

GHID NAȚIONAL DE MANAGEMENT AL DEPENDENȚEI DE TUTUN ȘI ALTE DISPO- ZITIVE CU TUTUN

Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene
INSTITUTUL DE PNEUMOTIZIOLOGIE MARIUS NASTA
ROMÂNIA, 2026



Ghid Național de Management al Dependenței de Tutun și alte Dispozitive cu Tutun

Acest ghid a fost elaborat ca produs intelectual în cadrul subactivității 1.1 – Elaborarea cadrului metodologic care vizează implementarea programului de screening cancer pulmonar, proiect Screeningul cancerului pulmonar – Program național de detectare precoce, cod MySMIS2021 346295, finanțat în cadrul Programului Operațional Sănătate (POS), Prioritatea 1: Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară, a serviciilor oferite în regim ambulatoriu și îmbunătățirea și consolidarea serviciilor preventive





Elaborarea Ghidului:

Conf. Univ. Dr. Mahler Beatrice – Coordonator ghid
Drd. Jr. Dendrino Dragoș
Prof. Univ. Dr. Furtunescu Florentina
Prof. Univ. Dr. Pop Corina
Dr. Ungurean Carmen
Dr. Zaharie Ana Maria

Avizare - Comisia de Pneumologie a CMR

Conf. Univ. Dr. Crișan-Dabija Radu Adrian
Conf. Univ. Dr. Ianoși Edith Simona
Șef lucrări Dr. Munteanu Ioana
Prof. Univ. Dr. Nemeș Roxana Maria
Prof. Univ. Dr. Oancea Cristian
Prof. Univ. Dr. Streba Costin Teodor
Prof. Univ. Dr. Todea Doina Adina

Consultanți științifici

Dr. Bălțeanu Mara
Dr. Ciolan Gina Ana
Dr. Cioran Livia
Asist. Univ. Dr. Constantin Ancuța
Șef lucrări Dr. Constantinescu Tudor
Asist. Univ. Dr. Croitoru Ionela Alina
Dr. Danciu Lavinia
Dr. Dărămuș Ioana
Asist. Univ. Dr. Dragomir Antonela Justina
Dr. Dragoș Mădălina
Dr. Fărcășanu Dana
Prof. Univ. Dr. Fildan Ariadna Petronela
Prof. Univ. Dr. Gheonea Ioana Andreea
Dr. Iordache Eugen Cicerone
Prof. Univ. Dr. Jimborean Gabriela
Prof. Univ. Dr. Manolescu Diana Luminița
Șef Lucrări. Dr. Matache Șerban Radu
Prof. Univ. Dr. Mihălțan Florin
Prof. Univ. Dr. Nițipir Cornelia
Șef lucrări Dr. Pârvu Simona
Prof. Univ. Dr. Toma Claudia
Dr. Tudor Vasilică Adrian
Dr. Voinescu Daniel Marcel
Asist. Univ. Dr. Zaharia Dragoș Cosmin

Enumerarea experților respectă criteriul alfabetic, cu excepția coordonatorului ghidului.

.



Cuprins

Ghid Național de Management al Dependenței de Tutun și alte Dispozitive cu Tutun.....	1
Aspecte legislative În România	4
Tutunul, factor de risc în cancer	5
Tutunul, factor de risc cardio -vascular	6
Tutunul, factor de risc pentru boli pulmonare	6
Ce este dependența de tutun și nicotină.....	7
Definiția dependenței	8
Evaluarea și Clasificarea Dependenței de Tutun	9
Întrebări recomandate la fiecare consult medical	10
Profilul psiho-comportamental și identificarea factorilor declanșatori (triggeri)	13
Screening Inițial	14
Evaluarea anxietății și depresiei.....	14
Noile Forme de Consum ale Tutunului.....	15
Clasificarea Dispozitivelor.....	15
Evaluarea Intensității Consumului (Vaping și HTP)	16
Diagnosticul Dependenței de Nicotină pentru utilizatorii de dispozitive noi	17
Gestionarea Recidivei	18
Diagnosticul de laborator al dependenței de tutun	18
Tratamentul dependenței de Nicotină, Tutun Încălzit și Narghilea.....	20
Terapia psiho-comportamentală	21
Terapia cognitiv-comportamentală la utilizatorii de pipă cu apă sau narghilea.....	23
Tratamentul Farmacologic.....	23
Terapia de Substituție Nicotinică (TSN)	23
Agoniștii receptori nicotinici: Vareniclina	27
Agoniștii receptori nicotinici: Bupropionul	28
Agonist parțial al receptorilor nicotinici - Citiziniclina	29
Algoritm de practică clinică	30
Algoritm de tratament pentru dependența de Vape	32
Consilierea antifumat în situații speciale.....	34
Efectele fumatului matern și ale expunerii la fumat pasiv asupra sănătății perinatale	34
Tipuri de comportament la fumătoarele însărcinate	35
Fumatul și renunțarea la fumat în rândul adolescenților	37
Renunțarea la fumat la pacienții cu boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC)	40
Renunțarea la fumat la pacientul diabetic	42
Intervenții pentru renunțarea la fumat la pacienții diabetici.....	42
Renunțarea la fumat la pacientul psihiatric	44
Concluzie.....	46

Aspecte legislative în România

Regulile care stabilesc limitele pe care industria de tutun le are sunt prevăzute într-un șir de acte normative. Legea nr. 349/2002 numită și „Legea Anti fumat” este actul normativ de bază care stabilește condițiile de consum în locurile publice. Acesta stabilește măsuri privind prevenirea și combaterea consumului produselor din tutun, prin interzicerea completă a fumatului în toate spațiile publice închise, în spațiile închise de la locul de muncă și în locurile de joacă pentru copii

Un alt act normativ legea nr. 201/2016, reglementează fabricarea și vânzarea de tutun, acesta transpunând Directiva Europeană 2014/40/UE (TPD), care se referă la produsul în sine. Actul susține prezența avertismentelor de sănătate obligatorii pe pachetele de țigări, cu imagini grafice și texte de avertizare pe 65% din suprafață. Acesta interzice utilizarea aromelor caracteristice în țigări (mentol, fructe etc.), iar ingredientele au niveluri maxime de emisii stabilite (catran, nicotină, monoxid de carbon). Un alt aspect important este interzicerea vânzării către minori (persoane sub 18 ani) a oricăror produse din tutun sau nicotină.

Actualizarea legislației în 2024, Legea 64, extinde reglementările de la țigaretelor clasice, la noile tendințe din piață: pliculețele cu nicotină (pouch-uri), sunt acum clar definite și reglementate (produse fără tutun, dar cu nicotină, pentru uz oral), produse destinate inhalării fără ardere sunt definite și acoperă înlocuitorii de tutun (plante, ierburi, fructe) care sunt încălziți, nu arși. Dispozitivele electronice sunt, de asemenea, definite și reglementate, referindu-se atât dispozitivele de încălzit tutunul, cât și țigările electronice (cu sau fără nicotină).

Definițiile esențiale clarifică diferențele dintre diverse produse, lucru esențial pentru conformitate. Tutunul pentru uz oral (snus), este un produs interzis cu excepția celui destinat mestecării sau inhalării. Produsele din tutun care nu ard includ tutunul de mestecat și cel nazal, fiind stabilite și ingredientele ce se găsesc în produsul finit, de la tutun și aditivi până la hârtie, filtru și adezivi.

Ca standarde de siguranță sunt stabilite limite de emisii. Pentru țigaretetele comercializate în România, există plafoane stricte de emisii per țigaretă:

- Gudron: Maxim 10 mg.
- Nicotină: Maxim 1 mg.
- Monoxid de carbon: Maxim 10 mg. Acestea sunt verificate în laboratoare independente, care nu trebuie să fie controlate de industria tutunului.

Producători și importatori au obligații de raportare extrem de detaliate: lista tuturor ingredientelor, motivele includerii lor și date toxicologice. Volumul anual al vânzărilor trebuie raportat Ministerului Sănătății. Obligația de a afișa mesaje și imagini (avertismente combinate) pe ambalaje este obligatorie. Scopul principal al legii este protecția sănătății publice, cu un accent deosebit pe prevenirea consumului în rândul tinerilor. Acest lucru explică reglementările stricte privind aromele (care ar putea face produsele mai atractive) și sistemele de verificare a vârstei pentru vânzările din magazin și online precum și interzicerea achiziției de tutun prin mijloace care nu permit verificarea vârstei cumpărătorului (precum dispozitivele de easybox / locker).

Codul Fiscal (Legea nr. 227/2015) stabilește că tutunul este un produs supus accizelor, ceea ce explică prețul ridicat, fiind o strategie de sănătate publică pentru descurajarea consumului. Accizele se aplică acum și lichidelor cu nicotină pentru țigările electronice și rezervelor de tutun încălzit.

În tot acest cumul de pachete legislative nu trebuie să uităm efortul industriei tutunului de a interveni sistematic în procesul legislativ și de a susține activități și modificări legislative care maschează și limitează efortul comunității medicale și a ONG-urilor care luptă împotriva acestei dependențe.

O direcție necesară a politicilor interne de limitare a consumului de tutun și a țigărilor electronice aromate o reprezintă interzicerea aromelor, deoarece acestea sunt un factor cheie în inițierea consumului la tineri.

Tutunul, factor de risc în cancer

Fumatul reprezintă unul dintre cei mai puternici factori de risc pentru apariția cancerului, implicat atât dezvoltarea bolii, cât și capacitatea organismului de a lupta împotriva acesteia. Fumul de țigară rezultat în urma arderii produselor din tutun conține substanțe cancerigene ce pot deteriora sau modifica ADN-ul unei celule, ceea ce îl clasează în rândul factorilor de risc carcinogenetic. Numeroase studii indică faptul că acesta scade imunitatea organismului și reduce eficiența mecanismelor naturale de distrugere a celulelor canceroase. Astfel, prin modul său de acțiune fumatul favorizează apariția neoplaziilor în numeroase organe: sânge (leucemie mieloidă acută), vezică urinară, col uterin, colon și rect, esofag, rinichi, laringe, ficat, plămâni, trahee și bronhii, cavitatea bucală, limbă, pancreas și stomac. Bărbații cu cancer de prostată care fumează pot fi mai predispuși să moară din cauza acestuia comparativ cu nefumătorii. De asemenea, continuarea fumatului după identificarea și tratarea anumitor tipuri de cancer (precum cancerul de vezică, pulmonar, laringian, faringian, esofag, gastric) se asociază cu risc crescut de recidivă comparativ cu exfumătorii.[4]

În ceea ce privește cancerul pulmonar, deși legătura sa cu fumatul a fost demonstrată încă din 1964, acesta își menține rolul de factor de risc și astăzi, când aproape 9 din 10 decese cauzate de acesta sunt datorate fumatului de țigări sau expunerii la fumul de tutun.[1] De fapt, persoanele care fumează au un risc mai mare de cancer pulmonar astăzi decât în 1964, chiar dacă consumul de țigărete la nivel mondial a scăzut. Un motiv ar putea fi schimbările în modul în care sunt fabricate țigările, prelucrarea tutunului și aditivii conținuți. [2]

La nivel global și în România, cancerul pulmonar rămâne principala cauză de mortalitate prin cancer, bărbații fiind afectați într-o proporție mai mare decât femeile. Fumatul activ și pasiv sunt principali factori de risc pentru ambele sexe. Fumul pasiv reprezintă inhalarea este combinației dintre fumul degajat la capătul aprins al unei țigări și fumul exhalat de fumător, afectând în acest mod toate persoanele expuse. [3]

Tutunul fără fum, cum ar fi tutunul de mestecat, provoacă, de asemenea, cancer, inclusiv cancer: esofagian, buză, limbă, laringe și pancreas. [4]

În prezent, datele sugerează că vapingul crește riscul de cancer pulmonar, mai ales dacă se asociază cu fumat clasic, însă pentru moment lipsesc studiile longitudinale de calitate, cu atât mai mult cu cât acesta este preferat de tineri iar studiile efectuate s-au concentrat pe constatările expunerii acute.

Tutunul, factor de risc cardio -vascular

Riscul cardio-vascular asociat consumului de tutun apare chiar și la un consum redus, de doar câteva țigărete pe zi. Excesul de radicali liberi de oxigen din fumul de țigară, asociat cu modificări asupra profilului lipidic și cu risc protrombotic determină modificări la nivelul întregului sistem vascular și o creștere de până la 4 ori a mortalității cardio-vasculare. Astfel, pacientul fumător este hipertensiv, cu disfuncție endotelială, cu ateroscleroză sistemică, cu afectare de vase coronariene (risc de evenimente acute cardiace), cerebrale (risc dublu față de pacientul nefumător de evenimente acute cerebrale) și periferice (dezvoltarea bolii arteriale periferice, cu morbiditate suplimentară). La acestea se adaugă riscul dezvoltării cordului pulmonar cronic în situația asocierii unei boli pulmonare avansate, ceea ce amplifică și mai mult riscul de mortalitate cardiovasculară. [5,6]

Tutunul, factor de risc pentru boli pulmonare

Consumul de tutun se asociază, dincolo de riscului de neoplasm pulmonar, cu o mulțime de boli pulmonare, prin mecanisme bine definite sau încă insuficient cunoscute. De departe principala

patologie declanșată de fumul de țigarete este boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC), dependentă direct de cuantumul tabagic, dar și de particularități individuale. Înainte de apariția BPOC-ului, pacientul poate fi simptomatic timp îndelungat, declarând tuse (pe care deseori o etichetează drept "normală"), încadrabilă deseori într-un diagnostic de bronșită cronică. [7] Riscul de infecții pulmonare acute (pneumonii, bronșite acute) precum și riscul de evoluție nefastă a diferitelor infecții cronice (printre care și tuberculoza pulmonară) este mai mare în cazul pacienților fumători. Evoluția astmului este agravată și deseori severă la pacienții astmatici. Fumatul se asociază de asemenea (mai rar) cu o serie de boli interstițiale (precum histiocitoza cu celule Langerhans, pneumonia interstițială descuamativă, bronșiolita respiratorie asociată pneumopatiilor interstițiale). Continuarea fumatului după momentul diagnosticului agravează în mod constant evoluția oricăreia dintre aceste patologii, influențând profund prognosticul pacientului. [8,9]

