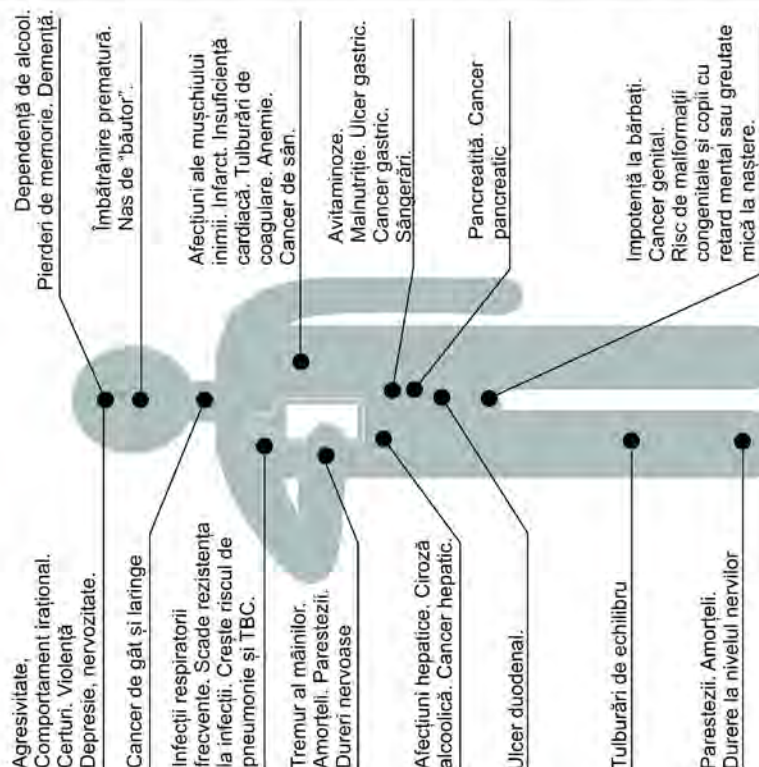
MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4%) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarct miocardic - atac cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determină atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

EFFECTELE NEGATIVE ALE ALCOOLULUI ȘI RISCUL ASOCIIAT

RISC CRESCUT LA FEMEI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZĂ	- 1300 %
PANCREATITĂ	- 180 %
DIABETUL ZAHARAT	- 110 %
CANCER AL GURII	- 540 %
CANCER DE FICAT	- 360 %
CANCER DE SÂN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 110 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 800 %
AVORT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
ÎNTÂRZIEREA DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE	- 170 %



RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 680 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZĂ	- 1300 %
PANCREATITĂ	- 320 %
DIABET ZAHARAT	- 70 %
CANCER AL GURII	- 540 %
CANCER DE FICAT	- 360 %
CANCER ESOFAGIAN	- 440 %
HIPERTENSIUNE	- 410 %
INFARCT MIOCARDIC	- 100 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 240 %
GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE	- 140 %
ÎNTÂRZIEREA DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE	- 170 %

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

ANEXA 7. JURNALUL SĂPTĂMÂNAL AL CONSUMULUI DE ALCOOL

JURNAL SĂPTĂMÂNAL

	Ziua 1	Ziua 2	Ziua 3	Ziua 4	Ziua 5	Ziua 6	Ziua 7
Canțitatea băută: • bere • vin • spirtoase							
Locul consumului: • acasa • acasă la alții • restaurant, bar • locul de muncă • altele							
Dorința de a bea: • mare • medie • mică							
Motivul (descrie):							
Sentimentul după băut: • veselie • tristete • remușcare • indiferență • altele							
Transformarea în unități internaționale "DRINK"							

Nu modificați retroactiv ce ați menționat pentru zilele anterioare

Material realizat în cadrul proiectului RO19 din "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenirea bolilor neinfecțioase (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016

JURNAL SĂPTĂMÂNAL

	Ziua 8	Ziua 9	Ziua 10	Ziua 11	Ziua 12	Ziua 13	Ziua 14
Cantitatea băută: • bere • vin • spirtuoase							
Locul consumului: • acasă • acasă la alții • restaurant, bar • locul de muncă • altele							
Dorința de a bea: • mare • medie • mică							
Motivul (descrie):							
Sentimentul după băut: • veselie • tristețe • remușcare • indiferență • altele							
Transformarea în unități internaționale "DRINK"							

Nu modificați retroactiv ce ați menționat pentru zilele anterioare

Material realizat în cadrul proiectului RO19_04 "Intervenții la mal multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016

ANEXA 8. JURNALUL SITUAȚIILOR DE RISC

JURNALUL SITUAȚIILOR DE RISC

Obiectivul meu este:

- ☐ Consum zero (abstinență)
- ☐ Consum diminuat: maxim _____ unități / săptămână
- ☐ Încă nu am un obiectiv de schimbare

Ziua, ora	Situația de risc	Ce am făcut	Ce altceva aș fi putut să fac/ aș putea face

Materiale realizate în cadrul proiectului RO19/04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenirea bolilor ne transmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016

ANEXA 9. PLANUL PERSONAL ÎN CAZ DE URGENȚĂ

FIȘA PLANULUI PERSONAL ÎN CAZ DE URGENȚĂ

Aici vei completa acele lucruri pe care le poți face în caz de urgență. Urgență se referă la orice situație care îți pune în mare pericol obiectivul de schimbare pe care ți l-ai propus. Tot urgență este o situație în care ai avut un accident și ai început să consumi peste obiectivul tău.

Exemple de lucruri pe care le poți face în aceste situații:

- OPREȘTE-te din ceea ce faci, privește în jur, PĂSTREAZĂ-ȚI CALMUL!
- Lasă să treacă gândurile de genul „Dacă tot am început, hai să merg până la capăt; Oricum, nu mai contează!”.
- EFORTURILE TALE DE PÂNĂ ACUM ÎNSEAMNĂ MULT!
- Reamintește-ți OBIECTIVUL!
- Recitește BALANȚA DECIZIONALĂ!
- VARSĂ băutura / ARUNCĂ substanța!
- PĂRĂSEȘTE scena, ieși la o plimbare!
- Implică-te într-o altă ACTIVITATE satisfăcătoare!
- Fă un exercițiu scurt de RELAXARE!
- CERE AJUTOR. Sună un prieten, o rudă sau terapeutul!

Completează propriul tău plan de urgență. Îl poți decupa și purta în portofel, pentru a avea acces la el oricând!

În caz de urgență	
Fac următoarele:	
Un gând care mă poate ajuta:	
Pe cine contactez:	

ANEXA 10. BALANȚA DECIZIONALĂ

BALANȚA DECIZIONALĂ

Beneficii pe termen scurt	Efecte adverse pe termen scurt
Beneficii pe termen lung	Efecte adverse pe termen lung

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016

ANEXA 11. SUMARUL RECOMANDĂRILOR PRIVIND CONSUMUL DE ALCOOL

Recomandări privind consumul de alcool

Se recomandă:	Grade
1 Efectuarea screeningului pentru detecția consumului inadecvat de alcool, începând cu vârsta de 18 ani.	1A
2 Utilizarea chestionarului (standardizat) AUDIT, luând ca prag scorul 8.	2A
3 Se poate utiliza AUDIT-C ca prescreening); la valori anormale (> 4 la B, > 3 la F) se completează evaluarea folosind chestionarul AUDIT integral.	2A
4 Exceptând situațiile în care este necesar mai devreme, screeningul se va face la intervale de 4-5 ani.	2B
5 Evaluare oportunistă sau anuală, folosind testul AUDIT, la adolescenții între 15-18 ani luând ca prag scorul 2-3.	2B
6 Chestionarul AUDIT se aplică de către AM instruită sau de către medicul de familie; poate fi și autoadministrat.	2A
7 NU se recomandă utilizarea analizelor de laborator pt. screening, doar pt. evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional.	2B
8 Sfat minimal: menținerea unui consum în limita a < 2 u/zi la bărbați și < 1 u/zi la femei și bărbați peste 65 de ani.	1A
9 Sfat minimal: femeile gravide să fie sfătuite să se abțină de la consumul de alcool.	1A
10 Intervenții scurte pentru modificarea comportamentului privind consumul de alcool, la cei cu consum riscant (scor AUDIT între 9-15) și nociv (scor AUDIT între 16-19).	1A
11 Trimitere către tratament de specialitate în adicții pentru persoanele cu scor AUDIT ≥ 20 (indicând de obicei dependența de alcool)	

BIBLIOGRAFIE

1. White, Ian R., Dan R. Altmann, and Kiran Nanchahal. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ* 325.7357 (2002): 191.
2. Rehm, Jürgen. The risks associated with alcohol use and alcoholism. Alcohol research & health: the *Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 34.2 (2011): 135.
3. International Agency for Research on Cancer, and IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol. 85. IARC, 2004.
4. Bagnardi, Vincenzo, et al. Alcohol consumption and the risk of cancer: a meta-analysis. Alcohol research & health: the *Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 25.4 (2000): 263-270.
5. Bagnardi, V., et al. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British journal of cancer* 85.11 (2001): 1700.
6. Rehm, Jürgen, et al. Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Res. Health* 140 (2003): C00-C97.
7. Unit, Strategy. Strategy unit alcohol harm reduction project: Interim analytical report. London: Strategy Unit 3003 (2003).
8. Rehm, Jürgen, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet* 373.9682 (2009): 2223-2233.
9. Smoking, nutrition, alcohol, physical activity (SNAP): A population health guide to behavioural risk factors in general practice, 2nd edn. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners 2015.
10. US Department of Health and Human Services. Helping patients who drink too much: a clinician's guide. National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIH Publication 07-3769 (2005).
11. Babor, Thomas F., and John C. Higgins-Biddle. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. (2001).
12. Anderson, Peter, Antoni Gual, and Joan Colom. Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Health Department of the Government of Catalonia, 2005.
13. Mayer, Virginia A. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine* 159.3 (2013): 210-218.

