

Ghidul European al E.N.S.P. pentru tratamentul dependentei de tutun

Partea a doua Tratamentul dependenței de tutun

Curs 6

Recomandări științifice pentru evaluarea renunțării la fumat

CRITERII PENTRU CERCETAREA CLINICĂ ÎN RENUNȚAREA LA FUMAT

Tratamentul pentru renunțarea la fumat este integrat în numeroase sisteme medicale iar studiile clinice în desfășurare asigură îmbunătățirea continuă a ratelor curente de abținere.

Criteriile sunt aplicabile studiilor clinice pentru renunțarea la fumat unde participanții au stabilit o dată fixă de oprire a fumatului și există întâlniri față în față cu membrii echipei de cercetare

Aceste criterii sunt:

1. urmărirea timp de 6 sau 12 luni de la data stabilită pentru renunțare sau de la sfârșitul perioadei de grație stabilite anterior
2. auto-raportări privind abținerea de la fumat de-a lungul întregii perioade de urmărire, fiind acceptate până la cel mult 5 țigări pe zi în total ca si criteriu de abținerea
3. verificarea biochimică a abținerei cel puțin la pragurile de urmărire de 6 sau 12 luni
4. folosirea unei abordări de tipul „intenția de a trata”, în cadrul căreia datele culese de la toți fumătorii randomizați să fie incluse în analiză, cu excepția situațiilor în care aceștia au decedat sau s-au mutat la o adresă imposibil de detectat
5. monitorizarea devierilor de protocol și folosirea în analiză a adevăratului lor status în ceea ce privește fumatul; și
6. colectarea de date de urmărire „în dublu-orb” pentru repartizarea fumătorilor pe grupul de studiu

Criteria de validare a abstinentei tabagice în activitatea științifică și de cercetare

- *Durata abstinentei:* Este considerat criteriu de afirmare a abstinentei un interval de minimum șase luni de la data stabilită pentru renunțarea la fumat și realizarea efectivă a acestui deziderat.
- *Definiția abstinentei:* pacientul raportează un consum de cel mult 7 țigări de-a lungul intervalului de șase luni de când s-a lăsat de fumat; la aceasta se adaugă rezultatul negativ al testului privind concentrația de monoxid de carbon în aerul expirat.
- *Validarea biochimică obligatorie a abstinentei:* este recomandat să se determine concentrația de monoxid de carbon (CO) în aerul expirat la fiecare vizită medicală; acest lucru este obligatoriu în cadrul vizitei de la sfârșitul tratamentului.
- *Definirea intenției de a urma tratamentul corect* rata de abținere este determinată prin luarea în calcul a tuturor subiecților care au primit tratament, care au dus la bun sfârșit tratamentul complet și au participat la toate vizitele de urmărire. Acei pacienți cu care nu s-a mai putut ține legătura ulterior (și-au schimbat adresa de domiciliu, numărul de telefon etc.) vor fi considerați în continuare fumători activi, fiind păstrați în baza de date a centrului de ajutor pentru combaterea fumatului.
- *Corectitudinea tratamentului* abținerea este confirmată potrivit criteriilor 1-4 doar în cazul acelor pacienți care au urmat tratamentul corect - în doze standard, fără a mai adăuga alte terapii la schema terapeutică fără acordul medicului - și care au participat la toate vizitele de urmărire, cu validarea biochimică a statusului fumatului.
- *Colectarea datelor* ar trebui să fie făcută prin metode dublu-orb, ori de câte ori acest lucru

COST-EFICIENȚA TERAPIILOR PENTRU DEPENDENȚA DE TUTUN

- Există suficientă literatură de specialitate în privința cost-eficienței renunțării la fumat, pe baza sondajelor realizate în mai multe țări
- Un studiu privind eficacitatea intervențiilor de renunțare la fumat din punctul de vedere al costurilor a arătat că, prin comparație cu alte intervenții de prevenire, renunțarea la fumat a fost extrem de eficientă prin perspectiva costurilor implicate
- Un studiu efectuat în 2003, în unități de îngrijire primară din Elveția, a demonstrat că atât bupropionul, cât și plasturii cu nicotină sunt rentabili.
- Potrivit concluziilor unei meta-analize recente, desfășurate în SUA, consilierea în vederea renunțării la fumat, urmată de contacte de susținere după încheierea consilierii, are potențial de rentabilitate și poate reduce incidența fumatului și a efectelor sale adverse asupra sănătății, dar și costurile sociale
- Două studii efectuate în Olanda au arătat că renunțarea la fumat este o alternativă eficientă la pacienții cu BPOC, din punctul de vedere al costurilor implicate.
- În cadrul unui studiu efectuat în Massachusetts, SUA, s-a constatat că serviciile extinse de renunțare la fumat au drept rezultat economii substanțiale pentru programele Medicaid.
- Într-o evaluare economică recentă, Cantor ș.a (2015) au concluzionat că training-ul de specialitate al medicilor și farmaciștilor în domeniul renunțării la fumat este o metodă înalt cost-eficientă de a încuraja renunțarea la fumat într-o comunitate