Efectul toxic este prezent și în situația utilizării țigărilor electronice, acestea inducând la nivel pulmonar o serie de leziuni definite ca EVALI (E-cigarette or Vaping Use-Associated Lung Injury). Pacienții cu EVALI sunt de regulă utilizatori zilnici, dar leziuni pot apărea și în cazul utilizatorilor ocazionali (expunere cel puțin o dată pe lună). Substanțele cel mai frecvent incriminate sunt THC, lichide aromate cu conținut necunoscut și nicotina. Mecanismele demonstrate indică o scădere dependentă de doză a viabilității celulelor epiteliale bronșice, după expunerea la vaporii de la dispozitivele electronice de vaping. Manifestările clinice de dispnee și tuse sunt cea mai frecventă simptomatologie respiratorie, pe lângă manifestările generale, cum ar fi febra și frisoanele, și manifestările gastrointestinale (vărsăturile, greața, durerile abdominale și diareea). La acestea se poate adăuga prezența tahipneei, tahicardiei, tensiunii arteriale crescute, hipoxiei, leucocitozei cu neutrofilie. Leziunile pulmonare induse de vapori sunt cel mai grave și frecvent raportate efecte secundare; ele includ opacități bilaterale de tip sticlă mată, în bazele pulmonare cu conservare subpleurală, infiltrate bilaterale, revărsat pleural, pneumo-mediastin și opacități nodulare. [10]

Ce este dependența de tutun și nicotină

Consumul de tutun reprezintă principala cauză, de deces prematur și dizabilitate în Europa, fiind responsabil pentru peste 700.000 de decese anual, ce ar putea fi prevenite. Datele din literatură semnalează o scădere semnificativă a speranței de viață în cazul fumătorilor, aceștia pierzând, în medie, 10 ani din viață comparativ cu nefumătorii, cu o calitate a vieții în continuă deteriorare deoarece jumătate dintre utilizatori de tutun pierd aproximativ 20 de ani de viață sănătoasă înainte de decesul cauzat de o patologie asociată tutunului. Cea mai frecventă formă de consum este fumatul de țigarete la care se adaugă tutunul pentru prizat și cel pentru mestecat. [11]

Dependența de tutun nu este un simplu obicei sau o alegere a stilului de viață, ci o afecțiune medicală cronică. Dependența de tutun, recunoscută ca boală, reprezintă principalul factor care susține consumul de tutun în rândul populației adulte. Aceasta este asociată cu utilizarea zilnică, pe termen lung, a produselor pe bază de tutun (țigări, pipe, trabucuri, narghilele, tutun de mestecat etc.). Majoritatea fumătorilor nu se pot lăsa de fumat prin propria voință. În termeni medicali, fumatul cronic este definit ca: dependență de tutun, dependență de nicotină, adicție de tutun sau adicție de nicotină.

Nicotina este principalul compus responsabil de inducerea dependenței. Este un drog psihoactiv cu un potențial adictiv comparabil cu cel al heroinei sau cocainei. Inhalată, nicotina ajunge la creier în aproximativ 7 secunde, legându-se în principal de receptorii acetilcolinici ($\alpha 4\beta 2$) din *nucleus accumbens*. La nivel cerebral nicotina stimulează eliberarea de dopamină și noradrenalină, neurotransmițători implicați în senzația de plăcere pe care o percepe consumatorul de tutun. Aceste substanțe induc ameliorarea simptomelor timpurii de sevraj pe măsură ce nivelul de nicotină crește și are loc stimularea receptorilor nicotinici. Consumul cronic de tutun duce la desensibilizarea receptorilor acetilcolinici, creșterea numărului acestora, constituind baza fiziologică a dependenței fizice. După perioada de adaptare, inițială, utilizatorul de tutun sau de țigări electronice are nevoie de o doză suplimentară de nicotină pentru a atinge o stare neutră și pentru a preveni simptomele de sevraj, crescând astfel cantitatea de nicotină utilizată. [12]

În afara dependenței fizice, dependența psihico-comportamentală este semnificativă. Rutinele zilnice, contextul social, situațiile stresante și comportamentele învățate întăresc consumul produselor nicotice.

Definiția dependenței

O persoană este considerată dependentă de nicotină atunci când are un istoric de consum cronic cu următoarele caracteristici: consumul compulsiv sau abuziv de substanțe, continuarea autoadministrării substanței în ciuda efectelor negative percepute, toleranță ridicată față de substanță și apariția simptomelor de sevraj ce apar la reducerea sau întreruperea utilizării. [13]

Conform Clasificării Internaționale a Bolilor (ICD-10 și ICD-11), dependența de tutun este codificată la secțiunea F17: *Tulburări mentale și comportamentale cauzate de utilizarea tutunului*. [14]

Sindromul de Sevraj Tabagic

Încetarea bruscă a aportului de nicotină declanșează sindromul de sevraj, ale cărui simptome apar în primele 4 - 12 ore:

- Simptome psihice: iritabilitate, agresivitate, furie, anxietate, depresie, dificultăți de concentrare, neliniște, oboseală, insomnie;
- Simptome fizice: craving (nevoie acută), oboseală, cefalee, tulburări de somn, creșterea apetitului, tahicardie.

Intensitatea maximă a simptomelor survine la 24-72 de ore, diminuându-se treptat în 3-4 săptămâni (deși la 40% dintre pacienți simptomele persistă mai mult). [15]

Evaluarea și Clasificarea Dependenței de Tutun

Identificarea fumătorilor este obligatorie la orice consult medical. Evaluarea clinică include:

STATUTUL DE FUMĂTOR

- Nefumător este o persoană care nu a fumat mai mult de 100 de țigări în timpul vieții (sau 100 g de tutun, în cazul pipei, trabucurilor sau al altor produse din tutun).
- Fumător zilnic este o persoană care a fumat zilnic timp de cel puțin trei luni.
- Fumător ocazional este o persoană care a fumat, dar nu zilnic.
- Fost fumător (ex-fumător) este o persoană care a renunțat la fumat de cel puțin șase luni.

Tipul de produs utilizat

Identificarea produsului este esențială deoarece nivelul de adicție variază. Dependența de nicotină este, de regulă, mai severă la consumatorii de țigări comparativ cu cei care utilizează:

- Țigări de foi (cigarillos) sau trabucuri.
- Pipă sau narghilea.
- Țigări electronice (vaping).
- Tutun oral (snus, tutun de mestecat). [16]

Cuantificarea Consumului

Evaluarea consumului de tutun este esențială pentru diagnosticarea dependenței, estimarea riscului și stabilirea conduitei terapeutice. Consumul se cuantifică prin doi parametri:

- Consum zilnic
- Numărul de țigări fumate într-o zi.

Indicele Pachete-Ani (PA): Reflectă expunerea cumulativă pe parcursul vieții.

Pachete-Ani (PA) = (numărul de țigări fumate/zi ÷ 20) × numărul de ani de fumat

Exemplu: Dacă o persoană fumează 15 țigări pe zi timp de 15 ani: $(15 \div 20) \times 15 = 11,2$ PA

Întrebări recomandate la fiecare consult medical

Identificarea istoricului consumului de tutun este obligatorie la orice consult. Întrebările trebuie adaptate tipului de produs utilizat.

- Ați fumat vreodată țigări sau ați utilizat alte produse din tutun (de exemplu: pipă, trabucuri etc.)?
- Fumătorii activi: Câte țigări (sau alte produse din tutun, de exemplu: pipă, trabucuri etc.) fumați de obicei pe zi? De câți ani fumați? Câte țigări ați fumat în total de-a lungul vieții? Mai mult sau mai puțin de 100? Fumați în fiecare zi / în anumite zile / în situații specifice? Care sunt acele situații?
- Foștii fumători: Cât a trecut de când v-ați lăsat de fumat?

În cazul în care se declară consum de țigarete electronice/tutun încălzit întrebările adresate vor fi:

- Ați fumat vreodată țigări electronice sau produse cu tutun încălzit?
- Câte zile ați folosit țigări electronice în ultimele 30 de zile?
 - niciodată, 1-2 zile, 3-5 zile, 6-9 zile, 10-19 zile, 20-29 zile și 30 de zile
- Care a fost principalul motiv pentru care ai început să folosești țigara electronică?
- Câte ore pe zi utilizați țigara electronică?
 - mai puțin de 2 ore, 4 ore, 6 ore, peste 6 ore?
- Vapați cartușe cu nicotină sau fără nicotină ?
- Cât de des vă aprovizionați?
- Câte cartușe cu tutun pentru încălzit utilizați pe zi ?
 - 10, 20, 30 de utilizări zilnice
- Când utilizați primul cartuș?
 - În 5 min de la trezire / orice alt moment
- Foștii fumători: Cât a trecut de când v-ați lăsat de fumat ~~ul de tutun încălzit~~? Utilizați alt tip de tutun sau produs cu nicotină ?

EVALUAREA INIȚIALĂ

Studiile indică că dezvăluirea sinceră a statutului de fumător poate fi crescută cu până la 40% dacă, în locul unei simple întrebări cu răspuns “da/nu”, se utilizează întrebări cu variante multiple de răspuns. [17]

Sunt cunoscute deja în literatura de specialitate formule mnemotehnice care pot ajuta personalul medical să realizeze o evaluare rapidă, inițială a poziției pe care fiecare persoană fumătoare o prezintă (Anexa 1). Prima dintre ele este regula celor 5 A: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange, care este bine să fie adresă oricărui pacient fumător.

Lipsa motivației poate fi gestionată utilizând regula celor 5 R: Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition

Cei 5 A: Se folosesc pentru pacienții **deciși**, vor să treacă la acțiune.

Cei 5 R: Se folosesc pentru pacienții **ambivalenți sau rezistenți**, medicul vrea să construiască motivația.

Caracteristică	Modelul celor 5A	Modelul celor 5R
Profil Pacient	Pacientul vrea să renunțe acum.	Pacientul nu este pregătit încă.
Obiectiv	Oferirea unui plan concret de acțiune.	Creșterea motivației interioare.
Atitudine	Directivă și practică.	Exploratorie și empatică.
Componente	Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange.	Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition.

EVALUAREA DEPENDENȚEI SAU GRADUL DE ADICȚIE LA TUTUN

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, diagnosticul de dependență de tutun se stabilește dacă sunt prezente cel puțin 3 din următoarele 7 criterii în ultimele 12 luni:

- Dorință puternică (compulsivă) de a fuma.

- b. Dificultate în a controla cantitatea sau momentele de consum.
- c. Simptome de sevraj la reducerea dozei sau la oprirea consumului.
- d. Persistența în consum în ciuda dovezilor clare de efecte nocive.
- e. Prioritizarea fumatului în detrimentul altor activități sociale sau recreative.
- f. Toleranță crescută (necesitatea unei doze mai mari pentru a obține același efect).
- g. Timp considerabil alocat obținerii sau utilizării tutunului.

Pentru evaluarea dependenței de nicotină se folosește testul Fagerstorm. [18] Acesta reprezintă cel mai utilizat instrument standardizat. Poate fi completat direct de pacient. Scorul Fagerstrom este redat în Anexa 2.

Evaluarea precisă a dependenței de nicotină este esențială, fiind punctul de plecare pentru prescrierea terapiei.

EVALUAREA MOTIVAȚIEI DE A RENUNȚA LA FUMAT

Evaluarea motivației reprezintă un element esențial în planificarea intervenției terapeutice. Fără un nivel minim de motivație, renunțarea la fumat este improbabilă, indiferent de gradul dependenței sau de suportul terapeutic oferit.

1. Scala motivației de a renunța la fumat

Scală vizuală motivațională de renunțare la fumat este un instrument simplu și ușor de utilizat. Pacientul este rugat să vizualizeze o scală de la 1 la 10 și să se poziționeze pe ea în ceea ce privește motivația de a renunța la fumat [19], iar interpretarea sa arată cât de hotărât este pacientul să renunțe la fumat. Scala poate fi vizualizată în Anexa 3.

2. Testul motivațional de renunțare la fumat

Testul motivațional este un instrument rapid și foarte util. Conține trei întrebări, fiecare cu răspuns de tip *Da/Nu*. Prezența **unui singur răspuns afirmativ** indică existența unei motivații reale de a renunța la fumat.

- 1. Doriți să renunțați la fumat pentru totdeauna?
- 2. Sunteți interesat(ă) să faceți o încercare serioasă de a renunța în viitorul apropiat?

3. Sunteți interesat(ă) să primiți ajutor cu încercarea dumneavoastră de a renunța?

3. Algoritm de intervenție în contextul relației Dependență – Motivație

Intervenția clinică în renunțarea la fumat trebuie adaptată atât nivelului de dependență, cât și nivelului de motivație al pacientului. Cele două variabile nu sunt paralele, ci interdependente, determinând strategia optimă de consiliere.

	Motivație Scăzută	Motivație Crescută
Dependență Scăzută	Puțin probabil să se oprească, NU poate face asta fără ajutor. Obiectivul principal al intervenției este creșterea motivației.	Probabil să se oprească cu ajutor minim. Obiectivul principal al intervenției este deci declanșarea unei tentative de renunțare.
Dependență Crescută	Puțin probabil să se oprească. Obiectivul principal al intervenției este inițial creșterea motivației pentru a face fumătorul receptiv la tratamentul pentru dependență.	Puțin probabil să se oprească fără ajutor, dar ar beneficia de tratament. Obiectivul principal al intervenției este implicarea fumătorului în tratament.

Acest model permite clinicianului să aleagă tipul potrivit de intervenție (5A sau 5R) și să personalizeze tratamentul în funcție de nivelul de pregătire al pacientului.

Profilul psiho-comportamental și identificarea factorilor declanșatori (triggeri)

Dependența de tutun este o boală cronică recidivantă. Doar în cazuri excepționale fumatul este o alegere liberă; în rest, este un comportament condus de adicție. Asta impune evaluarea istoricului de anxietate și depresie.

Depresia și anxietatea sunt cele mai frecvente comorbidități întâlnite la marii fumători. Aceste sindroame pot interfera cu procesul de renunțare sau pot fi confundate cu efectele secundare ale medicației de sevraj.

Rolul medicului este de a realiza pașii inițiali ai evaluării, care să fie baza recomandării ulterioare de terapie psihocomportamentală realizată de psihologi cu pregătire certificată în România.