14. Bohn, Michael J., Thomas F. Babor, and Henry R. Kranzler. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 56.4 (1995): 423.
15. Bush, Kristen, et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine* 158.16 (1998): 1789-1795.
16. Mayfield, Demmie, Gail McLeod, and Patricia Hall. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *The American Journal of Psychiatry* (1974).
17. Friedmann, Peter D., et al. Validation of the screening strategy in the NIAAA Physicians' Guide to Helping Patients with Alcohol Problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 62.2 (2001): 234.
18. National Institute for Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: Preventing harmful drinking. London: NICE (2010).
19. College of Family Physicians of Canada. Alcohol Risk Assessment and Intervention (ARAI): Resource Manual for Family Physicians. Mississauga, Ont.: College of Family Physicians of Canada, 1994.
20. Hodgson, Ray, et al. The fast alcohol screening test. *Alcohol and Alcoholism* 37.1 (2002): 61-66.
21. World Health Organization. Global status report on alcohol and health-2014. World Health Organization, 2014.
22. American Academy of Pediatrics, United States of America, and US Dept of Health and Human Services. Pocket Guide for Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth. (2011).
23. Bilban, Marjan, Sonja Vrhovec, and M. Z. Karlovsek. Blood biomarkers of alcohol abuse. *Arhiv za Higijenu Rada I Toksikologiju/Archives of Industrial Hygiene and Toxicology* 54.4 (2003): 253-259.
24. Fleming, Michael F. Screening and brief intervention in primary care settings. *Alcohol Research and Health* 28.2 (2004).
25. Anderson, Peter, Antoni Gual, and Joan Colom. Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Health Department of the Government of Catalonia, 2005.
26. Funk, Michelle, et al. A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. *Journal of Studies on Alcohol* 66.3 (2005): 379-388.
27. Saunders JB, Lee NK. Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Compr Psychiatry* 2000;41:95-103.
28. Wilson G, Lock C, Heather N, et al. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England ten years on. *Alcohol Alcohol* 2011;46:570-7.
29. O'Donnell A , Anderson P , Newbury-Birch D et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism* 2014; 49:66-78

30. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 2002;97:279-92
31. Ballesteros JA, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis. *Alcohol, Clin Exp Res* 2004; 28:608-18
32. Bertholet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;165:986-95.
33. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.
34. Kaner E, Beyer F, Dickinson H, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD004148.
35. Miller WR, Wilbourne PL (2002), Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders, *Addiction* 97, 265-277
36. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:631-40
37. Vermeulen, E., et al. Medical Education in Substance Use Management. A manual for medical students. (2005).
38. Schmidt, Christiane Sybille, et al. Brief Alcohol Interventions in Social Service and Criminal Justice Settings: A Critical Commentary. *British Journal of Social Work* (2014): bcu100.
39. Jenkins RJ, McAlaney J, McCambridge J. Change over time in alcohol consumption in control groups in brief intervention studies: systematic review and meta-regression study. *Drug Alcohol Depend* 2009;100:107-14
40. McCambridge, Jim, and Kypros Kypri. Can simply answering research questions change behaviour? Systematic review and meta analyses of brief alcohol intervention trials. *PLoS One* 6.10 (2011): e23748.
41. Jonas D, Garbutt J, Brown J, et al. Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
42. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.
43. Kaner E, Beyer F, Dickinson H, et al. Effectiveness of Brief Alcohol Interventions in Primary Care Populations. London: Cochrane Database of Systematic Reviews; 2007
44. Shand, Fiona, et al. Treatment of Alcohol Problems. NDARC: Commonwealth Dept of Health. Australia (2003).

45. Berglund M (2005), A better widget? Three lessons for improving addiction treatment from a meta-analytical study, *Addiction*, 100, 742-750
46. Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andreasson S, Ojehagen A (2003), Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review, *Alcoholism: clinical and experimental research*, 27:10, 1645-1656
47. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L (2004), The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis, *Addiction*, 99, 839-845
48. Hulse G, Tait RJ (2003), Five-year outcomes of brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders, *Addiction*, 98, 1061-1068
49. Shakeshaft AP, Bowman JA, Burrows S, Doran CM, Sanson-Fisher RW (2002), Community-based alcohol counselling: a randomized clinical trial, *Addiction*, 97, 1449-1463
50. Prelipceanu D, Victor V (ed.) (2004), *Abuzul și dependența de substanțe psihoactive*, Infomedica, București
51. Rosenblum A, Foote J, Cleland C, Magura S, Mahmood D, Kosanke N. Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2005;31(1):35-58.
52. Borsari B, Carey KB. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers, *J Consult Clin Psychol*. 2000 Aug;68(4):728-33.
53. Hriscu, Eugen, Magdalena Ioan. Prevenirea recăderilor în tulburările legate de consumul de substanțe: ghid practic pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Infomedica, 2004.
54. White, Ian R., Dan R. Altmann, and Kiran Nanchahal. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ* 325.7357 (2002): 191.
55. Rehm, Jürgen, et al. Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Res. Health* 140 (2003): C00-C97.
56. Bagnardi, V., et al. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British journal of cancer* 85.11 (2001): 1700.
57. Anton, Raymond F., et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 295.17 (2006): 2003-2017.
58. Saunders, John B., et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *ADDICTION-ABINGDON* - 88 (1993): 791-791.
59. Reinert, Duane F., and John P. Allen. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31.2 (2007): 185-199.
60. Humphreys, Keith, and Jalie A. Tucker. Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction* 97.2 (2002): 126-132.
61. Stokowski, L. A. No Amount of Alcohol IS Safe. *Medscape News* (2014).
62. Webb, Martin. The Alcohol Effects campaign, February 2010. (2010).

63. Peterson, Karen. Biomarkers for alcohol use and abuse-a summary. *Alcohol Research and Health* 28.1 (2004): 30.
64. Warren, Lyness. Carboxymethylated derivatives of diand tri-saccharide compounds and detergent compositions containing them. U.S. Patent No. 3,634,392. 11 Jan. 1972.
65. Niemelä, Onni. Biomarkers în alcoholism. *Clinica Chimica Acta* 377.1 (2007): 39-49.
66. The Role of Biomarkers in the Treatment of Alcohol Use Disorders, 2012 Revision, Onni Niemelä.
67. Bilban, Marjan, Sonja Vrhovec, and M. Z. Karlovsek. Blood biomarkers of alcohol abuse. *Arhiv za Higijenu Rada I Toksikologiju/Archives of Industrial Hygiene and Toxicology* 54.4 (2003): 253-259.
68. Saunders, John B., et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *ADDICTION-ABINGDON* 88 (1993): 791-791.
69. Miller, Brenda A., et al. Assessment of club patrons' alcohol and drug use: the use of biological markers. *American Journal of Preventive Medicine* 45.5 (2013): 637-643.
70. Schwan, Raymund, et al. The use of biological laboratory markers in the diagnosis of alcohol misuse: an evidence-based approach. *Drug and Alcohol Dependence* 74.3 (2004): 273-279.
71. Paul, Richard, et al. Do drug users use less alcohol than non-drug users? A comparison of ethyl glucuronide concentrations in hair between the two groups in medico-legal cases. *Forensic science international* 176.1 (2008): 82-86.
72. Paling, E. P., and L. Mostert. [Carbohydrate deficient transferrin and ethyl glucuronide: markers for alcohol use]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 157.23 (2012): A5713-A5713.
73. Helander, A. *Biological markers in alcoholism*. Springer Vienna, 2003.
74. Cylwik, B., L. Chrostek, and M. Szmitkowski. [Sialic acid as a new marker of excessive alcohol consumption]. *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego* 16.96 (2004): 581-584.
75. Paul, Richard, et al. Do drug users use less alcohol than non-drug users? A comparison of ethyl glucuronide concentrations in hair between the two groups in medico-legal cases. *Forensic science international* 176.1 (2008): 82-86.
76. Littner, Yoav, and Cynthia F. Bearer. Detection of alcohol consumption during pregnancy - Current and future biomarkers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 31.2 (2007): 261-269.
77. De Backer, Guy, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 10.1 suppl (2003): S1-S78.
78. Național Collaborating Centre for Mental Health (UK. Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. *British Psychological Society*, 2004.

79. Materiale realizate de CNSMF după Combined course on growth assessment and IYCF counselling. Geneva, WHO, 2012 pentru programul educațional: Abilități extinse în managementul problemelor de nutriție și dezvoltare a sugarului și copilului mic de către echipa de asistentă primară, derulat de World Vision România în Jud. Dolj și Vâlcea (2013-2014)
80. World Health Organization, and UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, 2003.
81. Robinson, James C. From managed care to consumer health insurance: The fall and rise of Aetna. *Health Affairs* 23.2 (2004): 43-55.
82. Hamon, Martial, et al. Consensus document on the radial approach in percutaneous cardiovascular interventions: position paper by the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions and Working Groups on Acute Cardiac Care and Thrombosis of the European Society of Cardiology. *EuroIntervention* 8.11 (2013): 1242-1251.
83. Miller, Graeme C., et al. General practice activity in Australia 2001-02. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2002.
84. Peterson, Karen. Biomarkers for alcohol use and abuse-a summary. *Alcohol Research and Health* 28.1 (2004): 30.
85. Hesselbrock, Michie N., Roger E. Meyer, and Janet J. Keener. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry* 42.11 (1985): 1050-1055.
86. Warren Thompson, MD, FACP IS a member of the following medical societies: Alpha Omega Alpha, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, American Heart Association, Phi Beta Kappa
87. Niemelä, Onni. Biomarkers în alcoholism. *Clinica Chimica Acta* 377.1 (2007): 39-49.
88. Center for Substance Abuse Treatment. The role of biomarkers in the treatment of alcohol use disorders. *Substance Abuse Treatment Advisory* 5.4 (2006): 1-7.
89. Bilban, Marjan, Sonja Vrhovec, and M. Z. Karlovsek. Blood biomarkers of alcohol abuse. *Arhiv za Higijenu Rada I Toksikologiju/Archives of Industrial Hygiene and Toxicology* 54.4 (2003): 253-259.
90. Wechsler, Henry, et al. Trends în college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993–2001. *Journal of American College Health* 50.5 (2002): 203-217.
91. Wechsler, Henry, et al. Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993–2001. *Journal of American college health* 50.5 (2002): 203-217. Rimm, Eric B., et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *The Lancet* 338.8765 (1991): 464-468.
92. Corrao, Giovanni, et al. Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis. *Addiction* 94.10 (1999): 1551-1573.
93. Studiul ALIAT derulat în 2011 privind discrepanța între cererea și oferta de servicii <http://www.aliatong.ro/news/comunicat-studiu>

94. Rehm, Jürgen, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 105.5 (2010): 817-843.
95. Baliunas, Dolly O., et al. Alcohol as a Risk Factor for Type 2 Diabetes A systematic review and meta-analysis. *Diabetes care* 32.11 (2009): 2123-2132.
96. Moyer, Anne, et al. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 97.3 (2002): 279-292.
97. O'Donnell, Amy, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism* 49.1 (2014): 66-78.
98. Moher, David, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine* 151.4 (2009): 264-269.
99. O'Donnell, Amy, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism* 49.1 (2014): 66-78.
100. Alcohol Alcohol. 2014;49(1):66-78.
101. Fleming, Michael F. Screening and brief intervention in primary care settings. *Alcohol Research and Health* 28.2 (2004): 57.
102. How effective are BIs in Primary Care settings vs usual GPs care to reduce the frequency of hazardous drinkers? Ballesteros J et al., *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28:608-18
103. Poikolainen, Kari. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive medicine* 28.5 (1999): 503-509.
104. ANDERSON, P., GUAL, A. and COLOM, J. (2005) Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona, Department of Health of the Government of Catalonia.
105. Lesser, Janna, and Manuel Angel Oscós-Sánchez. Community-academic research partnerships with vulnerable populations. *Annual Review of Nursing Research* 25.1 (2007): 317-337.
106. New Drug and Alcohol Prevention Program Proven Successful in Helping Parents Talk with Their Kids, CASSIE GOLDBERG, September 13th, 2011.
107. Doll, Richard. The benefit of alcohol in moderation. *Drug and Alcohol Review* 17.4 (1998): 353-363.
108. GROUP, PROJECT MATCH RESEARCH. Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of Mental Health* 7.6 (1998): 589-602.
109. US Preventive Services Task Force, and US Preventive Services Task Force. USPSTF A and B recommendations. (2010).
110. Cherpitel CJ, Ye Y. Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population: data from the 2005 national alcohol survey. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Oct 1. 97(3):226-30.
111. Moodie, Rob, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet* 381.9867 (2013): 670-679.