RECOMANDĂRI DE IMPLEMENTARE A GHIDURILOR DE RENUNȚARE LA FUMAT

- Un ghid bun este util doar atunci când este difuzat și implementat la nivelul populației-țintă, în conformitate cu cele mai bune standarde de practică clinică
- Cel mai bun exemplu din Europa în ilustrarea acestei teorii se referă la Serviciile de Renunțare la Fumat din cadrul Serviciului Național de Sănătate din Marea Britanie
- Ghidul trebuie să fie implementat astfel încât să se aplice în cazul serviciilor de îngrijire primară și secundară, în cazul farmaciilor, al autorităților locale și al locurilor de muncă, dar și în cazul organismelor de formare și al factorilor decizionali din domeniul sănătății
- Pentru ca acest obiectiv să fie îndeplinit, procesul de implementare necesită o structură de conducere a proiectului și o abordare pas cu pas a următoarelor aspecte:
 - toate grupurile relevante trebuie să cunoască prevederile ghidului și să dispună de exemplare din ghid sau acces la pagini web, etc;
 - colaborarea cu grupuri relevante de specialiști, în vederea comparării activității curente cu recomandările cuprinse în ghid;
 - identificarea organizațiilor/spitalelor etc. care vor trebui să-și modifice metoda de lucru curentă, pentru a se alinia la recomandările ghidului și pentru a construi parteneriate cu rețelele existente (precum rețelele regionale de control al consumului de tutun);
 - identificarea ariilor-cheie care pot ajuta la implementare, precum traseul local al trimiterilor către centrele de renunțare la fumat, ducând la creșterea numărului de practicieni care primesc instruire și a atenției acordate comunităților mai greu accesibile;
 - evaluarea costurilor de implementare a prevederilor ghidului;
 - construirea unui plan de acțiune pentru implementarea ghidului, prin colaborarea cu factori de decizie locali și specialiști.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Hoogendoorn M., Feenstra TL., Hoogenveen RT., Rutten-van Mölken MPMH. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax* 2010;65:711-718.
2. [Hodgson DB.](#), [Saini G.](#), [Bolton CE.](#), [Steiner MC.](#) Thorax in focus: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Thorax* 2012;67(2):171-176.
3. [Ford ES.](#), [Mannino DM.](#), [Zhao G.](#), [Li C.](#), [Croft JB.](#) Changes in Mortality Among US Adults with COPD in Two National Cohorts recruited from 1971-1975 and 1988-1994. *Chest* 2012;141(1):101-110.
4. [Christenhusz LC.](#), [Prenger R.](#), [Pieterse ME.](#), [Seydel ER.](#), [van der Palen J.](#) Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine Tob Res.* 2012 Jun;14(6):657-63.
5. [Decramer M.](#), [Sibille Y.](#), [Bush A.](#), [Carlsen KH.](#), [Rabe KF.](#), [Clancy L.](#), [Turnbull A.](#), [Nemery B.](#), [Simonds A.](#), [Troosters T.](#) The European Union conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions. *Eur Respir J* 2011;37(4):738-742.
6. Cornuz J., Pinge C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol.* 2003;59(3):201-6.
7. *NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities*, 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>. Accessed April 10, 2015.
8. *NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice*, 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/PH010>. Accessed April 10, 2015.
9. Manfredi C., Chol Y.I., Warnecke R., Saunders S., Sullivan M., Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors, *Health Educ Res.* 2011;26(2):348-360.
10. [West R.](#), [Hajek P.](#), [Stead L.](#), [Stapleton J.](#) Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction.* 2005;100(3):299-303.
11. Cromwell J., Bartosch WJ., Fiore MC., Hasselblad V., Baker T. Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. *JAMA.* 1997;278(21):1759-1766.
12. [Johannesson M.](#), [Jönsson B.](#), [Kjekshus J.](#), [Olsson AG.](#), [Pedersen TR.](#), [Wedel H.](#) Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. *Scandinavian Simvastatin Survival Study Group.* *N Engl J Med.* 1997;336(5):332-6.
13. Caro J., Klittich W., McGuire A., Ford I., Norrie J., Pettitt D., McMurray J., Shepherd J. Economic benefit of primary prevention with Pravastatin. *BMJ.* 1997;315(7122):1577-82.
14. Cornuz J., Pinge C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol.* 2003 Jul;59(3):201-6.
15. Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. *Prev Chronic Dis* 2009;6(3):1-10.
16. Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. *Tob Control* 2009;18(4):262-7.
17. World Health Organization. *The European tobacco control report 2007* [online]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf> [Accessed 2015 Apr 10].
18. Jackson KC, 2nd, Nahoopii R., Said Q., et al. An employer based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. *J Occup Environ Med* 2007;49(4):453-60.
19. Keating GM., Katherine A., Lyseng-Williamson KAL. Varenicline: A Pharmacoeconomic Review of its Use as an Aid to Smoking Cessation, *Pharmacoeconomics* 2010;28(3):231-254.
20. Ladapo JA, Jaffer FA., Weinstein MC., Froelicher ES. Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction, *Arch Intern Med.* 2011;171(1):39-45.
21. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax* 2010;65:711-718.
22. Christenhusz LC, Prenger R, Pieterse ME, Seydel ER, and van der Palen J. Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine Tob Res.* 2012;14(6):657-63.
23. Richard P., West K., Ku L. The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts. *PLoS ONE* 2012;7(1):e29665.doi:10.1371/journal.pone.0029665
24. [Ferketich AK1](#), [Pennell M](#), [Seiber EE](#), [Wang L](#), [Farietta T](#), [Jin Y](#), [Wewers ME](#). Provider-delivered tobacco dependence treatment to Medicaid smokers. *Nicotine Tob Res.* 2014;16(6):786-93.
25. [Cantor SB.](#), [Deshmukh AA.](#), [Luca NS.](#), [Noqueras-González GM.](#), [Rajan T.](#), [Prokhorov AV.](#) Cost-effectiveness analysis of smoking-cessation counseling training for physicians and pharmacists. *Addict Behav.* 2015 Jun;45:79-86.