Screening Inițial

Relativ ușor de făcut, recomandat inclusiv la nivelul medicului de familie.

Screening pentru depresie[20]:

1. *V-ați simțit trist, deprimat sau disperat în ultima lună?*
2. *Ați avut sentimentul că faceți lucrurile fără plăcere sau interes în ultima lună?*

Un răspuns pozitiv la ambele întrebări reprezintă un indicator puternic de depresie. O variantă și mai rapidă este întrebarea: „*V-ați simțit trist în majoritatea zilelor în ultimele două săptămâni?*”.

Este important să rețineți că toți pacienții care răspund afirmativ trebuie evaluați pentru ideile de suicid prin întrebări directe (ex: „*Ați avut gânduri legate de moarte?*”).

Evaluarea anxietății și depresiei

Evaluarea anxietății și depresiei este esențială în managementul dependenței de tutun, deoarece aceste comorbidități influențează semnificativ capacitatea pacientului de a renunța la fumat și pot mima sau amplifica simptomele de sevraj.[20] Pentru cuantificarea severității tulburărilor afective se utilizează instrumente validate, ușor de aplicat în practica clinică:

Scala de anxietate și depresie (Hospital Anxiety Depression Scale, HADS [21]) este un test cu 14 întrebări, fiecare cu privire la intensitatea simptomelor depresive sau anxioase experimentate de subiect în ultima săptămână. Fiecare întrebare este evaluată pe o scală Likert cu 4 ancore, variind de la 0 (deloc) la 3 (întotdeauna). Scorul total al scalei oferă o măsură a severității anxietății și depresiei, iar interpretarea acestuia poate sugera prezența sau absența problemelor de sănătate mintală. HADS este un test screening, nu diagnostic; prin utilizarea scării HADS, medicii pot să identifice cazurile de anxietate și depresie care necesită investigații și intervenții suplimentare, contribuind astfel la gestionarea corespunzătoare a acestor tulburări în mediul spitalicesc sau în practica medicală generală.

Scara HADS conține 14 întrebări, fiecare cu privire la intensitatea simptomelor depresive sau anxioase experimentate de subiect în ultima săptămână. Fiecare întrebare este evaluată pe o scală Likert cu 4 ancore, variind de la 0 (deloc) la 3 (întotdeauna). Scorul total al scalei oferă o măsură a severității anxietății și depresiei, iar interpretarea acestuia poate sugera prezența sau absența problemelor de sănătate mintală. Chestionarul este redat în Anexa 4.

Alte chestionare ce se pot utiliza pentru screeningul anxietății și al depresiei sunt:

- **Scala de depresie Beck** (Beck Depression Inventory, BDI, sau varianta revizuită, BDI-II) [22,23] sunt teste autoadministrate, folosite atât în practica clinică, cât și în cercetare. Scala BDI-II evaluează în 21 de întrebări o perioadă de 2 săptămâni, fiind un indicator al severității depresiei. Ca și HADS, este un test screening, nu diagnostic. Este preferată pentru evaluarea schimbărilor survenite ca urmare a intervențiilor psihoterapiilor cognitive în tulburările depressive.
- **Scala de anxietate BECK** (Beck Anxiety Index, BAI, moderat corelat cu Scala Hamilton revizuită de Evaluare a Anxietății și ușor corelat cu Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei [24, 25]), este un chestionar cu 21 de întrebări referitoare la ultima săptămână. Este un instrument ce reușește să evalueze atât tulburările anxioase, cât și tulburările non-anxioase, precum depresia.
- **Inventarul de Anxietate Stare – STAI Spielberger** (The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger - STAI [26, 27]) , este alcătuit din 2 scale de autoevaluare pentru măsurarea a două concepte distincte privind anxietatea: starea de anxietate (felul cum o persoană se simte în momentul administrării testului) și anxietatea ca trăsătură (predispoziția de a răspunde în general cu anxietate la situații banale). Deși inițial a fost creat ca un instrument de cercetare pentru investigarea anxietății la adulții fără probleme de sănătate mintală, STAI s-a dovedit a fi util în măsurarea anxietății la studenți, precum și la pacienți din domeniul neuropsihiatric, ~~eei~~ din clinicile medicale sau din serviciul de chirurgie.

Predispoziția către anxietate sau depresie pot beneficia fie de suport psihologic, fie, la nevoie, de tratament psihiatric specializat. Simptomele de anxietate și depresie pot zădărnici eforturile de renunțare la fumat, atât prin sabotarea procesului în sine, cât și printr-o perioadă de sevraj dificilă, cu simptome greu de depășit nu datorită sevrajului, cât tocmai datorită unei depresii sau anxietăți neabordate.

Noile forme de consum de tutun și nicotină

Industria tutunului a relansat consumul prin strategii noi, promovând trei categorii principale de dispozitive care ating niveluri sanguine de nicotină similare țigărilor convenționale, având un potențial adictiv identic. [28]

Clasificarea Dispozitivelor

1. Sistemele electronice de livrare a nicotinei (ENDS/E-cigarettes)

Aceste dispozitive generează aerosoli prin vaporizarea unui lichid care conține nicotină, propilen-glicol, glicerină și arome. Nu conțin tutun, însă: pot livra cantități foarte mari de nicotină (uneori mai mari decât țigările obișnuite), conțin numeroși compuși toxici rezultați prin încălzire și sunt extrem de populare în rândul adolescenților.

2. Tutunul încălzit (Heated Tobacco Products - HTP)

Aceste dispozitive încălzesc tutunul la temperaturi mai mici decât arderea, generând aerosol inhalabil. Deși promovate ca având risc redus, studiile independente nu confirmă absența substanțelor toxice, iar utilizarea lor produce, de fapt, o formă de combustie minimă.

3. Pipa cu apă (Narghileaua/Shisha)

Aceasta reprezintă un dispozitiv tradițional extins recent în Occident în contexte recreative. Este extrem de popular în rândul tinerilor (peste 50% rată de experimentare). [29, 30]

4. Punguțele cu nicotină (Nicotine Pouches)

Produse moderne pentru consum oral. Contin o variantă sintetică de nicotină, se așează între buză și gingie, fiind preferatele tinerilor.

5. Snus în stil Suedez.

Sunt precursorsele punguțelor cu nicotina conținând un amestec de pudră de tutun. Este foarte popular în Suedia unde rata consumului de tutun tradițional este foarte scăzută.

Evaluarea Intensității Consumului (Vaping și HTP)

Evaluarea corectă este o provocare clinică, deoarece nu există încă un consens global privind "unitatea de măsură" (echivalentul pachetului de țigări). Clínica e Investigación en Arteriosclerosis (English Edition)

Măsurarea Indirectă , utilizând anamneza

Pentru **ENDS**, cea mai bună corelație cu nivelul de cotinină se obține întrebând despre [31]:

1. Numărul de utilizări pe zi: O „utilizare” este definită ca o sesiune de 10 minute.
2. Numărul de ore de utilizare zilnică.

Intensitate	Utilizări/zi	Ore/zi	Cotinină (ng/mL)
Ușoară	< 10	< 2 ore	6 - 100

Intensitate	Utilizări/zi	Ore/zi	Cotinină (ng/mL)
Moderată	10 - 19	2 - 4 ore	100 - 200
Severă	20 - 29	4 - 6 ore	201 - 300
Foarte Severă	≥ 30	≥ 6 ore	> 300

Măsurarea Directă (Biologică)

- Cotнина plasmatică: Pragul de > 6 ng/mL diferențiază utilizatorul de neutilizator. Este metoda recomandată în unitățile specializate, sau în studii. [32]

Diagnosticul Dependenței de Nicotină pentru utilizatorii de dispozitive noi

Deoarece utilizatorii de noi dispozitive dezvoltă o adicție fiziologică severă, sunt necesare scale specifice, adaptate.

Scale de Evaluare pentru ENDS

- PS-ECDI (Penn State E-Cigarette Dependence Index): Scală de 10 întrebări, oferă date clinice excelente (scor ≥ 13 indică dependență ridicată).
- EDS-4: Versiune scurtă de 4 întrebări, validată pentru rapiditate în practica clinică.
- e-FTCD: Testul Fagerström adaptat pentru vapat. [33, 34]

Evaluarea pentru Tutun Încălzit și Narghilea

- HTP: Se utilizează testul Fagerström (FTCD) clasic, considerând o rezervă de tutun încălzit ca fiind echivalentul unei țigări (conținut de 0,3 - 0,5 mg nicotină).
- Narghilea: Se recomandă Scala de Dependență Libaneză (LWDS-11), care evaluează componentele fizice, psihologice și craving-ul.

Indexul Penn State pentru Dependența de E-Țigări (PS-ECDI) este un instrument clinic validat, special conceput pentru a măsura gradul de adicție la utilizatorii de țigări electronice (vaping). Acesta diferă de scalele pentru țigările tradiționale deoarece vapingul are un model de utilizare mult mai fragmentat, iar frecvența puffurilor este variabilă [35, 36]. Chestionarul Penn State (PS-ECDI) este redat în Anexa 5.

SCALA DE DEPENDENȚĂ A ȚIGĂRII ELECTRONICE

Această scală este utilizată pentru a evalua comportamentele reflexe și compulsive asociate vapatului. Este redată în Anexa 6.

Testul Fagerstrom modificat pentru utilizatorii de țigări electronice (FTND modificat)

Adaptat pentru specificul vapatului, acest test menține structura FTND clasic, dar ajustează întrebările la modul diferit de consum [37]. Este redat în Anexa 7.

Scala Lebanon LWDS-11

Testul evaluează dependența de narghilea într-o singură arie, cea care include dependența psihologică (aspecte pozitive și negative), dependența fiziologică (efectul de nicotinei) și aspectul adictiv (banii de plătit și durata potențială a abstinentei). Întrebările LWDS-11 abordează toate aspectele dependenței de narghilea, inclusiv aspectul social, ceea ce face ca această scală să fie completă în evaluare. Este redată în Anexa 8.

Gestionarea Recidivei

Dependența de nicotină nu este un semn de slăbiciune, ci rezultatul unor mecanisme biologice și psihologice foarte puternice, greu de controlat fără suport specializat. În unele cazuri recidiva este prezentă. Piasecki spune că recăderea este de departe cel mai probabil rezultat al oricărei încercări de renunțare la fumat, chiar și a celor realizate cu tratament psihosocial intensiv și farmacoterapie. [39],

Există două mecanisme care produc recidiva

- ✓ Lapse/Slip (Alunecarea): Utilizare izolată care nu duce neapărat la reluarea consumului regulat.
- ✓ Relapse (Recidivă): Revenirea la consumul zilnic (cel puțin 3 zile consecutiv). Peste 75% dintre cei care încearcă să renunțe fără ajutor recidivează în prima săptămână.

În aceste situații intervenția trebuie să fie precedată de anamneză detaliată, care să stabilească care sunt triggerii care fac posibilă recidivă. Toți fumătorii care au recidivat trebuie să analizeze declanșatorii și să învețe din experiența prin care trec. Asta se face doar căutând sprijin, și intervenții de natura psiho-comportamentală realizate de specialiști acreditați

Diagnosticul de laborator al dependenței de tutun

Statutul de fumător este definit clinic, și poate fi validat prin teste biochimice care sunt biomarkeri ai expunerii la produse din tutun sau nicotină [40, 41], precum:

- ✓ Cotinina (metabolit al nicotinei) în sânge, urină sau salivă (indicator mai precis al consumului constant).
- ✓ Monoxidul de carbon (CO) în aerul expirat (indicator al expunerii recente).

Cotینina este principalul metabolit al nicotinei și reprezintă biomarker cheie pentru evaluarea expunerii unei persoane la fumul de tutun. Monitorizarea concentrației de cotینina permite quantificarea precisă a expunerii, fiind detectabilă în mai multe medii biologice: sânge (plasmă), salivă, urină, păr (pentru expunerea pe termen lung).

. Acesta este preferată deoarece comparativ cu nicotina are o stabilitate mult mai mare în organism . Astfel în timp ce nicotina are un timp de înjumătățire de aproximativ 2 ore și concentrația sa în sânge variază semnificativ în funcție de momentul în care a fost fumată ultima țigară, cotینina are un timp de înjumătățire mai lung de 15-20 de ore. Din acest motiv, este utilizată pentru a valida abținerea de la fumat în ultimele 24-48 de ore.

La fumători, nivelul mediu de cotینina plasmatică este de aproximativ 200 ng/ml, dar poate ajunge până la 1000 ng/ml în funcție de intensitatea fumatului. Există variații importante între fumători în ceea ce privește nivelul de cotینina, chiar și la același număr de țigări consumate. Rata de metabolizare a nicotinei este determinată genetic, influențând direct nivelurile de cotینina detectate.

Pentru a distinge un fumător de un nefumător sau de o persoană abstinentă, se folosesc următoarele praguri pentru cotینina : Salivă: < 15 ng/ml, Urină: 50 ng/ml.

Măsurarea cotینinei nu este recomandată la pacienții care aflați în terapia de substituție cu nicotinică (TSN)(folosesc plasturi, gumă sau alte produse cu nicotină pentru renunțare), deoarece testul nu poate distinge între nicotina din țigări și cea furnizată de tratament.

Notă: Validarea biochimică este utilizată cu precădere în cercetare pentru a confirma ratele de abținere raportate de pacienți și nu este obligatorie ca practică standard, în mediul clinic de rutină.

Monitorizarea *monoxidului de carbon* (CO) în aerul expirat este metoda preferată de validare a abținerei . CO-ul din aerul expirat este cel mai simplu biomarker care poate fi monitorizat. În absența unor surse de CO în mediul înconjurător, acesta este un indicator general bine acceptat al expunerii recente la fumul de tutun. Pacientul expiră într-un analizor de CO portabil, valoarea obținută se măsoară în ppm (părți per milion), unitate ce poate fi convertită în echivalentul de carboxihemoglobină.¹ Timp de înjumătățire al CO este aproximativ 2-6 ore.

Interpretare

Statut Persoană	Nivel CO (ppm)	Observații
Nefumător	≤ 4	Expunerea la fumatul pasiv, crește această valoare.

Statut Persoană	Nivel CO (ppm)	Observații
Fumător	10 - 20	Echivalează cu 2-5% carboxihemoglobină.
Prag (Cut-off)	9	Peste 10 ppm confirmă statutul de fumător.