112. Dawson, Deborah A., et al. Comparative performance of the AUDIT-C in screening for DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug and alcohol dependence* 126.3 (2012): 384-388.
113. Saunders, John B., et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. ADDICTION-ABINGDON- 88 (1993): 791-791.
114. Bush, Kristen, et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine* 158.16 (1998): 1789-1795.
115. Bradley, Katharine A., et al. AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31.7 (2007): 1208-1217.
116. Gache, Pascal, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and experimental research* 29.11 (2005): 2001-2007.
117. Dawson DA, Smith SM, Saha TD, et al; Comparative performance of the AUDIT-C in screening for DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2012 Dec 1;126(3):384-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.05.029. Epub 2012 Jun 22.
118. Babor, Thomas F., and John C. Higgins-Biddle. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 95.5 (2000): 677-686.
119. Humeniuk, Rachel, et al. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction* 103.6 (2008): 1039-1047.
120. Peltzer, Karl, Phillip Seoka, and Teresa-Ann Mashego. Prevalence of alcohol use in a rural south african community 1. *Psychological reports* 95.2 (2004): 705-706.
121. Mileniul III, Mihaela DUPLAC-TERRA, and Ecolog Claudia JIANU-TERRA Mileniul III. Studiu pregătitor privind implementarea registrului național de gaze cu efect de seră în România. (2003)
122. Ordin pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii de Guvern nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.
123. Fervers, B., et al. Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ quality & safety* (2011): qshc-2010.
124. Babor, Thomas F., E. Bruce Ritson, and Ray J. Hodgson. Alcohol-related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies. *Br J Addict* 81.1 (1986): 23-46.
125. Saunders, John B., and Nicole K. Lee. Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Comprehensive psychiatry* 41.2 (2000): 95-103.
126. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. WHO Publication No. 92.4. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 1992. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care.

127. Reid, M. Carrington, David A. Fiellin, and Patrick G. O'Connor. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Archives of Internal Medicine* 159.15 (1999): 1681-1689.
128. O'Connor PG, Schottenfeld RS. Patients with alcohol problems. *N Engl J Med*. 1998;338:592–602
129. Reid, M. Carrington, David A. Fiellin, and Patrick G. O'Connor. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Archives of Internal Medicine* 159.15 (1999): 1681-1689.
130. Network, Scottish Intercollegiate Guideline. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Edinburgh: SIGN (2003).
131. Williams, Geoffrey C., et al. Reducing the health risks of diabetes how self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life. *The Diabetes Educator* 35.3 (2009): 484-492.
132. Rehm, Jürgen, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet* 373.9682 (2009): 2223-2233.
133. Bobak, Martin, et al. Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol related problems between three urban populations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58.3 (2004): 238-242.
134. M Bobak¹, R Room², H Pikhart¹, R Kubinova³, S Malyutina⁴, A Pajak⁵, S Kurilovitch, R Topor⁵, Y Nikitin⁴, M Marmot¹, *J Epidemiol Community Health* 2004;58:238-242
doi:10.1136/jech.2003.011825
135. Rehm, Jürgen, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet* 373.9682 (2009): 2223-2233.
136. Rehm, Jürgen. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 34.2 (2011): 135.
137. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
138. Kessler, Ronald C., et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry* 62.6 (2005): 617-627.
139. World Health Organization. Guidelines for drinking-water quality: recommendations. Vol. 1. World Health Organization, 2004.
140. Babor, Thomas F., E. Bruce Ritson, and Ray J. Hodgson. Alcohol-related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies. *Br J Addict* 81.1 (1986): 23-46.
141. Saunders, John B., and Nicole K. Lee. Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Comprehensive psychiatry* 41.2 (2000): 95-103.
142. Reid, M. Carrington, David A. Fiellin, and Patrick G. O'Connor. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Archives of Internal Medicine* 159.15 (1999): 1681-1689.

143. Network, Scottish Intercollegiate Guideline. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Edinburgh: SIGN (2003).
144. Anderson, Peter, Dan Chisholm, and Daniela C. Fuhr. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet* 373.9682 (2009): 2234-2246.
145. World Health Organization. World Health Organization global status report on alcohol. Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva (2004).
146. Bobak, Martin, et al. Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol related problems between three urban populations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58.3 (2004): 238-242.
147. Rehm, Jürgen, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet* 373.9682 (2009): 2223-2233.
148. Rehm, Jürgen. The risks associated with alcohol use and alcoholism. Alcohol research & health: the *Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 34.2 (2011): 135.
149. Whiteford, Harvey A., et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 382.9904 (2013): 1575-1586.
150. Bagnardi, V., et al. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British Journal of Cancer* 85.11 (2001): 1700.
151. Rehm, Jürgen, Robin Room, and Benjamin Taylor. Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *International journal of methods in psychiatric research* 17.3 (2008): 141-151.
152. Rehm, Jürgen, et al. The comparative risk assessment for alcohol as part of the Global Burden of Disease 2010 Study: What changed from the last study? *The International Journal of Alcohol and Drug Research* 2.1 (2013): 1-5.
153. Rehm, Jürgen, and Kevin D. Shield. Alcohol and Mortality: Global Alcohol-Attributable Deaths from Cancer, Liver Cirrhosis, and Injury in 2010. *Alcohol research: current reviews* 35.2 (2014): 174.
154. Hriscu, Eugen. Intervențiile online pentru tulburările legate de consumul de alcool-un posibil model pentru folosirea internetului în dezvoltarea de servicii de sănătate mintală.
155. Shield, Kevin D., Charles Parry, and Jürgen Rehm. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol research: current reviews* 35.2 (2014): 155.
156. World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. (2000).
157. Hart, Carole L., et al. Effect of body mass index and alcohol consumption on liver disease: analysis of data from two prospective cohort studies. *BMJ* 340 (2010).
158. Rehm, Jürgen, et al. Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Res. Health* 140 (2003): C00-C97.

159. Rehm, Jürgen, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet* 373.9682 (2009): 2223-2233.
160. Lim, Stephen S., et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380.9859 (2013): 2224-2260.
161. Hriscu, Eugen. Raportul Organizației Mondiale a Sănătății cu privire la abuzul de alcool. Implicații pentru România.(2012)
162. Saunders, John B., et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. ADDICTION-ABINGDON- 88 (1993): 791-791.
163. Barbor, T. E., et al. AUDIT–The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization (1992).

Partea a II-a

Fumatul

CAPITOLUL 1.

IMPORTANȚA PROBLEMEI



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

Epidemia tabagică este una din cele mai mari amenințări pentru sănătatea publică cu care s-a confruntat omenirea, tutunul omorând - activ sau pasiv, până la jumătate dintre cei care îl consumă. Se estimează că anual, în toată lumea, mor din cauza consumului de tutun aproximativ **6 milioane de oameni**, dintre care peste 600.000 sunt nefumători care au fost expuși fumului de tutun.

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

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

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

CAPITOLUL 2.

DEFINIȚII

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

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

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

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

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

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

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

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

Specificații suplimentare de definire pot fi adăugate de clinician:

- în remisiune precoce: dacă nu a folosit niciun produs din tutun timp de 3-12 luni;
- în remisiune susținută: dacă nu a folosit niciun produs din tutun mai mult de 12 luni;
- sub tratament de menținere: dacă primește tratament (de substituție sau non-nicotinic);

- în mediu controlat: de exemplu, în timpul spitalizării, al detenției (dacă fumatul este interzis în aceste unități).

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

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

Sevrăjul de tutun (tabagic)

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

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

Tabel 2. Simptome specifice sevrăjului de tutun (tabagic) conform DSM-5

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

Factori favorizanți (trigger) ai reluării consumului de tutun

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

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

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

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

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

CAPITOLUL 3.

EVALUAREA PACIENTULUI CU TULBURARE LEGATĂ DE CONSUMUL DE TUTUN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

CAPITOLUL 4.

BOLI PROVOCAATE DE FUMATUL ACTIV

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

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

4.1. FUMATUL ȘI BOLILE CARDIOVASCULARE

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

4.1.1. BOALA CORONARIANĂ

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

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

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

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

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

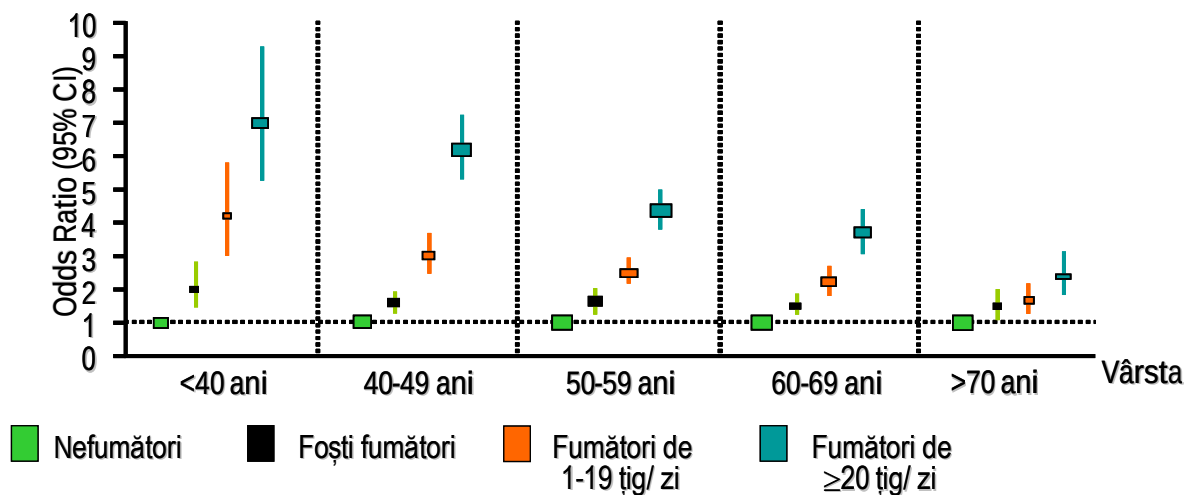
Cele peste 4800 de substanțe conținute în tar ⁶ sunt principalii responsabili de mecanismele care conduc la instalarea BCV, în special prin favorizarea aterosclerozei, deoarece activarea plachetară contribuie la disfuncția endotelială care, la rândul ei, determină scăderea producției de NO endotelial,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

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

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

Cu cât persoana este mai tânără și cu cât fumează mai mult, cu atât riscul de IMA este mai mare⁹ (Figura 2). Din acest motiv, renunțarea la fumat la tinerețe aduce beneficii mai mari, în termeni de scădere a riscului și a mortalității la 1 an.

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



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

Fumatul este în sine un factor de risc major pentru boala ischemică coronariană, dar interacționează cu ceilalți FR astfel încât riscul total este mai mare decât cel al fiecărui factor, calculat separat. ¹³ (Figura 3).

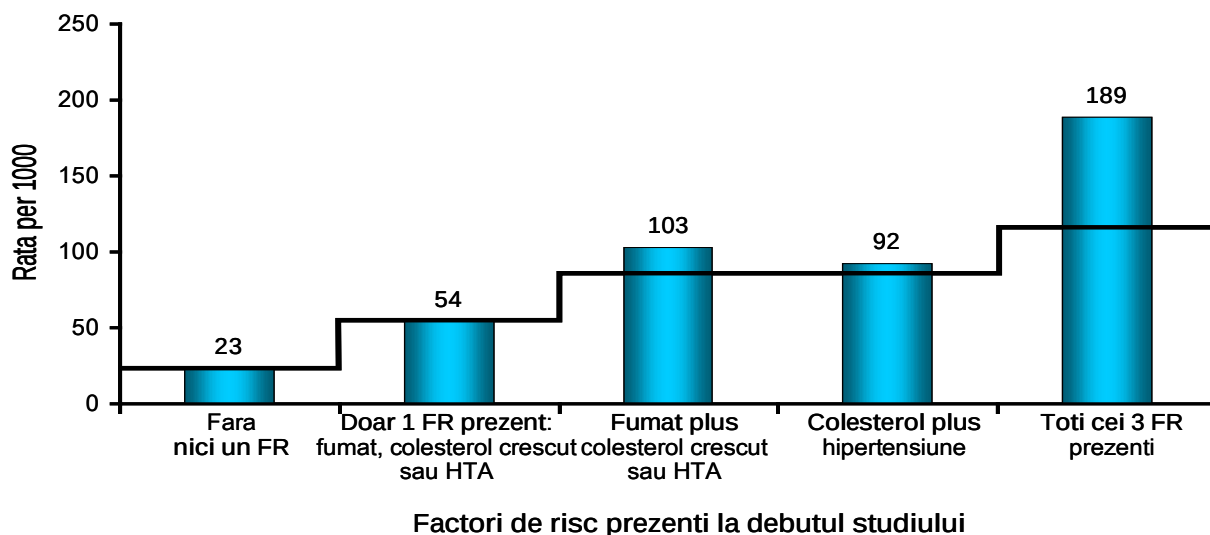


Figura 3. Riscul multiplicativ al fumatului pentru boala coronariană acută.

4.1.2. STOP FUMAT ȘI BOLILE CORONARIENE ACUTE

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

4.1.3. FIBRILAȚIA ATRIALĂ (FIA)

În studiul ARIC¹⁴ au fost monitorizate peste 15.000 persoane pe parcursul a 13 ani, identificându-se 876 cazuri de fibrilație atrială fără o cauză aparentă. S-a constatat că riscul de fibrilație atrială este de 2,05 ori mai mare la fumători comparativ cu cei care nu au fumat niciodată.

4.1.4. INSUFICIENȚA CARDIACĂ (IC)

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

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

4.1.5. BOLILE VASCULARE PERIFERICE (BVP)

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

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

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

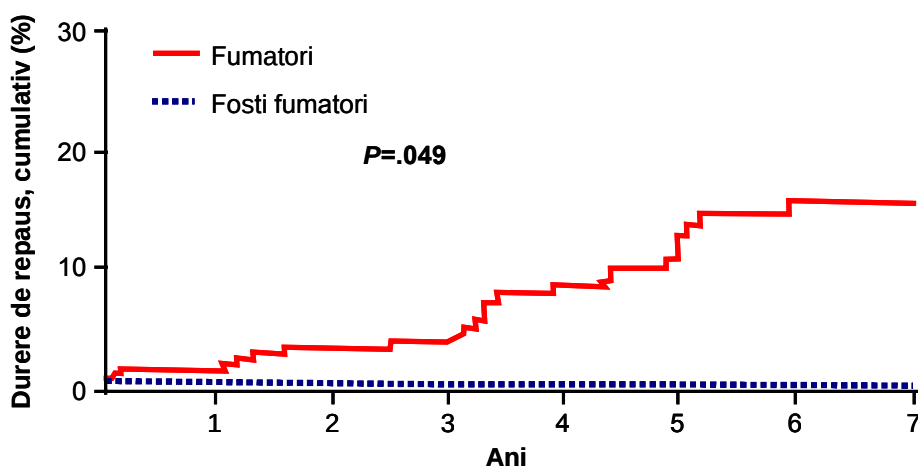
Disfuncția erectilă este de 2 ori mai frecventă la fumători, existând numeroase studii care atestă relația cauză-efect. În afara aterosclerozei și a disfuncției endoteliale, printre mecanismele accentuate de fumat se numără și: diminuarea sintezei și degradării NO (ceea ce afectează dilatarea arterelor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

4.1.6. STOP FUMAT ȘI BOLILE VASCULARE PERIFERICE

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

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

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



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

4.1.7. BOLILE CEREBRO-VASCULARE

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

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

Persoanele cele mai afectate par a fi femeile tinere și de vârstă mijlocie (30-55 ani) care fumează zilnic mai mult de 25 țigări. În studiul Nurses' Health Study realizat pe un eșantion de 119.404 asistente medicale, se demonstrează o creștere a riscului de AVC fatal și non-fatal de aproape 4 ori față de nefumătoare, independent de vârstă, durata monitorizării, greutate, existența HTA, a diabetului sau hipercolesterolemiei.²³

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

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

4.1.8. STOP FUMAT ȘI AVC

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

Într-un studiu prospectiv realizat pe 22.071 bărbați, medici, monitorizați în medie 9,7 ani (*Physicians' Health Study*) s-a constatat o înjumătățire a riscului de AVC non-fatal după renunțarea la fumat. Astfel, prin comparație cu nefumătorii, RR pentru apariția AVC non-fatal este de 2,5 pentru bărbații care fumează zilnic mai mult de 20 țigări și de 1,2 pentru cei care au abandonat tutunul.²⁶

4.1.9. ANEVRISMUL DE AORTĂ

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

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

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

4.2. FUMATUL ȘI BOLILE PULMONARE

4.2.1. BOLILE PULMONARE OBSTRUCTIVE CRONICE

Fumatul este cel mai important factor de risc pentru **boala pulmonară cronică obstructivă (BPOC)**.

Din momentul stabilirii diagnosticului, durata supraviețuirii pentru încă 5-10 ani în BPOC a fost apreciată la 50%. În cazul persoanelor cu forme grave de BPOC, șansele de supraviețuire sunt de 1-3 ani.

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

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

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

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

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

4.2.2. INFECȚIILE RESPIRATORII

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

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

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

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

Asocierea fumatului cu tuberculoza crește riscul apariției unui cancer bronhopulmonar.

4.2.3. CANCERUL CĂILOR RESPIRATORII

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

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

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

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

Riscul este în raport cu:

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

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

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

4.3. FUMATUL ȘI BOLILE DIGESTIVE

4.3.1. BOLILE TRACTULUI DIGESTIV SUPERIOR

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

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

4.3.2. BOLILE GASTROINTESTINALE

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

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

După renunțarea la fumat, evoluția ulcerului se ameliorează.

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

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

4.3.3. CANCERELE DIGESTIVE

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

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

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

4.4. FUMATUL ȘI BOLILE GENITO-URINARE

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

4.4.1. CICLUL MENSTRUAL

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

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

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

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

4.4.2. FERTILITATEA

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

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

4.4.3. CANCERELE TRACTULUI GENITAL

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

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

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

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

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

4.4.4. BOLILE URINARE

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

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

4.5. FUMATUL ȘI OSTEOPOROZA

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

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

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

4.6. FUMATUL ȘI ASPECTUL ESTETIC

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

4.7. FUMATUL ȘI SĂNĂTATEA ORALĂ

Tutunul este un inamic redutabil al sănătății orale.

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

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

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

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

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

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

4.8. FUMATUL ȘI BOLILE OCULARE

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

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

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

4.9. FUMATUL ȘI BOLI NEURO-PSIHICE

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

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

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

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

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

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

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

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



CAPITOLUL 5.

INTERVENȚII PENTRU **DEPISTAREA ȘI** **REDUCEREA CONSUMULUI DE TUTUN**

5.1. SCREENINGUL

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

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

Tabel 5. Criteriile OMS pentru ca o condiție să fie subiectul unei acțiuni de screening, aplicate consumului de tutun

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

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



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

5.2. INTERVENȚII SCURTE PENTRU RENUNȚAREA LA FUMAT

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

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

1. Intervenția este eficace

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

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

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

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

3. Crește probabilitatea unei încercări de a renunța la fumat

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

4. Intervenția este cost-eficientă

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

5. Consumul de tutun are un nivel ridicat de fatalitate

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

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

6. Crește gradul de satisfacție a pacientului

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

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

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

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

Algoritmul pentru asistența pacientului în vederea evaluării comportamentului de a fuma propus de OMS pentru medicii de familie este prezentat în Figura 5.