Valorile CO sunt influențate de:

- Perioada de abțință: la 24 de ore de la ultima țigară, nivelul de CO revine la normal.
- Momentul zilei în care se face măsurarea CO: valorile sunt mai scăzute dimineața. Se recomandă măsurarea după-amiaza pentru o reprezentare mai fidelă a expunerii.
- Efortul fizic înaintea măsurării, poate crește eliminarea CO.
- Patologia pulmonară preexistentă, pacienții cu bronhopneumopatie obstructivă cronică au adesea niveluri de CO mai mari, fie din cauza inflamației cronice a căilor respiratorii, fie din cauza unui fumat mai intens.

Deși dovezile științifice nu confirmă clar că monitorizarea CO este superioară tratamentului standard pentru sevraj, aceasta are un rol psihologic major acționând ca instrument motivațional. Revenirea rapidă a valorilor la normal (după doar 24h de abțință) încurajează pacientul. Scăderea valorilor la fiecare vizită de monitorizare îl susține moral în încercarea de renunțare.

Este metoda recomandată de validarea abținței pentru pacienții aflați sub terapie de substituție nicotinică (unde testele de cotinină nu sunt relevante).

Tratamentul dependenței de tutun și alte produse cu nicotină

Tratamentul dependenței de tutun cât și al dependenței de noile dispozitive care livrează nicotină este unul multidisciplinar, incluzând atât metode farmacologice, cât și intervenții de consiliere psiho-comportamentală. Indiferent de personalul care realizează intervenția de consiliere anti-fumat, sunt recomandate adaptări de limbaj și abordare centrată pe tipologia fumătorului, care trebuie atent evaluată.

Tratamentul dependenței de nicotină cât și al dependenței de noile dispozitive care livrează nicotină este, în esență, același, dependența de nicotină având efect similar indiferent de forma în care ajunge în organism, iar dependența psiho-comportamentală este obligatorie să fie abordată în orice

intervenție. Cu alte cuvinte, tratamentul constă într-o combinație de consiliere psihologică pentru combaterea dependenței psiho-sociale generate de aceste dispozitive sau țigări clasice și tratament farmacologic pentru ameliorarea dependenței fizice de nicotină.

Terapia psiho-comportamentală

În această secțiune vor fi discutate caracteristicile specifice ale consilierii psihologice pentru fiecare tip de utilizator.

Consilierea psihologică

Propunerea de consiliere psihologică pentru consumatorii de tutun și noi forme de eliberare de nicotină este următoarea:

PSIHO-EDUCAȚIA

Psiho-educația are ca scop explicarea clară, concisă și accesibilă a riscurilor consumului de tutun sau nicotină, indiferent de dispozitivul utilizat. Aceste explicații este bine să fie însoțite de imagini vizuale pentru a consolida informația. De asemenea, este important să se precizeze clar că renunțarea la aceste orice forme de consum este asociată cu beneficii semnificative pentru sănătate.

Psiho-educația trebuie, de asemenea, să servească la demontarea mitului reducerii riscurilor. Niciunul dintre noile dispozitive (ENDS, dispozitivele de încălzire a tutunului și pipele cu apă) nu poate reduce efectele nocive asociate consumului de tutun sau nicotină. Toate sunt la fel de dăunătoare ca fumatul țigărilor convenționale. Psiho-educația trebuie să clarifice faptul că utilizarea ENDs nu ajută la renunțarea la fumat. Se știe că utilizarea acestor dispozitive de către tineri și adulți nefumători servește drept poartă de intrare către utilizarea țigărilor convenționale, sau mai grav către utilizarea drogurilor; iar la fumătorii adulți reduce șansele de renunțare la fumat și determină apariția fumatului dual.

Psiho-educația reprezintă tratamentul de elecție pentru vapori sau , utilizatorii de narghilea pipă cu apă sau tutun încălzit care prezintă de obicei o motivație scăzută (mai puțin de 8 puncte pe VAS) și o auto-eficacitate ridicată (8 sau mai multe puncte pe VAS) pentru renunțarea la aceste dispozitive.

Eficacitatea psiho-educației trebuie susținută de o legislație care să reglementeze strict vânzarea, consumul și publicitatea acestor noi dispozitive [42], legislație care, în România, este în prezent insuficientă.

Puncte cheie care se recomandă a fi transmise:

- *”Reducerea riscurilor”*: Trebuie clarificat faptul că aceste dispozitive nu sunt „sănătoase” și nici nu sunt validate ca instrumente sigure pentru renunțarea la fumat.

- ”Efectul de poartă”: Utilizarea ENDS la tineri crește riscul de a trece la țigări convenționale și droguri.
- ”Consumul dual”: Peste 60% dintre vapori continuă să fumeze și țigări convenționale, ceea ce menține riscul înalt.

Psihoterapia la adolescenți

- Limbaj: utilizarea termenului de „vapat” în loc de „utilizarea ENDS”, facilitează dialogul. Este mai adecvat să se facă referire la „dispozitive dăunătoare pentru sănătate și periculoase” decât la „dispozitive riscante”.
- Percepția ”controlului” - tinerii subestimează adicția; clinicianul trebuie să sublinieze pierderea controlului asupra consumului și că vor întâmpina dificultăți atunci când vor încerca să renunțe.
- Suport tehnologic și AI ,deși au dovezi de eficacitate moderată sunt instrumente recomandate de a fi utilizate în transmiterea mesajelor reale a dependenței de nicotină și de dispozitive de vapat, fiind preferate de adolescenți. ~~această grupă de vârstă.~~

Terapia Cognitiv-Comportamentală (TCC) și Interviu Motivațional

- Motivația: Evaluată prin Scala Analogică Vizuală (VAS). Un scor $VAS \geq 8$ indică necesitatea începerii terapiei cu un psiholog specializat.
- Se aplică la toate formele de consum de nicotină sau dispozitive alternative
- Specific pentru narghilea: terapia trebuie să includă grupul social, deoarece consumul este adesea o activitate colectivă, însă sub supravegherea unui psiholog specializat

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) la utilizatorii de dispozitive ENDS

Este indicată pentru cei care sunt motivați să renunțe la oricare dintre aceste dispozitive (8 sau mai multe puncte pe VAS). Modelul TCC trebuie să abordeze următoarele componente: creșterea motivației pentru renunțare, evaluarea gradului de dependență și identificarea prezenței simptomelor de sevraj, oferirea unui suport social intens, identificarea factorilor declanșatori ai utilizării prin analiza funcțională a comportamentului, facilitarea gestionării poftei (craving), oferirea de instrumente pentru gestionarea emoțiilor negative și prevenirea recăderii. [43]

Intervenția de consiliere este important să facă diferența între consilierea psihologică pentru adulți și cea pentru adolescenți. În acest sens, intervențiile pentru renunțarea la fumat bazate pe tehnologie par să aibă un rol mai relevant în rândul tinerilor. Consilierea psihologică necesită o intervenție

comportamentală mai amplă pentru acest tip de consum, crescând durata și frecvența vizitelor în orice dintre cele trei formate: individual, de grup sau telefonic [44, 45].

Terapia cognitiv-comportamentală la utilizatorii de narghilea

Terapia cognitiv-comportamentală pentru utilizatorii de narghilea trebuie să țină cont de caracterul profund **social** al consumului. De regulă, aceasta este utilizată în grup, ceea ce face ca suportul comportamental să fie mai eficient atunci când consilierea se extinde și asupra persoanelor care însoțesc utilizatorul. [46].

Interviul motivațional

Interviul motivațional este un tip de consiliere centrată pe pacient, concepută pentru a ajuta persoanele să exploreze și să rezolve ambivalența față de schimbarea comportamentului. Este indicat pentru fumătorii cu motivație scăzută (mai puțin de 8 puncte pe VAS) și auto-eficacitate scăzută (mai puțin de 8 puncte pe VAS). Se bazează pe modelul celor 5 R: Relevanță, Risc, Recompensă, Rezistență și Repetare. Persoana care realizează interviul va manifesta empatie și înțelegere, se va încuraja dezvoltarea discrepanțelor dintre comportamentul actual și obiectivele sau valorile importante pentru utilizatori și se va susține auto-eficacitatea pentru schimbare. [46]

Interviul motivațional la adolescenți trebuie să respecte anumite caracteristici specifice: trebuie să înceapă prin discutarea riscurilor pentru sănătate ale vapatului și, după ce se solicită respectuos acordul tânărului de a continua acest tip de conversație, nivelul de motivație al acestuia pentru a renunța la utilizarea acestor dispozitive trebuie determinat prin prezentarea scalei VAS. După analizarea acestor rezultate, adolescentul poate fi întrebat din nou de ce a acordat un scor atât de scăzut. Când tânărul răspunde, este momentul să se intervină pentru a explica convingerile sale eronate și pentru a încerca reducerea rezistenței. [47]

Tratamentul Farmacologic

Terapia de Substituție Nicotinică (TSN)

Terapia de substituție cu nicotină (TSN) este recomandată ca tratament eficient pentru renunțarea la fumat - nivel de recomandare A

TSN presupune administrarea nicotinei în doze descrescătoare pentru a contracara simptomele de sevraj, utilizând căi de livrare care nu întrețin dependența comportamentală (plasturi, gumă, spray). Acesta este utilă persoanelor care utilizează țigara clasică. Deși datele sunt heterogene, unele studii indică rate bune de abținere cu doze de 21 mg (plasturi) combinate cu forme orale. Utilizarea extinsă la 14 săptămâni crește succesul în renunțarea la fumat. Datele din meta-analizele recente arată o eficiență mai redusă a acestora în cazul utilizatorilor de vape. [48]

În cazul utilizatorilor de ENDS, spray-ul oral cu nicotină poate fi util în controlul poftei acute (*craving*) din timpul procesului de renunțare. De asemenea plasturii cu nicotină în doze descrescătoare lunare pot fi o variantă de terapie la această categorie. [49, 50,]

Nu există studii specifice pentru tratamentul dependențelor de tutun încălzit sau narghilea, dar utilizarea TSN este justificată clinic prin analogie cu fumatul convențional.

Pentru utilizatorii de ENDS schema recomandată de TSN este: administrarea de plasturi de nicotină de 21 mg zilnic în prima lună, ulterior reducând doza la 14 mg/zi în a doua lună și la 7 mg/zi în a treia lună. [51, 52, 53,]

Nr.	Medicație	Dozaj	Indicație
1	Guma cu nicotină	2 mg – dacă pacientul fumează ≤ 24 țigări/zi; 4 mg – dacă fumează ≥ 25 țigări/zi; doza recomandată unanim: 8-12 gume mestecate/zi	3 – 6 luni
2	Inhalator de nicotină	6-16 capsule pe zi; o capsulă poate furniza 4 mg de nicotină în decursul a 80 de inhalări	Până la 6 luni, cu reducerea dozei la final
3	Plasture cu nicotină	7, 14, 21 mg/24 h (sau 10/15/25 mg/16 h). Dacă pacientul fumează 10 țigări/zi: 21 mg/zi timp de 4 săptămâni, apoi 14 mg/zi timp de 2 săptămâni, apoi 7 mg/zi timp de 2 săptămâni; Dacă fumează mai puțin de 10 țigări/zi, începeți cu 14 mg/zi timp de 6 săptămâni, apoi 7 mg/zi timp de 2 săptămâni	Aplică un plasture nou în fiecare dimineață timp de 8-12 săptămâni. S-a observat o eficiență crescută dacă se folosește între 3 și 6 luni.
4	Spray nazal cu nicotină	0,5 mg pe nară, inițial 1-2 doze pe oră; 8-40 doze pe zi	3 - 6 luni
5	Pastile cu nicotină	Disponibile în doze de 1, 2 și 4 mg; la început, câte o pastilă la fiecare 1-2 ore, apoi reduceți treptat. Pentru cei care fumează la 30 de minute sau mai mult după trezire, 2 mg; pentru cei care fumează în mai puțin de 30 de minute, 4 mg	3 - 6 luni
6	Terapie combinată ✓ Plasture cu nicotină + Inhalator ✓ Plasture cu nicotină + Pastile ✓ Plasture cu nicotină + Gumă	Doza este similară pentru fiecare produs recomandată în terapie unică	Durată 3-6 luni

Guma cu nicotina

Mențiuni legate de administrare

Pentru a fi eficientă și pentru a preveni apariția efectelor secundare precum dureri de gură, maxilar, disconfort gastric sau sughiț, guma de mestecat necesită o tehnică corectă: se mestecă de una-două ori, apoi se ține între obraz și gingie timp de 3 minute, după care se mestecă din nou o dată pe minut, timp de douăzeci de minute. La final, guma trebuie aruncată într-un loc inaccesibil copiilor, deoarece, la fel ca țigarele, conține nicotină.

Comprimatele cu nicotina sunt mici, fără peliculă, și trebuie puse sub limbă. Pot provoca o ușoară senzație de usturime, dar nu au gust. Nu este necesar să fie mestecate sau suflate și nu produc salivă excesivă (care ar putea duce la sughiț). Se dizolvă în gură în 15-30 de minute. [49, 52, 54]

Inhalatorul cu nicotină este alcătuit dintr-un tub din plastic, asemănător cu un suport de țigară care se deschide pentru a conține un cartuș de nicotină. Pe măsură ce este inhalat, așa cum face fumătorul cu o țigară, o cantitate mică de nicotină este proiectată pe mucoasa orală, unde este absorbită. Cartușele conțin 10 mg de nicotină. Unii fumători înrăiți consumă cartușul în decurs de o oră; alții pot păstra același inhalator toată ziua. Această formă de substituție menține/permite atât (gestul de a fuma) țigări cât și de a lua nicotină.

Spray-urile nazale vândute pe bază de rețetă sunt disponibile în unele țări. Aceste spray-uri nazale au avantajul de a fi foarte eficiente în suprimarea simptomelor de sevraj. Ele au două dezavantaje majore: primul este că provoacă iritare nazală (uneori majoră). Al doilea este că administrează nicotină în creier brusc, aproape la fel de repede ca țigările, ceea ce explică dependența persistentă de acest produs în afara perioadei de renunțare la fumat.