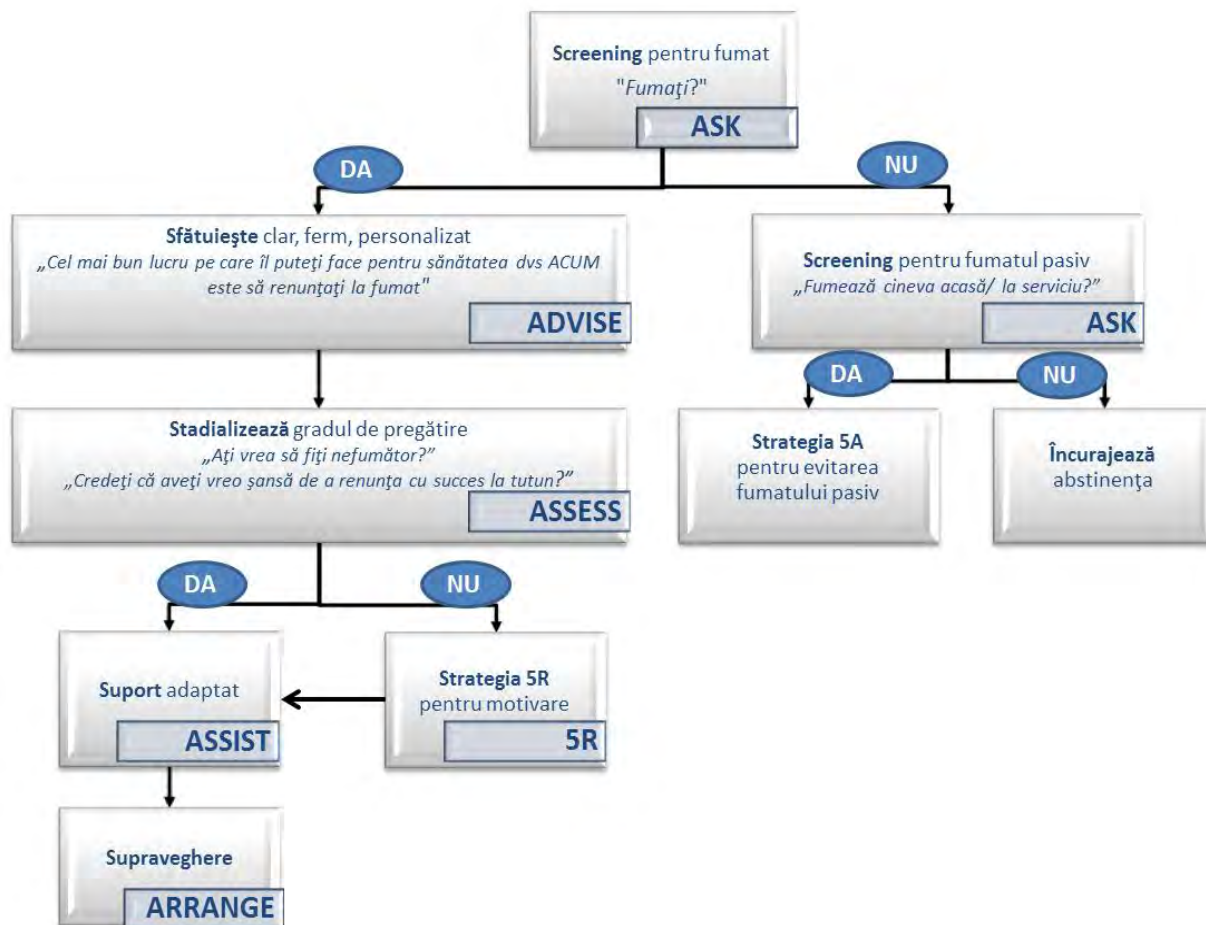


Figura 5: Algoritmul intervenției privind comportamentul de a fuma²⁸

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

5.2.2. INTERVENȚII ASUPRA FUMATULUI ACTIV

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

Descrierea Modelului 5A

1. Ask – Screening / Întreabă privind consumul de tutun

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

Exemplu: „Fumați?”

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

Frecvența intervenției:²⁹

- dacă pacientul este fumător zilnic: la fiecare consultație;
- dacă nu fumează:
 - la fiecare 5 ani, dacă nu a fumat niciodată sau s-a lăsat de mai mult de 5 ani;
 - anual, dacă s-a lăsat de fumat de mai puțin de 5 ani sau are vârsta sub 25 de ani.

2. Advice – Sfătuiește pentru renunțarea la fumat



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

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

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

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



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

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

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

Frecvența: la fiecare consultație și la consultația specializată



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

3. Assess – Stadializează intenția de a renunța la fumat

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

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

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

Tabel 6. Întrebări pentru evaluarea gradului de pregătire pentru renunțarea la fumat

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

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

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

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

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

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

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

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



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

4. Assist – Sprijinire adaptată a gradului de pregătire



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

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

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

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



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

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

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

- Să îl ajute pe pacient să își construiască un „**Plan de renunțare**”, folosind **metoda STAR**:

- „Set”: stabilește o zi din care nu mai fumează, de preferat în decursul următoarelor 2 săptămâni;
- „Tell”: comunică anturajului decizia de a opri fumatul și solicită suport;

- „Anticipate”: anticipează provocările/problemele care ar putea fi cauzate de încetrea fumatului;
- „Remove”: îndepărtează orice produs din tutun din casă, mașină, loc de muncă și transformă locuința în „Casă fără tutun”.

- Să îi ofere pacientului **recomandări** din cadrul terapiei comportamentale, vizând:

- Sprijinirea pacientului pentru a identifica situațiile de risc pentru reluarea fumatului (evenimente, stări emoționale, activități);
- Sprijinirea pacientului pentru ca acesta să identifice și să aplice noi strategii comportamentale (obiceiuri) și cognitive (gânduri) în situațiile de risc;
- Oferirea de informații de bază privind procesul fumatului și al renunțării.

- Să îi ofere pacientului **suport** pe tot parcursul procesului de renunțare, constând în:

- Încurajarea pacientului cu privire la reușita procesului de renunțare;
- Atitudine empatică, de preocupare față de acuzele neplăcute ale pacientului;
- Încurajarea pacientului de a discuta despre procesul de renunțare și, mai ales, despre efectele benefice resimțite după oprirea fumatului.



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

- Recomandarea **tratamentului medicamentos**, dacă este necesar;

- Oferirea de **materiale și informații** suplimentare.



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



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

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

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

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

Relevanța renunțării la tutun pentru fumător

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



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

Riscurile continuării fumatului

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

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



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

Recompensele renunțării la fumat

Medicul va invita pacientul să identifice *beneficiile* renunțării la fumat în plan personal. Dacă pacientul nu cunoaște astfel de beneficii, medicul poate sugera exemple de beneficii astfel încât să creeze așteptări realiste (Tabel 7).

Tabel 7. Beneficii ale renunțării la fumat ²⁸

Efecte benefice asupra sănătății pentru toți fumătorii	
Perioada de la renunțare	Beneficiile pentru sănătate
În primele 20 de minute	Frecvența cardiacă și tensiunea arterială scad
12 ore	Monoxidul de carbon din sânge scade, normalizându-se
2–12 săptămâni	Circulația sangvină se îmbunătățește Respirația se îmbunătățește
1–9 luni	Tusea și senzația de lipsă de aer scad
1 an	Riscul de boli coronariene este aproximativ jumătate față de cel al unui fumător
5–15 ani	Riscul de AVC este la fel cu al unui nefumător
10 ani	Riscul de cancer pulmonar scade până la aproape jumătate față de cel al unui fumător Riscul de cancer al gurii, gât, esofag, vezică urinară, col uterin și pancreas scade
15 ani	Riscul de boli coronariene este la fel cu al unui nefumător

Beneficii pentru fumătorii de orice vârstă și pentru cei care au dezvoltat deja o boală cauzată de fumat

Vârsta la care renunță la fumat	Beneficii față de cei care continuă să fumeze
În jur de 30 de ani	Crește speranța de viață cu aproape 10 ani
În jur de 40 de ani	Crește speranța de viață cu aproape 9 ani
În jur de 50 de ani	Crește speranța de viață cu aproape 6 ani
În jur de 60 de ani	Crește speranța de viață cu aproape 3 ani
După instalarea unei boli amenințătoare de viață	Beneficii rapide. De exemplu, cei care opresc fumatul după un atac de cord își reduc riscul de a face un alt atac cardiac cu 50%.
Oprirea fumatului scade excesul de risc din cauza fumatului pasiv, pentru multe boli ale copiilor, cum ar fi infecții respiratorii, astm, infecții ale urechii.	
Oprirea fumatului reduce riscul de impotență și de sterilitate, iar la femeia gravidă scade riscul de avort spontan, naștere prematură, de a avea copil cu greutate mică la naștere	



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

Rezistențe (Roadblocks) față de renunțarea la fumat

Medicul va solicita pacientului să identifice acele bariere sau impedimente care stau în calea succesului său (Tabel 8) și îl va ajuta să le depășească (informare corectă, consiliere, medicație pentru simptomele de sevraj nicotinic).

Tabel 8. Rezistențe (bariere) față de renunțarea la tutun, exprimate de fumători²⁹

Afirmația (crența) fumătorului	Sugestie de abordare a medicului
Pot să mă las oricând Nu sunt dependent	Întreabă despre încercările anterioare și rata de succes
Să apelezi la ajutor specializat este un semn de slăbiciune Nu e nevoie de ajutor pentru ca să te lași de fumat	Exprimă/ prezintă ajutorul medicului într-o altă formă Subliniază că rata de succes a celor care se lasă singuri este de 3-5%
Sunt prea dependent E prea greu să mă las	Întreabă despre încercările anterioare Identifică medicația/suportul pe care l-a folosit anterior și oferă noi opțiuni (de exemplu, terapia combinată)
E prea târziu să mă las Nu merită efortul să mă las pentru că nu mai am niciun beneficiu	Beneficiile sunt la orice vârstă – oferă evidențe concrete (spirometrie, scorul riscului etc.)
Nu am nicio problemă cu sănătatea Trebuie să mori de ceva Bunicul a trăit mult timp și fuma foarte mult	Oferă evidențe concrete (spirometrie, scorul riscului etc.) Exprimă riscul într-o altă formă (de exemplu, BPOC = plămânul fumătorului e o boală care se diagnostica foarte rar până de curând)
Nu am destulă voință Nu are rost să încerci dacă nu vrei să te lași Pentru ca să reușești, trebuie să îți dorești foarte mult și apoi pur și simplu te lași	Discută despre motivație și încredere. Discută și încurajează utilizarea strategiilor eficiente (farmacoterapie, consilierea telefonică)



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

Repetarea intervenției

Intervenția terapeutică de renunțare la fumat trebuie repetată de fiecare dată când medicul consultă pacientul insuficient pregătit deoarece, în majoritatea cazurilor, este nevoie de mai multe tentative până la atingerea abstenenței definitive, mai ales dacă este vorba despre pacienți cu tentative anterioare nereușite de renunțare. Ei vor fi asigurați de suportul intensiv al medicului dacă se hotărăsc, din nou, să renunțe.



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

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

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

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



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

5. Arrange follow-up – Supraveghează/ monitorizează pacientul



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

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



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

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



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

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

Metode de supraveghere:

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

Elemente monitorizate:

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

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

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

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

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

De aceea, au apărut și alte modele, precum:

- **Ask and Act:** întrebi dacă fumează și îl sfătuiești să renunțe la fumat;
- **Ask, Advise, and Refer (AAR):** îl întrebi dacă fumează, îl sfătuiești să renunțe la fumat și îl trimiți la un specialist;
- **Ask, Advise and Connect (AAC):** îl întrebi dacă fumează, îl sfătuiești să renunțe la fumat și trimiți datele pacientului (cu acordul său, evident) unui specialist care îl va contacta.

- **Ask, Advise and Act (Very Brief Advice):** îl întrebi dacă fumează, îl sfătuiești să renunțe la fumat și acționezi în funcție de gradul de pregătire pentru renunțarea la fumat.

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

5.2.3. INTERVENȚII ASUPRA FUMATULUI PASIV

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

Modelul 5A/5S

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

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



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

Frecvența: la fiecare vizită medicală

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

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



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

Frecvența: la fiecare vizită medicală

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3. TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE NICOTINĂ



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



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



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

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

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

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

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



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



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



Recomandări de utilizare a TSN în diverse afecțiuni:

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

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

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

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

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

Efecte: scade simptomele de sevraj nicotinic

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

Reacții secundare întâlnite frecvent în România:

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

Forme de prezentare:

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



Doza de TSN trebuie adaptată nevoilor fiecărui fumător, dar câteva linii directoare generale sunt prezentate în Tabelul 9.

Tabel 9. Recomandări generale pentru administrarea terapiei de substituție nicotinică

	Tip de fumător	Doza	Durata (săptămâni)	Contraindicații	Reacții secundare
Plasture	> 10 țigări/ zi și > 45 kg	21 mg/24 ore sau 15 mg/16 ore	>8	Fumători ocazional, Copii < 12 ani, Hipersensibilitate la nicotină sau componentele plasturelui, Boli cutanate	Iritații locale Insomnie, coșmaruri (mai ales dacă e purtat noaptea)
	< 10 țigări/ zi, sau < 45 kg, sau Boală cardiovasc.	14 mg/24 ore sau 10 mg/16 ore	>8		
Gumă	10-20 țigări/ zi	2 mg, 8-12 gume/zi	>8	Fumători ocazional, Copii < 12 ani, Hipersensibilitate la nicotină sau componentele gumei, Boli ale cavității bucale	Reacții locale, sughiț, Dureri maxilare Dureri epigastrice, dispepsie
	> 20 țigări/ zi	4 mg, 6-10 gume/zi	>8		
Spray		1-2 puffuri în loc de 1 țigară	>8	Fumători ocazional, Copii < 12 ani, Hipersensibilitate la nicotină sau componentele gumei, Boli ale cavității bucale	Sughiț, senzație de greață, reacții locale

5.3.2. MEDICAMENTE FĂRĂ NICOTINĂ

Bupropion (Zyban)



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



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



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

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

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

Reacții secundare posibile: cele mai frecvente sunt:

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

Contraindicații:

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

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

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

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

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

Durata tratamentului: 3 luni.

Vareniclina (Champix)



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

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

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

Efecte:

- reduce dorința acută, imperioasă de a fuma (*craving*);
- reduce unele simptome de sevraj;
- scade plăcerea de a fuma și senzația de „recompensă” a fumatului.

Reacții secundare posibile: cele mai frecvente sunt:

- senzația de greață, dispepsie, meteorism abdominal;
- coșmaruri, insomnie;
- cefalee.

Contraindicații:

- hipersensibilitate sau alergie la vareniclină;
- sarcina.

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

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

Formă de prezentare:

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

Mod de administrare:

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

Tabel 10. Recomandări generale pentru administrarea de bupropion și vareniclină

	Administrare	Durata	Indicații speciale	Contraindicații	Reacții secundare
Bupropion	Ziua 1-3: 1 cpr/zi Ziua 4-90: 1 cpr × 2/zi În primele 7-14 zile, poate fuma Cel târziu din ziua a 15-a, oprește TOTAL fumatul	3 luni	Pacienți cu depresie, boli cardiace, boli pulmonare; crește abținerea pe termen scurt a pacienților cu schizofrenie	Fumători ocazional. Copii <18 ani. Persoane cu istoric de convulsii sau pierderi de cunoștință. Tulburări ale comportamentului alimentar Persoane care primesc inhibitori de monoaminooxidază. Boală bipolară. Ciroză hepatică severă. Sevraj alcoolic sau de benzodiazepine. Hipersensibilitate sau alergie la bupropion. Sarcina.	Convulsii (0,1%). Scăderea duratei somnului. Cefalee, gură uscată, anxietate. Monitorizare a reacțiilor cardiace și psihiatrice.
Vareniclină	Ziua 1-3: 1 cpr 0,5 mg/zi Ziua 4-7: 1 cpr 0,5 mg × 2/zi Ziua 8-90: 1 cpr 1 mg × 2/zi În primele 7-14 zile, poate fuma Cel târziu din ziua a 15-a, oprește TOTAL fumatul	3 luni	Pacienți care primesc medicamente cu contraindicație la bupropion. Pacienți cu boli hepatice. Înjumătățirea dozei la pacienții cu insuficiență renală cronică severă.	Fumători ocazional. Copii <18 ani. Hipersensibilitate sau alergie la vareniclină. Sarcina.	Senzația de greață, dispepsie, meteorism abdominal. Coșmaruri, insomnie. Cefalee. Monitorizare a reacțiilor cardiace și psihiatrice.



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

5.4. POPULAȚII SPECIALE

5.4.1. FEMEI ÎNSĂRCINATE

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

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

Tabel 11. Cauze externe ce pot favoriza fumatul în timpul sarcinii

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



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



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



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



Medicii trebuie să ofere intervenții eficiente pentru renunțarea la fumat încă din primul trimestru de sarcină, dar și pe parcursul întregii sarcini. Deși

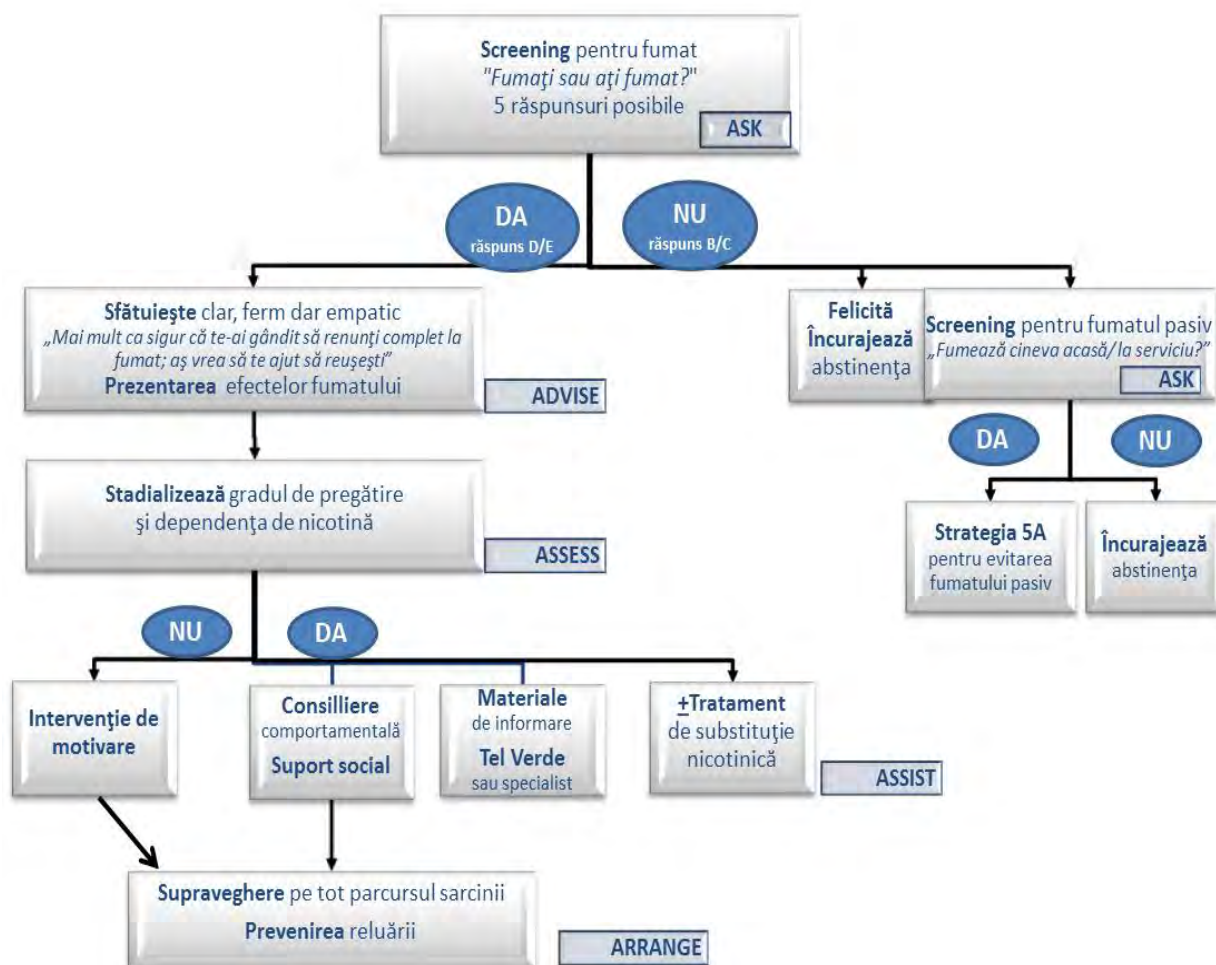
renunțarea la tutun în primele luni are cele mai multe efecte benefice, totuși abținerea de la fumat aduce beneficii oricând s-ar produce pe parcursul sarcinii.³⁰ 1B



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

Abordarea femeii gravide în vederea renunțării la fumat nu variază foarte mult față de abordarea oricărui fumător, **American College of Obstetricians and Gynecologists** propunând o adaptare⁴⁴ a modelului 5A/ 5S dezvoltat de **US Department for Health and Human Services** (Figura 6).

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



1. ASK/ Screening/ Întreabă privind consumul de tutun

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sfatul minimal pentru femeia însărcinată trebuie să cuprindă: ⁴⁷

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

- o beneficiile cele mai mari se obțin în urma eliminării complete a fumatului, nu a reducerii.^{49,50}
- Trimiterea la un specialist sau programarea la o consultație separată, pentru o abordare mai aprofundată.