Reacții adverse ale utilizării TSN

Efecte secundare ale TSN sunt determinate intensitatea fenomenelor de sevraj și de doză de nicotină necesară pentru combaterea acestora și includ : durere de cap, amețeli, sughiț, durere în gât, iritație sau uscăciune a gurii, greață, vărsături, tulburări digestive, palpitații, apariția aritmiei cardiace. Un efect secundar specific plasturei este alergia cutanată cu roșeață la nivel tegumentar la locul de aplicare. Poate fi indusă de adezivii din plasture. Se recomandă schimbarea locului de aplicare, schimbarea brandului sau întreruperea utilizării dacă reacția este foarte intensă .

Semnele supradozajului cu nicotină

Nu există supradozaj cu nicotină atunci când pofta persistă. La un pacient fără dorință de a fuma, supradozajul se manifestă ca senzația de a fi fumat prea mult, cu greață și tahicardie. Aceste simptome sunt trecătoare, dispar rapid la întreruperea tratamentului pentru câteva ore, iar tratamentul poate fi reluat la o doză redusă.

Semnele sub dozajului nicotinic

Persoanele care nu primesc suficientă nicotină pot prezenta:

- poftă intensă de a fuma ;
- iritabilitate crescută față de mediul înconjurător;
- poftă de mâncare crescută care duce la gustări frecvente și creștere ponderală;
- dificultăți de somn, insomnie;
- nevoia de a continua fumatul.

Pentru prevenirea acestora fumătorii trebuie ghidați să ajusteze dozele: fie prin informații care să le permită autoreglarea, fie prin recomandarea de a contacta clinicianul în primele 24–72 de ore după renunțare. De asemenea, pot suna la liniile specializate pentru renunțare la fumat, care pot oferi consiliere și ajustări de doză. De exemplu, dacă un pacient aplică un plasture cu doză mare și utilizează mai mult de 8-10 forme orale de TSN sau continuă să fumeze, este recomandată aplicarea unui al doilea plasture, ce celălalt braț, pentru a asigura un aport constant de nicotină.

Folosirea TSN la pacienții cu patologie cardiacă

Folosirea TSN se poate asocia cu apariția de reacții adverse cardiace precum palpitații, tahicardie, fibrilație atrială, creșterea tensiunii arteriale, durere toracică nespecifică. Se consideră că riscurile asociate TSN depășesc semnificativ riscurile continuării fumatului. Totuși, riscul trebuie diferențiat, iar la pacienții instabili (infarct miocardic acut, aritmii severe, angină de repaus) se recomandă supraveghere continuă și, dacă se poate, temporizarea tratamentului până la depășirea evenimentului acut.

Simptomele asociate renunțării la tutun

Pacienții confundă adesea efectele renunțării la fumat cu reacțiile adverse ale tratamentului. Cele mai frecvent raportate simptome sunt stările depresive și tulburările de somn. Mulți dintre cei care renunță la fumat se confruntă cu semne de depresie, de la forme ușoare până la severe. Apariția depresiei nu se datorează medicamentelor pentru renunțarea la fumat, ci faptului că procesul de renunțare poate scoate la suprafață o depresie latentă.

Dacă pacientul are un istoric de depresie, este necesară o atenție sporită pentru prevenirea recăderii, inclusiv monitorizarea stării de spirit. Pentru cei care prezintă depresie în prezent, se recomandă ca tratamentul să fie inițiat concomitent cu suportul pentru renunțarea la fumat, conform celor mai bune practici pentru gestionarea depresiei.

Majoritatea fumătorilor care încearcă să renunțe la fumat se confruntă cu tulburări de somn și modificări ale calității somnului, indiferent dacă folosesc sau nu terapii medicamentoase. Aceste schimbări pot avea intensități diferite și necesită cel puțin evaluarea gravității acestora.

Apariția coșmarurilor poate fi un semnal de alarmă pentru depresie. Alte tulburări pot apărea pe termen mai lung, însă de cele mai multe ori dispar de la sine. Persoanele care utilizează plasturi și au coșmaruri ar trebui să îndepărteze plasturele pe timpul nopții.

Agoniștii receptori nicotinici: Vareniclina

Aceste medicament acționează direct asupra receptorilor alpha și beta, blocând plăcerea derivată din nicotină și reducând severitatea sevrajului. [55, 56,]

Vareniclina

Vareniclina reprezintă o soluție farmacologică de generație nouă în terapia tabagismului, fiind autorizată pentru utilizare clinică pe bază de prescripție medicală începând cu anul 2006 și având un nivel de recomandare A. Eficacitatea sa în facilitarea abstinentei se fundamentează pe interacțiunea specifică cu mecanismele neurobiologice ale dependenței, care implică eliberarea dopaminei în nucleul accumbens ca urmare a stimulării receptorilor nicotinici pentru acetilcolină (AChR) din zona tegmentală ventrală. Dintre diversele subtipuri, receptorul $\alpha 4\beta 2$ deține o importanță critică, reprezentând aproximativ 90% din receptori $\alpha 4\beta 2$ de la nivelul sistemului nervos central și prezentând cea mai ridicată afinitate pentru nicotină, ceea ce îl transformă în ținta biomoleculară principală pentru intervențiile terapeutice.

Din perspectivă farmacodinamică, vareniclina a fost concepută ca un agonist parțial selectiv cu afinitate înaltă pentru receptori $\alpha 4\beta 2$ ai dopaminei din sistemul mezolimbic. Aceasta exercită un mecanism de acțiune dual: pe de o parte, stimulează moderat neuronii dopaminergici, atenuând simptomele de sevraj și pofta de consum (craving), iar pe de altă parte, manifestă proprietăți antagoniste prin blocarea competitivă a legării nicotinei. Această inhibiție reduce semnificativ recompensa neurochimică asociată fumatului, diminuând astfel întărirea pozitivă a comportamentului adictiv. [57]

Vareniclina se administrează după următorul algoritm: zilele 1-3: 0,5 mg dimineața; zilele 4-7: 0,5 mg de două ori pe zi; de la ziua 8 până la final: 1 mg de două ori pe zi. Tratamentul începe cu o

săptămână înaintea datei la care persoana dorește să se lase de fumat, durata tratamentului fiind de 3 - 6 luni.

Profilul de siguranță al vareniclinei este unul bun, principalele reacții adverse fiind reprezentate de greață sau alte tulburări gastro-intestinale (constipație, balonare, durere abdominală), precum și tulburări neuro-psihice (insomnii, cefalee, coșmaruri). Este de menționat faptul că a existat o atenționare privind riscurile neuro-psihice la pacienții ce urmează tratament cu vareniclină, incluzând tulburări de dispoziție, iritabilitate, idei suicidare, psihoză. Ulterior în 2016, studiul EAGLES a dovedit că tratamentul cu vareniclină nu prezintă risc crescut de tulburări neuro-psihice comparativ cu placebo sau cu TSN. [58, 59]

Vareniclină în fumatul alternativ

Este considerată cea mai eficientă opțiune farmacologică pentru renunțarea la fumat și vapat conform studiilor recente (OR = 2,52 la 6 luni). La fumătorii duali care utilizează vareniclină cresc de 7, 8 ori șansele de a renunța la vapat și de 10,9 ori șansele de a renunța la ambele forme de consum (țigări + ENDS). Pentru utilizatorii de narghilea, vareniclina nu are eficiență semnificativă în cazul narghilelei componenta socială/comportamentală poate fi mai puternică decât cea farmacologică. [60]

Recent, Caponnetto et al. au arătat că vareniclina a fost mai eficientă decât placebo în a ajuta utilizatorii de ENDS să renunțe la vapat la 3 și la 6 luni de urmărire, dacă aceștia au beneficiat simultan de consiliere psihologică. [61]

Un studiu efectuat la vaperi tineri cu vârste cuprinse între 16 și 25 de ani a confirmat eficacitatea vareniclinei comparativ cu placebo în acest grup. [62,63]

Nu există date privind eficacitatea vareniclinei ca ajutor pentru renunțarea la utilizarea tutunului încălzit. Eficacitatea acestui medicament în tratamentul fumatului ar putea justifica utilizarea sa la acest tip de fumători. Totuși, sunt necesare studii pentru a confirma acest lucru.

Agoniștii receptori nicotiniци: Bupropionul

Bupropionul a fost primul medicament folosit în tratarea dependenței nicotinicе, altul decât TSN.

Bupropionul este un antidepresiv care acționează ca inhibitor al recaptării norepinefrinei și dopaminei. Acționează ca antagonist non-competitiv al receptorului nicotinic, ameliorând astfel simptomele de sevraj. [64] Folosit la cei cu dependență severă, scade simptomele depresive asociate sevrajului, dublând rata de sevraj comparativ cu placebo. Este însă considerat inferior vareniclinei, cu rată inferioară de abținere la 6 și la 12 luni [65,66]

Principalele reacții adverse sunt reprezentate de insomnie, cefalee, mucoase uscate, asociind de asemenea risc crescut de convulsii, de creșteri ale valorilor tensionale și modificări neuro-psihice (inclusiv gânduri de suicid, risc de activare a maniei sau psihozei la cei vulnerabili). Pe parcursul tratamentului este interzis consumul de alcool (scade pragul convulsivant), este contraindicată asocieră cu inhibitori de monoaminoxidază (risc de hipertensiune severă). [66]

Deși este eficient pentru renunțarea la fumatul țigărilor convenționale, în prezent nu există studii clinice sau rapoarte de caz care să furnizeze date care să susțină utilizarea sa la subiecții care doresc să renunțe la vapat. Datele existente nu aduc rezultate care să fie superioare consilierii psihologice, ca unică metodă. Nu există date privind eficacitatea bupropionului în facilitarea renunțării la utilizarea tutunului încălzit. Eficacitatea acestui medicament în tratamentul renunțării la fumat ar putea justifica utilizarea sa la acest tip de fumători, însă sunt necesare studii pentru a confirma acest lucru.

Deși eficiente în fumatul clasic, terapiile convenționale (TSN, vareniclina, bupropionul) nu au susținerea unor studii solide și de lungă durată care să le susțină administrarea în fumatul alternativ. Deși eficacitatea pare a fi mai evidentă pentru vareniclina decât pentru celelalte medicamente, lipsesc încă date robuste și riguroase care să susțină ferm această afirmație.

Menționăm că la data redactării acestui ghid în România nu este disponibil bupropion cu indicația de sevrăj nicotinic prezentă în prospect. Totuși, experiența îndelungată în ceea ce îl privește, faptul că el este disponibil ca medicație antidepresivă (cu posibil beneficiu suplimentar pentru sevrăjul nicotinic), precum și faptul că este prezent în ghidurile internaționale ca recomandare de primă linie, alături de varenicină au stat la baza deciziei de a-l include în acest ghid. Trebuie menționată îngrijorarea în ceea ce privește riscul de suicid la pacienții tratați cu bupropion, care a stat la baza limitării folosirii lui, metaanalize ulterioare au infirmat acest risc [67].

Ținând cont că recomandarea terapeutică este specifică medicului psihiatru, considerăm că aceasta este o terapie care poate fi utilă la persoanele cu depresie care vor să renunțe la fumat, fără să asocieze clase diferite de medicamente.

Agonist parțial al receptorilor nicotinici - Citiziniclina

Citiziniclina este un alcaloid natural, agonist parțial al receptorilor nicotinici, care s-a dovedit a fi eficient și sigur pentru renunțarea la fumatul țigărilor convenționale, considerat cu eficiență similară vareniclinei (fiind mai ieftină și cu un profil de siguranță mai bun) și superioară TSN. [68] Rata de abținere la finalul a 4 săptămâni de tratament variază între 41-70%, dar scade la distanță de finalul tratamentului spre 50%, 40%, 30% la 3, 6, respectiv 12 luni. [69]

Se administrează în mod uzual în doze descrescânde pe o durată de 25 zile, fumatul întrerupându-se până în ziua 5 de tratament. Principalele reacții adverse – gastro-intestinale – au o frecvență mai scăzută decât în cazul tratamentului cu vareniclina.

Spre deosebire de vareniclina, citiziniclina se poate administra fără prescripție medicală, fiind încadrat în categoria OTC (over the counter).

Cohorta ORCA arată o rată de abținere de 31,8% la sfârșitul tratamentului pentru vapori. Totuși, lipsesc datele de urmărire pe termen lung (peste 6 luni [70]) Concluziile celei mai recente meta-analize sugerează că datele privind eficacitatea citiziniclinei pentru renunțarea la vapori sunt imprecise și neconcludente. Niciunul dintre studiile clinice care utilizează citiziniclina nu raportează date de urmărire la mai mult de șase luni. Nu există date privind eficacitatea tratamentului cu citiziniclină la utilizatorii de tutun încălzit și la utilizatorii de pipă cu apă.

Algoritm de practică clinică

Asocierea terapiei farmacologice (fie că vorbim de TSN, vareniclină sau bupropion) crește semnificativ șansele de renunțare la fumat, fiecare aducându-și avantajele sau dezavantajele proprii în ceea ce privește eficiența, costurile, aderența la tratament sau reacțiile adverse. În general este acceptat că vareniclina și TSN combinata (plasturi+oral) au eficiență mai mare decât TSN unică sau bupropionul. Din acest motiv, ar trebui probabil alese mai degrabă la cei cu dependență tabagică mai mare (evaluat prin consumul tabagic și prin scorul de dependență Fagerstrom) și la cei cu încercări multiple de sevrare eșuate. Alegerea însă depinde de disponibilitate, cost și riscuri individuale. Asocierea TCC crește șansa de succes terapeutic și de menținere ulterioară a abținerei comparativ cu terapia farmacologică simplă.

Din punct de vedere al efectului, terapia farmacologică se împarte în terapie de control (vareniclina, bupropion, citiziniclină, plasturi nicotinici) și terapie de salvare, ce ajută la depășirea fenomenului de craving. În mod optim, la pacientul cu dependență înaltă (scor Fagerstrom peste 4), pentru o șansă reală de sevrăj, terapia de control este necesară.