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

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

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

4. ASSIST/ Sprijin

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

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

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

- prezentarea de către medic a efectelor negative ale fumatului (2-3 minute);
- consilierea de către moașă/asistentă referitor la „trucuri” pentru renunțarea la fumat, bariere;
- materiale de informare tipărite sau casete video;
- intervenție de motivare (90 de minute);
- identificarea suportului social (partener, prieten, altă rudă etc.);

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

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

- evitarea fumatului în casa și mașina femeii gravide;
- îndepărtarea țigărilor, a scrumierelor, a brichetelor din casă;
- evitarea locurilor și a ocaziilor în care se fumează mai mult;
- măsuri de îndepărtare a mirosului de tutun al fumătorilor din anturajul femeii gravide (spălarea mâinilor și a dinților, schimbarea hainelor etc.);
- evitarea criticării gravidei pentru faptul că fumează;
- abordarea cu calm și răbdare a momentelor în care se manifestă sevrajul de nicotină (nervozitate, iritabilitate etc.);

- distragerea atenției gravidei de la nevoia acută de a fuma sau din ocaziile în care asociază fumatul;
- evidențierea succeselor și a progreselor, fără a da importanță „scăpărilor” de o țigară;
- realizarea de planuri de sărbătorire a succesului.
- uneori, partenerul nefumător face presiuni asupra femeii gravide să renunțe, ceea ce poate conduce la conflicte și chiar la o creștere a fumatului femeii, caz în care se recomandă sfătuirea separată a celor doi soți.⁵⁴

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

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

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

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

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

5. ARRANGE follow-up/ Supraveghează

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

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

Se estimează că aproximativ 50-60% dintre femeile care au oprit fumatul pe parcursul sarcinii reiau consumul de tutun pe parcursul primului an după naștere.⁵⁵ Deși meta-analiza Cochrane Collaboration⁵⁶ a concluzionat că nu sunt suficiente date pentru a susține recomandarea de

aplicare a unor strategii de prevenire a reluării fumatului după naștere, în cazul femeilor care au oprit fumatul pe perioada sarcinii, totuși se pot lua în considerare evaluarea dorinței femeii de a rămâne nefumătoare și după naștere și sfătuirea ei să nu reia fumatul deoarece sunt câteva studii care au dovedit o oarecare eficacitate în a preveni reluarea fumatului⁵⁷, dar și din motive etice. În plus, meta-analiza Cochrane a fost realizată în anul 2005.

5.4.2. ADOLESCENȚI



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



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



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

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

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

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

Deși sunt studii care arată că **administrarea plasturilor** cu nicotină pentru adolescenți este sigură, totuși nu sunt studii suficiente care să ateste și eficacitatea. În ceea ce privește

administrarea de **bupropion sau vareniclină** la adolescenți, *nu sunt studii suficiente* care să arate eficacitatea pe termen lung și chiar siguranța administrării lor, motiv pentru care se consideră că utilizarea acestor medicamente este contraindicată la adolescenți.

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

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

5.4.3. VÂRSTNICI

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

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



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

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

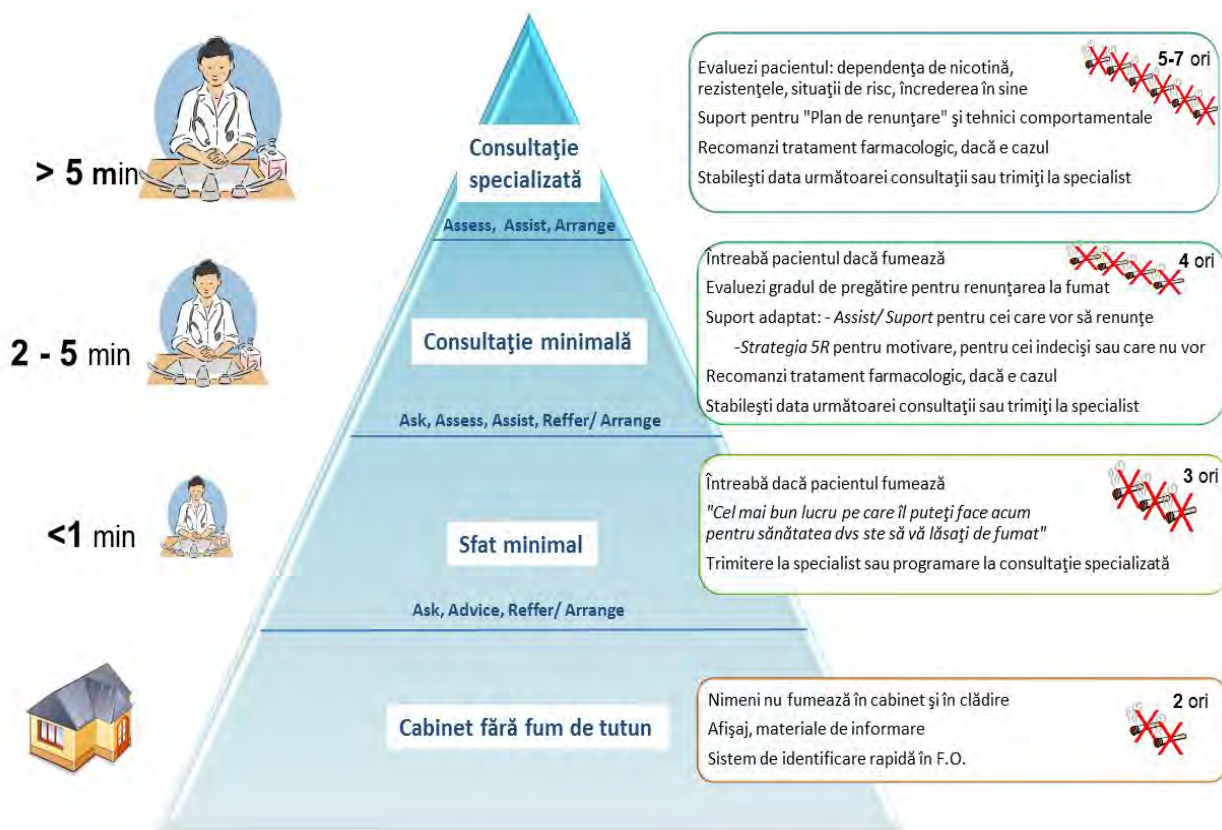
5.5. STRATEGIA ABORDĂRII CONSUMULUI DE TUTUN DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE

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

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

Din aceste motive, **International Primary Care Respiratory Group**⁶⁰ a propus un model de practică a medicilor de familie pentru susținerea renunțării la fumat („Piramida intervențiilor pentru renunțarea la fumat” - Figura 7.

Figura 7. Piramida intervențiilor pentru renunțarea la fumat (adaptare după IPCRG)



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

Baza piramidei prezintă intervenția care nu necesită implicarea personală a medicului, dar care este, totuși, eficientă: aranjarea cabinetului astfel încât să devină „Cabinet fără fum de tutun”, transmițând informații și oferind un model de bună practică. Pe măsură ce urcăm spre vârful piramidei, intensitatea intervenției crește și, odată cu ea, și șansele de reușită. Medicul poate alege, în funcție de pregătire și disponibilitate, tipul de intervenție, fiind sigur că intervenția lui

este eficientă. Astfel, medicul evită sentimentul de inutilitate a eforturilor lui, motiv evocat frecvent de medicii de familie pentru a justifica lipsa implicării în ajutorarea fumătorilor.

Cabinetul de medicina familiei „fără fum de tutun”

Un „cabinet fără fum de tutun” presupune:

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

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

Sfatul minimal

„Sfatul minimal” presupune:

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

! Durează mai puțin de 1 minut.

Consultația minimală

„Consultația minimală” presupune:

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

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

! Durează 2-5 minute.

Consultația specializată

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

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

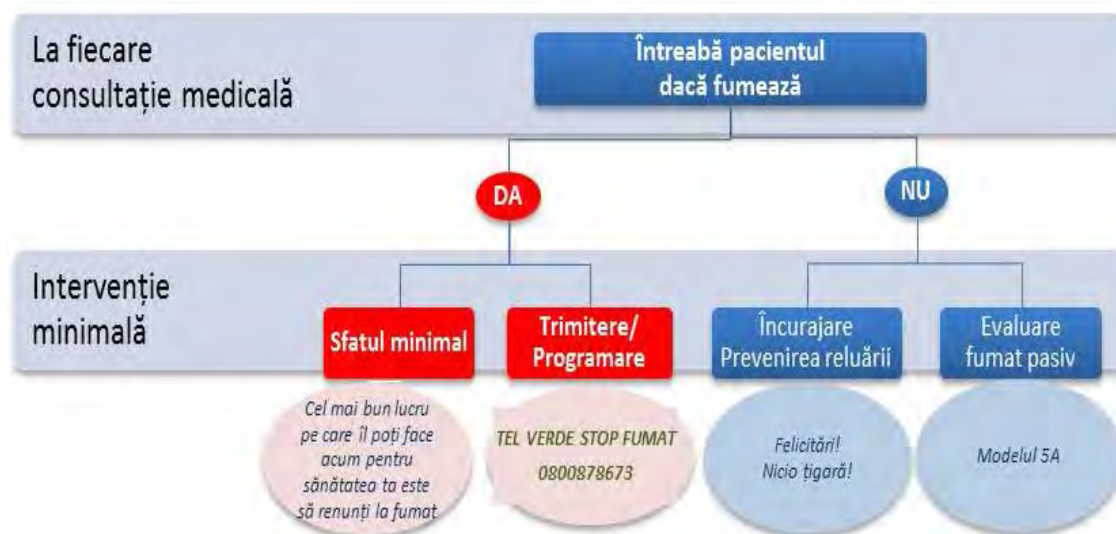
! Durează 30-60 minute, în funcție de disponibilitatea medicului și nevoile pacientului.

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

În cadrul fiecărei consultații medicale (Figura 8):

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

Figura 8. Abordarea consumului de tutun în cadrul unei consultații medicale (adaptare după recomandările OMS)²⁸



În cadrul consultației de prevenție (Figura 9)

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

Figura 9. Abordarea consumului de tutun în cadrul consultației de prevenție (adaptare după recomandările OMS)²⁸



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

Asigurarea de sisteme de calitate în cabinet pentru urmărirea fumătorilor



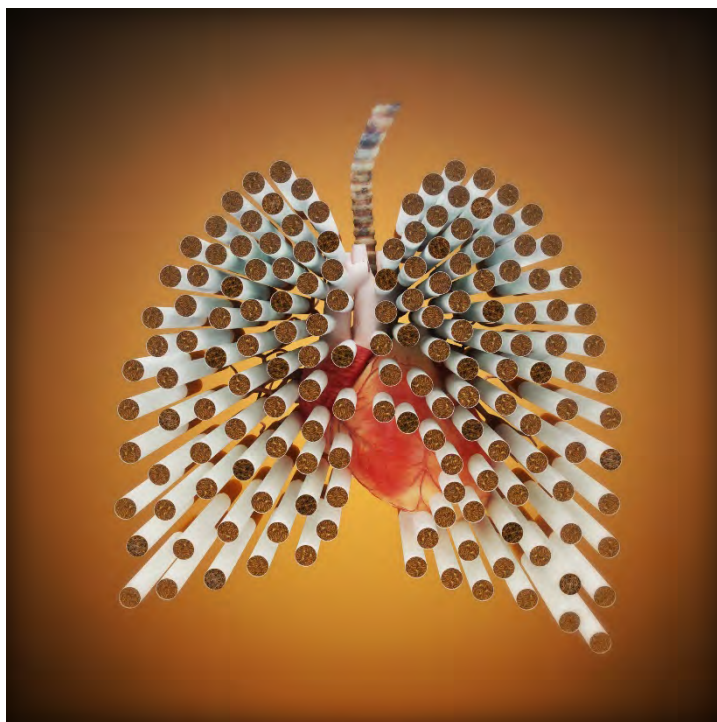
Statutul de fumător/ exfumător/ nefumător trebuie înregistrat în documentele medicale (fișă, foaie de observație, scrisoare medicală, bilete de trimitere etc.) ale pacientului, folosind orice sistem de evidențiere:²⁹ includerea în semnele vitale, sticker, alertă pe computer.³⁰ 1A



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



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



ANEXE

ANEXA 1. Testul Fagerström pentru evaluarea dependenței de nicotină

Testul Fagerström pentru evaluarea dependenței de nicotină

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

Scor:

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

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

ANEXA 2. Sumarul recomandărilor privind fumatul

Recomandări privind fumatul

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

BIBLIOGRAFIE

1. Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului (Framework Convention for Tobacco Control) este primul tratat de sănătate publică semnat și ratificat internațional, și al doilea existent până în momentul de față.
2. OMS- Strategiei MPOWER, 2008
3. DEX: VÍCIU, *vicii*, s.n. 1. defect, cusur, neajuns (de construcție, de funcționare etc). 2. Fig. Pornire nestăpânită și statornică spre rău, apucătură rea, patimă; desfrâu, dezmăț, destrăbălare.
4. Repace J. Tobacco Smoke Pollution. In: Orleans CT, Slade J, Editors. *Nicotine Addiction: Principles And Management*. New York: Oxford University Press; 1993.
5. Aronow WS. Effect Of Passive Smoking On Angina Pectoris. *N Engl J Med* 1978;299:21-4.
6. Hecht SS. Tobacco Smoke Carcinogens And Lung Cancer. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1194-210.
7. Ichiki K, Ikeda H, Haramaki N, Ueno T, Imaizumi T. Long-Term Smoking Impairs Platelet-Derived Nitric Oxide Release. *Circulation*. 1996;94:3109.14
8. Merrz A.H. et al: Smoking, alcohol consumption, physical activity and family history and the risks of myocardial infarction and unstable angina pectoris: a prospective cohort study. *BMC Cardiovasc Disorder* 2011, Mar 24; 11-13.
9. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*. 2006;368(9536):647–658.
10. Njolstad I et al: Smoking, serum lipids, blood pressure and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of Finnmark Study. *Circulation* 1997 Febr 1; 93(3): 450-6
11. Mahonen MS et al. Current smoking and the risk of non-fatal myocardial infarction in the WHO MONICA Project populations. *Tobacco Control* 2004;13:244–250.
12. Bahler C et al: Lower age at first myocardial infarction in female compared to male smokers. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011 Sep 19
13. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003 Jul-Aug;46(1):11-29.
14. Chamberlain AM et al. Smoking and incidence of atrial fibrillation: results from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Heart Rhythm*. 2011 Aug;8(8):1160-6.
15. Hoffman RM, Psaty BM, Kronmal RA. Modifiable risk factors for incident heart failure in the coronary artery surgery study (CASS). *Arch Intern Med* 1994;154:417–423.
16. Suskin N, Sheth T, Negassa A, Yusuf S. Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:1677–1682.
17. Hankey GJ et al. Medical Treatment of Peripheral Arterial Disease. *JAMA*. 2006;295:547-553.
18. Dormandy et al. Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). *J Vasc Surg*. 2000;31(1 pt 2):S1-296.
19. BMA Tobacco Control Resource Centre 2006.

20. Jonason et al. Cessation of smoking in patients with intermittent claudication. Effects on the risk of peripheral vascular complications, myocardial infarction and mortality. *Acta Med Scand*. 1987; 221:253-260.
21. BMA Tobacco Control Resource Centre 2006.
22. Howard et al. *JAMA*. 1998;279(2):119-124.
23. Colditz et al. Cigarette smoking and risk of stroke in middle-aged women. *N Engl J Med*. 1988;318(15):937-941.
24. Kurth et al. Smoking and risk of hemorrhagic stroke in women. *Stroke*. 2003;34:2792-2795.
25. Hart et al. Risk factors and 20-year stroke mortality in men and women in the Renfrew/Paisley study in Scotland. *Stroke*. 1999;30:1999-2007.
26. Robbins et al. Cigarette smoking and stroke in a cohort of U.S. male physicians. *Ann Intern Med*. 1994;120(6):458-462
27. Vardulaki et al. Quantifying the risks of hypertension, age, sex and smoking in patients with abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg*. 2000;87(2):195-200.
28. WHO, 2014. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. ISBN 978 92 4 150695 3. pag. 6
29. Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, Caldwell B, Ferretter I. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011, updated June 2012. ISBN 978-0-86906-331-6
30. Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, 2008.
(www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf, accesat iunie 2015), pag. 86
31. Societatea Română de Pneumologie. Ghidul de Renunțare la Fumat și Asistență de Specialitate a Fumătorului. 2010. ISBN 978-973-702-768-9. pag. 14
32. Sanchez. E. 2007. National Commission on Prevention Priorities. Preventive Care: A National Profile on Use, Disparities, and Health Benefits. Washington, DC: Partnership for Prevention. <http://www.prevent.org/data/files/initiatives/ncpppreventivecarereport.pdf> accesat iunie 2015
33. Medical Advisory Secretariat. Population-based smoking cessation strategies: a summary of a select group of evidence-based reviews. Ontario Health Technology Assessment Series 2010;10(1).
34. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
35. Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Conducted by TNS Opinion & Social at the request of Directorate-General Health and Consumers Survey co-ordinated by Directorate-General Communication. 2012. http://open-data.europa.eu/en/data/dataset/S1060_77_1_EBS385
36. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC. et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA*. 1997;278:1759-66.

37. Ministerul Sănătății. Strategia Națională de Sănătate 2014-2020.
<http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf> accesat iunie 2015.
38. Solberg LI1, Boyle RG, Davidson G, Magnan SJ, Carlson CL. Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clin Proc.* 2001 Feb;76(2):138-43.
39. Sciamanna C, Novak S, Houston T, Gramling R, Marcus B. Visit satisfaction and tailored health behavior communications in primary care. *Am J Prev Med* 2004;26:426–30
40. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997;12:38–48.
41. Cahill K1, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 May 31;5:CD009329. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
42. Prochaska JJ, Hilton JF. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2012;344:e2856
43. Ministry of Health. (2007, August). New Zealand smoking cessation guidelines. Wellington: Ministry of Health.
44. American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy. Committee Opinion No. 471. *Obstet Gynecol* 2010;116:1241–4. ISSN 1074-861X
45. Melvin C et al. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control*, 2000, 9:80–84.
46. The American College of Obstetricians and gynecologists. Motivational interviewing: A tool for behavior change. 2009;423. www.acog.org (accesat iunie 2015)
47. Best Practice Advocacy Centre New Zealand. Encouraging smoke-free pregnancies: The role of primary care. *Best Practice Journal.* 2013. *BPJ*: 50; 30-37
48. US Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Atlanta GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
49. Einarson A, Riordan S. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *Eur J Clin Pharmacol* 2009;65:325–30.
50. Committee on Environmental Health; Committee on Substance Abuse; Committee on Adolescence; Committee on Native American Child. From the American Academy of Pediatrics: Policy statement-tobacco use: a pediatric disease. *Pediatrics* 2009;124:1474–87
51. Likis FE, Andrews JC, Fennesbeck CJ, Hartmann KE, Jerome RN, Potter SA, Surawicz TS, McPheeters ML. Smoking Cessation Interventions in Pregnancy and Postpartum Care. Evidence Report/Technology Assessment No.214. AHRQ Publication No. 14-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2014.
www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.

52. Park EW1, Tudiver FG, Campbell T. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jul 11; Enhancing partner support to improve smoking cessation. 7:CD002928. doi:10.1002/14651858.CD002928.pub3.
53. CAN-ADAPTT. (2011). Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Toronto, Canada: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. www.can-adaptt.net.
54. Greaves, L., Kalaw, C. & Bottorff, J. L. (2007). Case studies of power and control related to tobacco use during pregnancy. *Women's Health Issues*, 17(5), 325-332.
55. I.Samet, Jonathan M. II.Yoon, Soon-Young. III.World Health Organization. 2010. Gender, women, and the tobacco epidemic . ISBN 978 92 4 159951 1 (NLM classification: QV 137)
56. Hajek P et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, 1.
57. Wei Li Fang, PhD, Adam O. Goldstein, MD, Anne Y. Butzen, S. Allison Hartsock, Katherine E. Hartmann, MD, PhD, Margaret Helton, MD, and Jacob A. Lohr, MD. Smoking Cessation in Pregnancy: A Review of Postpartum Relapse Prevention Strategies Wei Li Fang, PhD, Adam O. Goldstein, MD, Anne Y. Butzen, S. Allison Hartsock, Katherine E. Hartmann, MD, PhD, Margaret Helton, MD, and Jacob A. Lohr, MD. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:264–75
58. DiFranza JR. A 2015 Update on the Natural History and Diagnosis of Nicotine Addiction. *Curr Pediatr Rev*. 2015 Apr 30.
59. Thomas, Roger E., P. Baker, and Diane Lorenzetti. „Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents.” *Cochrane Database Syst Rev* 1 (2007).
60. International Primary Care Respiratory Group:
<http://ipcr.org.new.quintor.nl/display/RESSMO/Tackling+the+Smoking+Epidemic++IPCRG+International+guidance+on+smoking+cessation+in+primary+care>, American Association of Family Physicians: <http://www.aafp.org/about/initiatives/ask-act.html>,
61. Murray RL, Lewis SA, Coleman T, Britton J, McNeill A. Unplanned attempts to quit smoking: missed opportunities for health promotion? *Addiction* 2009;104:1901–9.
62. Ferguson SG, Shiffman S, Gitchell JG, Sembower MA, West R. Unplanned quit attempts: results from a US sample of smokers and ex-smokers. *Nicotine Tob Res* 2009;11:827–32
63. Millar, W. J. & Hill, G. (2004). Pregnancy and smoking. *Health Reports*, 15(4), 53-56.
64. Holtrop, J. S., Meghea, C., Raffo, J. E., Biery, L., Chartkoff, S. B. & Roman, L. (2009). Smoking among pregnant women and Medicaid insurance: Are mental health factors related? *Maternal and Child Health Journal*, 14, 971-977
65. Goodwin, R. D., Keyes, K., & Simuro, N. (2007). Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 109(4), 875-883.

Material realizat în cadrul proiectului
RO 19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”
finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO 19 „Inițiative în sănătatea publică”.
Iunie 2016, București

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

www.insp.gov.ro/sites/1
www.edu-cnsmf.ro
www.ghidurimedicale.ro