În cazuri ideale, în care ne aflăm în posibilitatea de a alege oricare dintre preparate, ne putem ghida după recomandările ATS [71]. Formulăm mai jos principalele recomandări:

Recomandare	Grad de recomandare și nivel de evidență
Pentru adultul cu dependență nicotinică la care se dorește inițierea tratamentului farmacologic, se recomandă vareniclina în locul plasturelui cu nicotină	Grad de recomandare înalt, nivel de evidență moderat
Pentru adultul cu dependență nicotinică la care se dorește inițierea tratamentului farmacologic, se recomandă vareniclina în locul bupropionului	Grad de recomandare înalt, nivel de evidență moderat
Pentru adultul cu dependență nicotinică la care se dorește inițierea tratamentului farmacologic, se sugerează vareniclina asociată cu plasturele nicotinic în locul vareniclinei ca unică terapie	Grad de recomandare slabă, nivel de evidență scăzut
Pentru adultul cu dependență nicotinică la care se dorește inițierea tratamentului farmacologic, se sugerează vareniclina în locul țigaretelor electronice	Grad de recomandare, nivel de evidență foarte scăzut
Pentru adultul cu dependență nicotinică care nu este pregătit să oprească consumul tabagic se recomandă începerea tratamentului cu vareniclină mai devreme decât a aștepta ca pacientul să devină pregătit să renunțe	Grad de recomandare înalt, nivel de evidență moderat
Pentru adultul cu dependență nicotinică și patologie psihiatrică (incluzând consumul de substanțe, depresie, anxietate, schizofrenie, tulburare bipolară la care se dorește inițierea tratamentului farmacologic, se recomandă vareniclina în locul plasturelui cu nicotină	Grad de recomandare înalt, nivel de evidență moderat
Pentru adultul cu dependență nicotinică la care se dorește inițierea tratamentului farmacologic cu o terapie de control, se recomandă utilizarea terapiei pe o durată prelungită (>12 săptămâni) în locul duratei standard (6-12 săptămâni)	Grad de recomandare înalt, nivel de evidență moderat

Ghid OMS recomandă (grad înalt) ca terapie de primă linie, vareniclina, TSN și bupropionul (cu nivel înalt de evidență). Este recomandată și citiziniclina sau TSN combinată (plasture+o formă cu durată scurtă de acțiune, precum gumă), dar cu nivel de evidență moderat. De asemenea, menționează

(recomandare de grad scăzut) asocierea de bupropion și vareniclină (cu nivel moderat de evidență) sau TSN (cu nivel scăzut de evidență) atunci când răspunsul la terapia de primă linie a fost inadecvat [72].

Algoritm de tratament pentru dependența de Vape

Tratamentul trebuie personalizat în funcție de motivație (VAS) și gradul de dependență (PS-ECDI/EDS-4).

Protocol în funcție de Severitate

Grad Dependență / Intensitate	Recomandare Farmacologică
Scăzut / Moderat (< 13 puncte PS-ECDI)	Vareniclină (monoterapie) sau TSN (monoterapie)
Ridicat / Sever (> 13 puncte PS-ECDI)	Vareniclină sau TSN combinat (plasture + formă orală).
Lipsă de răspuns	Combinarea Vareniclinei cu Plasturi de nicotină.

Trebuie subliniat faptul că tratamentul indicat aici se referă la **utilizatorii exclusivi de ENDS**. Fumătorii duali trebuie tratați ca fumători de țigări convenționale, având în vedere că statutul de fumător dual implică, pe lângă un risc crescut de dezvoltare a bolilor asociate, un nivel mai ridicat de dependență fizică și psihologică, ceea ce necesită o intensificare a consilierii psihologice și a tratamentului farmacologic.

Pe baza dovezilor științifice limitate disponibile în prezent pe această temă, recomandăm ca tipul de tratament prescris vaporilor să se bazeze pe următoarele variabile:

- gradul de motivație și auto-eficacitate pentru renunțarea la utilizarea acestor dispozitive;
- intensitatea utilizării și gradul de dependență de acestea.

- Dacă vaporii prezintă o motivație și o auto-eficacitate scăzute pentru renunțare, tratamentul de elecție va fi interviul motivațional.
- Pentru cei cu auto-eficacitate ridicată și motivație scăzută, este recomandată psihoeducația
- Pentru pacienții cu motivație ridicată și auto-eficacitate scăzută sau ridicată, tratamentul propus este o combinație de consiliere psihologică și tratament farmacologic.

În acest din urmă caz, consilierea psihologică trebuie să includă psihoeducație și terapie cognitiv-comportamentală. În ceea ce privește tratamentul farmacologic, pot fi prescrise următoarele medicamente: vareniclina, TSN sau bupropionul.

Pentru alegerea unuia sau altuia dintre aceste medicamente vor fi evaluați următorii parametri: nivelul de eficacitate și siguranță al tratamentelor, gradul de dependență de țigările electronice și intensitatea utilizării acestora.

Pentru fumătorii cu un nivel scăzut sau moderat de dependență (13 puncte sau mai puțin la PS-ECDI sau mai puțin de 4 puncte la fiecare item din scala EDS-4) sau cu o intensitate scăzută sau moderată a vapatului (19 utilizări sau mai puțin pe zi, mai puțin de 4 ore de vapat pe zi și niveluri plasmatiche de cotinină sub 201 ng/mL), sunt recomandate: vareniclina și TSN ca monoterapie.

La fumătorii cu un grad ridicat de dependență (peste 13 puncte la PS-ECDI sau 4 sau mai multe puncte la fiecare item din EDS-4) sau cu o intensitate ridicată a vapatului (20 sau mai multe utilizări pe zi, 4 sau mai multe ore de utilizare pe zi și niveluri plasmatiche de cotinină peste 200 ng/mL), este recomandată utilizarea vareniclinei sau a TSN combinate; în caz de lipsă de răspuns, este recomandată utilizarea vareniclinei asociată cu plasturi de nicotină. [73]

Strategie	Grup țintă	Intervenție	Evaluare de dependență	Motivație	Tratament farmacologic	Observații
Tratament prioritar și intensificat	Fumători duali	Suport psihologic și farmacologic intensificat	Nu este specificată o scală	Nu este menționată	Nu este menționată	Dependență ridicată de țigări clasice și ENDS
Interviu motivațional	Fumători cu motivație scăzută (VAS <8)	Modelul celor 5 R: Relevanță, Risc, Recompensă, Rezistență, Repetare	Nu este specificată o scală	VAS <8	Nu este menționată	Motivație scăzută de renunțare
Combaterea percepției eronate, recompense	Tineri	Recompense digitale/financiare pentru urină fără cotinină	Test cotinină	Nu este menționată	Nu este menționată	Vouchere electronice sau transferuri bancare

Intensifica- rea tratamen- tului psiholo- gic și farma- cologic	Fumători cu dependență crescută de nicotină	Sesiuni con- siliere frec- vente, inter- venții perso- nalizate, doze adap- tate, combi- nații medica- mente	EDS-4 (scor ≥3/item), PS- ECDI (scor ≥13)	Evaluare prin VAS	Doze adap- tate, combi- nații medica- mente	Dependență crescută, tra- tament per- sonalizat
Evaluarea in- tensității va- patului	Utilizatori exclusivi ENDS	Evaluare nu- măr utili- zări/zi, ore/zi, coti- nină sangui- nă	EDS-4, PS- ECDI	Nu este men- ționată	Nu este men- ționată	>20 utili- zări/zi, >4 ore/zi, coti- nină >200 ng/mL
Tratament farmacologic	Utilizatori ți- gări electro- nice	Vareniclina, terapie sub- stituție nico- tinică, bupro- pion	Nu este men- ționată	Nu este men- ționată	Eficiente și sigure, do- zezi limitate	Recomandări adaptate fie- cărui caz

Algoritmul de tratament al dependenței de tutun și sistemele electronice de livrare a nicotinei este redat în Anexa 9.

Consilierea antifumat în situații speciale

Efectele fumatului matern și ale expunerii la fumat pasiv asupra sănătății perinatale

Fumatul matern este asociat cu o creștere semnificativă a riscului de mortalitate perinatală, rata fiind cu 150% mai mare la copiii născuți de mame fumătoare comparativ cu cei ai nefumătoarelor. De asemenea, fumatul reprezintă un factor major de risc pentru nașterea prematură, fiind responsabil pentru aproximativ 15% dintre aceste cazuri. [74]

Efectele dăunătoare ale consumului de tutun și ale expunerii la fumul de tutun pasiv nu se limitează doar la perioada perinatală, ci se extind pe tot parcursul copilăriei. Printre riscurile asociate se numără:

- Creșterea incidenței malformațiilor congenitale
- Risc de sarcină ectopică
- Risc crescut de sindrom al morții subite a sugarului
- Asociere cu boli ereditare cu componentă genetică
- Mortalitate și morbiditate perinatală ridicate
- Statură mică la naștere și ulterior
- Întârzieri în dezvoltarea cognitivă
- Tulburări neurologice

Expunerea pasivă la fumul de tutun în timpul sarcinii

Expunerea la fumatul, pasiv în timpul sarcinii este strâns legată de apariția unor riscuri semnificative pentru sănătatea fătului nenăscut. Studiile evidențiază o creștere importantă a probabilității de naștere prematură, greutate scăzută la naștere, apariție a displaziei bronhopulmonare, malformații congenitale și dificultăți respiratorii, precum respirația șuierătoare sau astmul. Mai exact, femeile însărcinate expuse la fumatul pasiv prezintă un risc cu 23% mai mare de a naște un copil mort și cu 13% mai mare de a avea un copil cu malformații congenitale. [75]

O particularitate fiziologică importantă în sarcină este creșterea ratei metabolismului nicotinei, care poate ajunge la 60-140%. Această modificare metabolică contribuie la apariția unui sevraj nicotinic accentuat, ceea ce face ca renunțarea la fumat să fie mai dificilă pentru femeile însărcinate. [76]

Tipuri de comportament la fumătoarele însărcinate

- Femeile care renunță spontan la fumat imediat după ce află că sunt însărcinate.
- Femeile care reduc numărul de țigarete după ce află că sunt însărcinate.
- Femeile care continuă să fumeze pe parcursul sarcinii.

RISCURILE UTILIZĂRII TUTUNULUI ÎNCĂLZIT LA FEMEIA ÎNSĂRCINATĂ

Un studiu recent care a evaluat efectele asupra femeii însărcinate și fătului comparând fumătoarele de țigări, utilizatoarele de tutun încălzit și fostele fumătoare, au evidențiat un impact negativ semnificativ pentru toate aceste categorii comparativ cu mamele nefumătoare. Fumătoarele de țigări au avut probleme de fertilitate de 3 ori mai des decât cele care nu fumează. În schimb, utilizatoarele de tutun încălzit au avut rate de fertilitate similare cu cele care nu fumează. Rata de avort spontan a fost de 6 ori mai mare la fumătoarele de țigări. Utilizatoarele de tutun încălzit au avut o rată mai mică decât cele care utilizează țigări clasice, dar similară cu a fostelor fumătoare. Riscul de naștere prematură este semnificativ crescut la ambele categorii, dar mai accentuat la țigări clasice, risc de 4 ori mai mare vs. de 2 ori mai mare la cele care utilizează tutun încălzit. [77]

Studiul aduce date și despre efectul fumatului asupra fătului. Fătul mamelor care fumează țigări are parametri de creștere (greutate estimată, circumferință abdominală) vizibil mai mici, începând cu trimestrul II. Nou-născuții de la mame fumătoare de țigări au avut greutatea cea mai mică (per centilele 10-25). Cei de la mame care folosesc tutun încălzit au avut greutatea ușor mai mică decât ale nefumătoarelor, dar mai bune decât în cazul țigarilor clasice. Studiul avertizează că efectele tutunului persistă: fosta fumătoare prezintă în continuare riscuri mai mari de avort sau hipertensiune decât o persoană care nu a fumat niciodată. Deși tutunul încălzit pare "mai puțin dăunător" decât țigarile clasice, rezultatele nu sunt comparabile cu ale nefumătoarelor. [78]

Intervenții pentru renunțarea la fumat în timpul sarcinii

Un model clinic eficient pentru sprijinirea renunțării la fumat în rândul femeilor însărcinate este reprezentat de cele "5 verbe" ("cei 5 A"): Întreabă, Consiliază, Evaluează, Asistă, Aranjează. Acest model presupune parcurgerea unor pași structurali care facilitează abordarea și susținerea gravidelor în procesul de renunțare la fumat.

- Întreabă – În cadrul consultațiilor de rutină, tuturor femeilor însărcinate ar trebui să li se evalueze atât statutul de fumător, cât și expunerea la fumul din fumat pasiv.
- Consiliază – Femeile trebuie informate despre riscurile asociate fumatului activ și pasiv în timpul sarcinii și despre beneficiile renunțării la fumat.
- Evaluează – Se evaluează gradul de dependență și dorința de a renunța la fumat, pentru a putea personaliza intervenția.
- Asistă – Sprijinirea efectivă a gravidei prin consiliere, recomandări și intervenții specifice pentru depășirea obstacolelor.
- Aranjează – Stabilirea unui plan de monitorizare și urmărire a progresului, inclusiv programarea unor vizite de control. [79]

În ceea ce privește intervenția farmacologică la pacienta însărcinată, trebuie să se ia în calcul întotdeauna riscul pe care intervenția îl poate manifesta asupra fătului, primul gând fiind protecția fătului. De departe cea mai recomandată în sarcină este terapia cognitiv-comportamentală, cu riscurile cele mai mici, dar și cu eficiență mai mică. Trebuie menționat însă că pacienta însărcinată poate avea motivație deosebită, întărită de dorința de a-și proteja fătul. În cazul în care simptomele de sevraj sunt semnificative, se poate tenta terapia de substituție nicotinică, preferabil cu acțiune rapidă (nu plasturi). Folosirea medicației de tip vareniclina, bupropiona la femeia însărcinată este interzisă.

Merită menționată credința (adesea alimentată de obstetrician) că întreruperea bruscă a fumatului la femeia însărcinată determină sevraj al fătului, care pune în pericol sarcina și sănătatea fătului. Nu

există dovezi în acest sens, beneficiul pentru făt al sevrajului tabagic al mamei fiind imediat, indiferent de modalitatea de sevrare și de promptitudinea sau progresivitatea renunțării. Dimpotrivă, trebuie mai degrabă menționat riscul de sevraj nicotinic al fătului după nașterea dintr-o mamă ce continuă să fumeze pe parcursul nașterii, manifestat prin agitație și iritabilitate severă. [79]

Fumatul și renunțarea la fumat în rândul adolescenților

Consumul experimental de tutun este o caracteristică frecventă a perioadei adolescenței. Studiile arată că peste jumătate dintre elevii europeni au declarat că au încercat tutunul, iar aproximativ 21% dintre tinerii de 16 ani din Europa sunt fumători activi, ceea ce înseamnă că au fumat în ultimele 30 de zile. În plus, utilizarea Țigărilor electronice a crescut semnificativ în popularitate, 23% dintre adolescenții cu vârste între 15 și 17 ani raportând că au folosit un dispozitiv electronic care conține nicotină, iar 8% au raportat utilizarea de Țigări fără nicotină. [80]

Factori care influențează renunțarea la fumat la adolescenți

Succesul renunțării la fumat în această etapă este influențat de factori personali, de mediu și sociali. Adolescenții care fumează un număr mai mare de Țigări zilnic și consumă alcool au mai puține șanse să renunțe la fumat. Un alt factor important este mediul social: a avea prieteni care fumează este asociat cu rezultate mai slabe în ceea ce privește renunțarea la fumat.

Motive pentru renunțarea la fumat

Cercetările evidențiază că adolescenții care consumă tutun sunt influențați de o serie de motive atunci când doresc să renunțe la fumat. Cele mai importante motive menționate sunt efectele pe termen lung asupra sănătății, performanța sportivă afectată și atractivitatea scăzută. Pentru mulți adolescenți, impactul asupra stării fizice imediate (respirație îngreunată, miros neplăcut, oboseală) reprezintă, de asemenea, un stimulent puternic.

Intervenții pentru sprijinirea renunțării la fumat la adolescenți

Adolescenții consumatori de tutun reprezintă o categorie aparte, care necesită abordări personalizate pentru sprijinirea renunțării la fumat. Printre cele mai eficiente intervenții se numără consilierea comportamentală și terapia de substituție cu nicotină.[81]

Consiliere comportamentală

Există dovezi solide că intervențiile de consiliere sunt cele mai eficiente pentru renunțarea la fumat în rândul adolescenților. Cele mai eficiente forme de consiliere includ îmbunătățirea motivației, intervențiile adaptate etapelor renunțării și terapia cognitiv-comportamentală .

Farmacoterapie

Terapia de substituție cu nicotină (TSN) este considerată sigură pentru adolescenți, deși pot apărea unele efecte adverse, precum iritații locale ale pielii, dureri de cap, greață sau vărsături, oboseală, tulburări de somn, dureri articulare sau musculare și amețeli.

În prezent, dovezile științifice sunt insuficiente pentru a recomanda utilizarea bupropionului sau vareniclinei în rândul adolescenților, motiv pentru care acestea nu sunt indicate ca tratament standard în această categorie de vârstă.

Modalități de asistență medicală în sprijinul renunțării la fumat la adolescenți

Mediile de asistență medicală constituie un cadru esențial pentru implementarea intervențiilor dedicate adolescenților fumători. Acestea oferă oportunități valoroase pentru identificarea și sprijinirea tinerilor care consumă tutun, facilitând accesul la consiliere și tratamente adecvate.

Modelul celor 5 A — Întrebare, Consiliere, Evaluare, Asistență și Aranjare — este considerat cadrul optim pentru furnizarea intervențiilor de renunțare la fumat în practică clinică, inclusiv pentru adolescenți. Aplicarea acestui model presupune parcurgerea următoarelor etape:

- **Întrebare:** Identificarea statusului de fumător la fiecare vizită medicală.
- **Consiliere:** Oferirea de sfaturi scurte privind importanța renunțării la fumat.
- **Evaluare:** Analiza nivelului de motivație și a gradului de dependență al adolescentului.
- **Asistență:** Sprijinirea adolescentului prin consiliere comportamentală și, dacă este cazul, farmacoterapie.
- **Aranjare:** Organizarea unui plan de monitorizare și urmărire a progresului adolescentului.

Medicii joacă un rol central în această abordare, fiind recomandați să ofere tuturor adolescenților care declară consum de tutun sau țigări electronice atât consiliere, cât și tratament medicamentos, atunci când este cazul. Aceste intervenții trebuie adaptate nevoilor specifice ale adolescenților, pentru a le crește șansele de succes în renunțarea la fumat. Intervenția medicului trebuie susținută de cea a psihologului prin tehnici și metode specifice. [82]

Intervenția în școli

Mediul școlar reprezintă un cadru preferat de adolescenții consumatori de tutun pentru a primi sprijin în procesul de renunțare la fumat, fiind perceput ca mai accesibil decât asistența medicală sau alte contexte similare. Analizele de tip meta-analiză confirmă că programele de renunțare la fumat care au loc în cadrul școlii tind să fie mai eficiente în rândul adolescenților.

Programele de intervenție derulate în școli, în special cele axate pe îmbunătățirea motivației și pe tehnici cognitiv-comportamentale, evidențiază eficiență crescută atunci când sunt implementate pe o durată extinsă și includ componente multiple. Aceste abordări s-au dovedit eficiente atât în sprijinirea renunțării la fumat pe termen scurt, cât și în reducerea consumului de tutun. Un element cheie în succesul acestor programe îl reprezintă durata intervenției, fiind necesare minim cinci sesiuni pentru a crește rata de renunțare la fumat. [83]

Tehnologia informației

Tehnologia digitală a devenit un instrument puternic în sprijinirea renunțării la fumat, oferind metode eficiente precum aplicații mobile, mesaje text motivaționale și programe online. Recomandăm ferm utilizarea tehnologiei informației în sprijinul renunțării la fumat în rândul adolescenților. Aceasta este bine să fie integrată în programele de consiliere, tradițională poate spori eficiența procesului de renunțare la fumat. Dovezile arată că aceste intervenții digitale îmbunătățesc cu adevărat rezultatele, ceea ce demonstrează că aplicațiile pentru renunțarea la fumat cresc semnificativ ratele de abținere la șase luni. Deși aceste tehnologii nu înlocuiesc îngrijirea clinică, ele completează substanțial intervențiile tradiționale prin creșterea accesibilității, a implicării și a aderenței pe termen lung. [84]

Intervenții bazate pe politici

Măsurile legislative au un impact semnificativ asupra comportamentului de consum de tutun la adolescenți. Creșterea prețului țigărilor s-a dovedit deosebit de eficientă în rândul tinerilor, conducând la o rată mai scăzută de inițiere a fumatului în cazul nefumătorilor și la o reducere sau renunțare la fumat în cazul consumatorilor activi de tutun. [85]

Expunerea adolescenților la publicitatea la țigări este corelată cu o probabilitate crescută de a începe sau a continua consumul de tutun. Prin urmare, restricționarea sau interzicerea publicității la tutun reprezintă o strategie importantă pentru prevenirea fumatului la această grupă de vârstă. De asemenea, dovezile susțin că interdicțiile și restricțiile privind vânzarea de tutun către copii și adolescenți au contribuit la reducerea consumului de țigări în rândul acestora.

Nivelul de recomandare a diferitelor intervenții pentru sevrajul tabagic la adolescent poate fi observat în tabelul următor:

Recomandare	Intervenție/Abordare	Nivelul de dovezi
-------------	----------------------	-------------------

Creșterea prețului țigărilor	Politică	A/B
Interzicerea publicității la tutun	Politică	B
Restricționarea vânzării de tutun către copii și adolescenți	Politică	B
Consilierea pentru renunțarea la fumat	Consiliere comportamentală	A
Terapia de îmbunătățire a motivației și TCC	Consiliere comportamentală	B
TSN ca terapie de linia a doua	Farmacoterapie	B
TSN în combinație cu consilierea	Farmacoterapie	A
Nu se recomandă Bupropion și Vareniclină	Farmacoterapie	C
Acupunctura nu este recomandată	Terapii alternative	C
Întrebarea adolescenților despre tutun și țigări electronice	Unități medicale	A
Consilierea consumatorilor actuali de tutun	Unități medicale	B
Adaptarea sfaturilor pentru adolescenți	Unități medicale	C
Instruire pentru furnizorii de servicii medicale	Unități medicale	A
Interviul motivațional realizat de medici	Unități medicale	B
Intervenții cognitiv-comportamentale/motivaționale în școli	Medii școlare	B
Intervenții complexe în școli	Medii școlare	C
Intervenții TIC reducerea consumului zilnic	Tehnologia informației și comunicării	B
Utilizarea mediilor comunitare	Medii comunitare	C

Renunțarea la fumat la pacienții cu boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC)

Efectele fumatului asupra sănătății pacienților cu BPOC

Consumul de tutun este recunoscut ca principalul factor de risc pentru dezvoltarea bolii pulmonare obstructive cronice (BPOC). Persoanele care fumează prezintă un risc semnificativ mai mare, având cu 50% mai multe șanse să dezvolte această afecțiune pe parcursul vieții. Pe lângă fumatul activ, expunerea la fumul de tutun din mediul înconjurător poate duce la o stare de sănătate precară și la o

creștere a frecvenței exacerbărilor la pacienții cu BPOC. De asemenea, studiile au evidențiat că fumatul pasiv în copilărie este asociat cu un risc crescut de a dezvolta BPOC la vârsta adultă. [86]

Beneficiile renunțării la fumat asupra sănătății

Renunțarea la fumat reprezintă cel mai eficient tratament pentru încetinirea progresiei BPOC în rândul persoanelor fumătoare. Această intervenție are un raport cost-eficiență foarte bun, fiind benefică pentru sănătatea pacienților în orice moment al bolii. Oprirea fumatului încetinește evoluția BPOC, reduce frecvența exacerbărilor, îmbunătățește eficacitatea tratamentelor și crește calitatea vieții. Mai mult, simptomele respiratorii se ameliorează semnificativ în decurs de 3-9 luni după renunțarea la fumat, iar funcția pulmonară poate crește cu până la 10%.

Avantajele renunțării la fumat pentru pacienții cu BPOC

- Reducerea mortalității din orice cauză
- Este cea mai eficientă măsură pentru reducerea progresiei BPOC
- Îmbunătățirea răspunsului la medicația bronhodilatatoare și la corticosteroizii inhalatori
- Reducerea incidenței infecțiilor bronșice

Profilul consumatorilor de tutun cu BPOC

Fumătorii care suferă de boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC) prezintă caracteristici distincte față de restul populației de consumatori de tutun. Acești pacienți tind să fumeze cantități mai mari de tutun, inhalează mai profund și manifestă un grad mai ridicat de dependență nicotinică comparativ cu fumătorii fără BPOC. Un aspect notabil este că nivelul de monoxid de carbon (CO) expirat la fumătorii cu BPOC este mai ridicat decât cel observat în rândul celorlalți consumatori de tutun.

În plus, existența unei boli obstructive duce la un cleaning muco-ciliar defectuos, precum și la fenomene de Air – trapping , care împreună acestea duc la un contact prelungit al carcinogenele din fumul de țigară cu mucoasa bronșică , crescând astfel riscul de cancer, oricum crescut prin simpla prezență a fumatului. Apariția unui cancer pulmonar la un pacient cu BPOC poate să ridice probleme legate de operabilitate, crescând astfel suplimentar astfel, riscul de mortalitate. [87]

Renunțarea la fumat prezintă provocări suplimentare pentru această categorie de pacienți. Fumătorii cu BPOC întâmpină dificultăți mai mari în procesul de abandon al consumului de tutun în comparație cu populația generală de fumători. Această dificultate este deseori agravată de prezența unor comorbidități precum depresia și anxietatea, care contribuie la lipsa motivației și a încrederii în sine, reducând astfel șansele de succes în renunțarea la fumat.

Este esențială recunoașterea acestor diferențe atunci când se dezvoltă și implementează intervenții pentru renunțarea la fumat la pacienții cu BPOC. Adaptarea strategiilor terapeutice la profilul specific

al acestor pacienți poate spori eficacitatea măsurilor de sprijin și crește rata de succes a renunțării la fumat în această populație. [88]

Renunțarea la fumat la pacientul diabetic

Efectele fumatului asupra sănătății la pacienții cu diabet

Consumul de tutun determină o creștere semnificativă a riscului de apariție a diabetului zaharat de tip 2, indiferent de nivelul de educație, activitatea fizică, consumul de alcool sau regimul alimentar. Acest risc este direct proporțional cu cantitatea de tutun consumată. În cazul pacienților deja diagnosticați cu diabet, fumatul amplifică substanțial riscul de boli coronariene, infarct miocardic, insuficiență cardiacă, accident vascular cerebral, boală arterială periferică, precum și de mortalitate cardiovasculară și totală. De asemenea, consumul de tutun contribuie la apariția complicațiilor micro vasculare, inclusiv la agravarea nefropatiei diabetice. Expunerea la fumatul pasiv a fost asociată cu o creștere a riscului de sindrom metabolic, intoleranță la glucoză și diabet zaharat de tip 2. [89]

Beneficiile renunțării la fumat asupra sănătății la pacienții cu diabet

Chiar dacă foștii fumători prezintă un risc mai mare de a dezvolta diabet zaharat de tip 2 în comparație cu persoanele care nu au fumat niciodată, acest risc se reduce considerabil pe măsură ce trece timpul de la renunțarea la fumat. Renunțarea la fumat determină o scădere semnificativă a riscului de mortalitate cardiovasculară și a evenimentelor cardiovasculare la pacienții cu diabet. Totuși, foștii fumători rămân cu un risc mai ridicat de boli cardiovasculare și mortalitate față de cei care nu au fumat niciodată. [90]

Considerații importante pentru pacienții diabetici

La pacienții cu diabet zaharat de tip 2, renunțarea la fumat poate fi asociată cu o deteriorare temporară a controlului glicemic, ce poate dura între 2 și 3 ani, nefiind corelată cu creșterea în greutate. Este necesară monitorizarea atentă a pacienților diabetici și ajustarea terapiei antidiabetice pentru a menține un control glicemic eficient după renunțarea la fumat.

Intervenții pentru renunțarea la fumat la pacienții diabetici

Pacienții cu diabet întâmpină dificultăți în adoptarea intervențiilor pentru renunțarea la fumat, iar ratele de succes rămân scăzute, deși prevenția și sevrăul tabagic sunt esențiale în managementul diabetului.

Istoricul consumului de tutun trebuie documentat pentru fiecare pacient, iar fumătorii activi au nevoie de sprijin prioritar pentru renunțare. Intervențiile recomandate includ combinarea consilierii comportamentale cu tratamentul farmacologic.

Dovezile privind eficacitatea consilierii sunt limitate, fiind influențate de numărul redus și de heterogenitatea studiilor, însă anumite programe desfășurate în asistența primară și secundară au arătat beneficii. [91,92]

Datele referitoare la siguranța și eficacitatea terapiei farmacologice sunt, de asemenea, limitate, neexistând studii clinice de amploare dedicate pacienților cu diabet. Totuși, nu sunt identificate contraindicații generale pentru utilizarea terapiei de primă linie.

Vareniclina într-un program de renunțare la fumat este eficientă în obținerea abstenenței pe termen lung fără evenimente adverse grave, la pacienții cu diabet zaharat tip 2 și ar trebui utilizată în mod curent. Bupropionul nu este recomandat pacienților tratați cu insulină sau agenți hipoglicemianți din cauza riscului de convulsii.

Este recomandată monitorizarea atentă a glicemiei la inițierea tratamentului și ajustarea terapiei anti-diabetice atunci când este necesar.

Principalele recomandări privind tratamentul dependenței nicotice la diabetic, precum și nivelul de evidență se pot observa în tabelul de mai jos. [92, 93]

Recomandare	Nivelul de dovezi/evidență
Consumul activ de tutun și expunerea la fumatul pasiv sunt asociate cu un risc crescut de a dezvolta diabet zaharat de tip 2 și ar trebui considerate factori de risc modificabili majori	A
Medicii ar trebui să comunice clar tuturor pacienților care fumează legătura puternică dintre fumat și expunerea la fumatul pasiv și riscul de a dezvolta diabet zaharat de tip 2	A
Medicii ar trebui să asigure evaluarea consumului de tutun la pacienții diabetici, iar renunțarea la fumat ar trebui să fie o prioritate clinică	A
Intervențiile pentru renunțarea la fumat ar trebui inițiate ca o componentă esențială a planului de tratament al diabetului zaharat al unui pacient fumător	A
Cele 5 strategii „A” reprezintă o metodă eficientă de abordare a renunțării la fumat în contexte clinice și sunt adecvate pentru utilizarea la pacienții diabetici	B
Intervențiile de renunțare la fumat implementate în asistența medicală primară sau/și secundară de către diferiți membri ai echipei medicale pot avea un efect benefic	B

Nu există dovezi care să restricționeze utilizarea medicamentelor de primă linie pentru renunțarea la fumat în rândul pacienților diabetici	C
Bupropiona nu este recomandată pentru utilizare la pacienții diabetici care utilizează agenți hipoglicemianți sau insulină	C
Medicii ar trebui să monitorizeze îndeaproape glicemia și să ajusteze medicamentele anti-diabetice după renunțarea la fumat având în vedere riscul de deteriorare a controlului glicemic în primii 2-3 ani după renunțare la fumat	B
Se recomandă o monitorizare mai atentă a nivelului de zahăr din sânge la prima utilizare a medicamentelor pentru renunțarea la fumat și poate fi necesară ajustarea medicației	B

Renunțarea la fumat la pacientul psihiatric

Fumatul la pacientul psihiatric

Pacientul psihiatric poate reprezenta o categorie specială din multe puncte de vedere. Pe de-o parte, prevalența fumatului este de până la 3 ori mai mare în rândul pacienților cu boli psihiatrice (cu o prevalență maximă în cazul pacienților cu schizofrenie, de până la 70-90% [94] . Mai mult, cuantumul tabagic este semnificativ mai mare la această categorie de pacienți, până la 30% din venitul unui schizofren putând merge spre fumat. Acest fapt are în spate multiple mecanisme, pornind de la o posibilă preconditionare genetică și până la rolul pe care țigara îl are pentru fiecare pacient în parte. Astfel, se descrie un rol de "automedicație" pe care țigareta îl are la acești pacienți, teorie ce a dus pentru multă vreme la o toleranță a fumatului în unitățile psihiatrice, sau chiar la încurajarea lui. Toleranța scăzută la frustrare face ca fumatul unei țigaretă să devină mecanism de coping la pacientul psihiatric, o posibilă cale prin care el reușește să fugă, preț de câteva fumuri, de anxietate, de singurătate. Mai mult decât atât, uneori pacienții fumează pentru a încerca să își îndepărteze simptomele psihiatrice (de exemplu în schizofrenie), sau pentru a-și crește concentrarea sau vigilența, scăzute fie din cauza bolii de fond, fie a medicației psihiatrice, pentru ameliorarea dispoziției (prin calea recompensei mezolimbice), iar uneori doar pentru a se putea apropia de alte persoane [95].

Mai mult decât atât, fumatul interacționează cu medicația psihiatrică. Metabolizarea nicotinei este mediată primar prin citocromul P450 (CYP1A1), cale de metabolizare comună pentru multe dintre medicamentele psihiatrice (diazepam, haloperidol, olanzapină, clozapină, mirtazapină), astfel că fumatul de țigarete duce la accelerarea metabolizării acestora, și consecutiv la scăderea valorii plasmatică a medicației. În cazul unui cuantum tabagic mare, doza necesară de olanzapină poate fi cu

50-100% mai mare decât la un pacient nefumător [96]. Astfel, uneori pacientul psihiatric folosește fumatul tocmai pentru a scăpa de sub controlul medicației psihiatrice.

Particularități ale renunțării la fumat la pacientul psihiatric

Pornind de la toate mecanismele enumerate mai sus, peste care s-a adăugat toleranța îndelungată a fumatului la această categorie de pacienți, este ușor de înțeles de ce șansa de reușită a renunțării la fumat este cu 25% mai mică la pacientul psihiatric [97].

Fenomenele de sevraj tind să fie mai severe la pacientul psihiatric, iar motivația acestuia este foarte mică, adesea ducând la reluarea fumatului. De asemenea, interzicerea fumatului în spitalele de profil se asociază cu iritabilitate extremă, agravarea anxietății, scăderea aderenței la medicația psihiatrică, iar lucrurile trebuie făcute cu prudență. Cu toate acestea, pacientul psihiatric are o speranță de viață cu 20-25 de ani mai mică decât cel fără patologie psihiatrică, iar parte din acest lucru se datorează și fumatului și comorbidităților induse de acesta, astfel că recomandarea de a renunța la fumat rămâne în picioare în orice moment. Procesul de renunțare ar trebui condus cu grijă, iar sprijinul farmacologic (atât TSN, cât și bupropiona și vareniclina) este la fel de eficient ca în cazul pacienților fără patologie psihiatrică, și cu rată similară de reacții adverse [95]. Datele de literatură nu sunt suficiente în acest sens. A existat o îngrijorare în ceea ce privește exacerbarea simptomelor psihotice sub tratament cu vareniclină, precum și studii limitate ce descriu eficiența și reacții adverse similare populației generale. De asemenea, a existat îngrijorare privind riscul de suicid asociat bupropionului, totuși metaanalizele nu au dovedit o creștere reală a acestui risc [67].

TCC trebuie particularizat la fiecare caz în parte. Dacă la pacientul schizofren nu aduce aceleași beneficii ca la pacientul non-psihiatric, se pare că pacientul cu depresie beneficiază realmente de pe urma intervențiilor psiho-sociale intensive, ca parte a unei terapii duale, a depresiei și a renunțării la fumat.

Este de menționat faptul că renunțarea la fumat poate crește brusc concentrația plasmatică a medicației psihiatrice (în mod deosebit valabil pentru olanzapină și clozapină, prin mecanismele descrise mai sus), astfel încât pacienții trebuie să fie monitorizați îndeaproape și dozele ajustate.

Cu toate că procesul pare complicat și uneori sortit eșecului (în special în cazul pacienților schizofreni, cărora motivația le lipsește de cele mai multe ori), renunțarea la fumat poate aduce beneficii substanțiale, legate nu doar de comorbidități, ci și de patologia psihiatrică însăși. Astfel, nivelurile de anxietate, depresie, tulburările de dispoziție și stresul la pacienții foști fumători, având un

efect sinergic utilizării antidepresivelor, asociat cu o dispoziție în general mai bună și cu o calitate a vieții crescută.

Concluzie

Recomandările internaționale arată clar că intervențiile pentru renunțarea la fumat ar trebui integrate în orice consult medical, indiferent de motivul prezentării. Studiile arată că și sfaturile minimale, sau intervențiile foarte scurte, oferite consecvent, cresc semnificativ șansele ca pacientul să abandoneze fumatul. Evaluarea dependenței nicotinică este o atitudine simplă și extrem de utilă, dat fiind faptul că orientează ulterior decizia de a susține tentativa de sevraj prin terapie psiho-comportamentală sau metode farmacologice.

Terapia farmacologică crește șansa de renunța la fumat, este sigură și ar trebui oferită pacientului de câte ori se consideră necesar, personalizat.

Noile dispozitive oferă mirajul unui fumat "mai sigur", în condițiile în care timpul relativ scurt de la apariția acestora (comparativ cu țigareta clasică) nu au permis evaluarea reală a efectelor nocive pe termen lung. Ele nu sunt inofensive, având o patologie proprie în spate, fiind extrem de atractive, în special pentru tineri, și ~~fiind~~ un început periculos pentru consumul altor produse (nicotinică sau nu). Prezentul ghid cataloghează noile dispozitive, ajută la încadrarea dependenței dezvoltate prin acestea și oferă indicații de sevraj particularizate.

Bibliografie

1. U.S. Department of Health and Human Services. A Report of the Surgeon General. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. Atlanta: U.S. 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
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. 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, 2014
3. Centers for Disease Control and Prevention. Secondhand Smoke (SHS) Facts [last updated 2021 Jan 5; accessed 2022 Feb 7].

4. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Smokeless Tobacco and Some Tobacco-Specific N-Nitrosamines
5. Kondo T, Nakano Y, Adachi S, Murohara T. Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease. *Circ J*. 2019 Sep 25;83(10):1980-1985. doi: 10.1253/circj.CJ-19-0323. Epub 2019 Aug 29. PMID: 31462607., <https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-cardiovascular-disease.html>
6. Tassew Z, Chandravanshi BS. Levels of nicotine in Ethiopian tobacco leaves. *Springerplus*. 2015 Oct 29;4:649. doi: 10.1186/s40064-015-1448-y. PMID: 26543783; PMCID: PMC4628019.
7. Lugg ST, Scott A, Parekh D, Naidu B, Thickett DR. Cigarette smoke exposure and alveolar macrophages: mechanisms for lung disease. *Thorax*. 2022 Jan;77(1):94-101. doi: 10.1136/thoraxjnl-2020-216296. Epub 2021 May 13. PMID: 33986144; PMCID: PMC8685655.
8. Smoking and tobacco use. Fast facts and fact sheets 2021. In: Centers for Disease Control and Prevention [website]. Atlanta (GE): Centers for Disease Control and Prevention; 2023, <https://www.cdc.gov/tobacco/php/data-statistics/smoking-cessation/index.html>
9. Global Burden of Disease 2023. VizHub - IHME; 2025.
10. Tituana NY, Clavijo CG, Espinoza EF, Tituana VA. E-cigarette use-associated lung injury (EVALI). *Pneumologie*. 2024 Jan;78(1):58-69. doi: 10.1055/a-2161-0105. Epub 2023 Oct 19. PMID: 37857323; PMCID: PMC10791482.
11. WHO. Global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2030. Geneva; 2024.
12. Juan Manuel Falomir-Pichastor, Jérôme Blondé, Olivier Desrichard, Max Felder, Gisana Riedo, Laura Folly, Tobacco dependence and smoking cessation: The mediating role of smoker and ex-smoker self-concepts, *Addictive Behaviors*, Volume 102,2020, 106200, ISSN 0306-4603,<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106200>.
13. L. Chassin et al. What is addiction? Age-related differences in the meaning of addiction, *Drug & Alcohol Dependence* (2007)
14. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
15. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
16. <https://ensp.network/wp-content/uploads/2025/05/2025-Guidelines-For-Treating-Tobacco-Nicotine-Dependence-English-v2.pdf>
17. US Preventive Services Task Force; Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, Donahue K, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kubik M, Ogedegbe G, Pbert L, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW, Wong JB. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021 Jan 19;325(3):265-279. doi: 10.1001/jama.2020.25019. PMID: 33464343.
18. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159–182.

19. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2013;128(2):15-19.
20. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-1756.
21. Hospital Anxiety and Depression Scale. <http://www.gl-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-0>
22. The Beck Depression Inventory – II. [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\)/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\).aspx](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II(BDI-II)/BeckDepressionInventory-II(BDI-II).aspx)
23. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988 Dec;56(6):893-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893. PMID: 3204199.
24. M Hamilton. The Assessment of Anxiety States by Rating. 32 *Br J Med Psychol* 50-55. 1959.
25. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:742–7.
26. Cornelia Adeola, Radislav Cosulean, Jana Mihai, Strategii și instrumente în evaluarea psihologică: Ghid practic pentru psihologi, Chișinău, 2024, ISBN 978-5-36241-248-7.p209.
27. Spielberger, C. D. (1983). State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI-AD) [Database record]. APA Psyc-Tests.<https://doi.org/10.1037/t06496-000>
28. Jackson SE, et al. Impact of ban on disposable vapes. *Public Health.* 2024;227:291-298.
29. Carlos Rábade-Castedo, et all, Consensus Document SEPAR–AAMR–ALAT–ASONEUMOCITO–SMNCT on Assessment and Treatment for Consumers of New Tobacco and Nicotine Products, *Archivos de Bronconeumología*, 2025, ISSN 0300-2896, <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2025.07.018>.
30. Rábade-Castedo C, Jiménez Ruiz CA, de Granda-Orive JI. SEPAR Guidelines for Pharmacological Treatment of Tobacco Dependence 2023: New Contributions in Daily Clinical Practice. *Open Respir Arch.* 2023 Nov 8;6(1):100285. doi: 10.1016/j.opresp.2023.100285. PMID: 38187888; PMCID: PMC10770605.
31. Rudy AK, Leventhal AM, Goldenson NI, Eissenberg T. Assessing electronic cigarette effects and regulatory impact: Challenges with user self-reported device power. *Drug Alcohol Depend.* 2017 Oct 1;179:337-340. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.07.031. Epub 2017 Aug 18. PMID: 28843084; PMCID: PMC5599371.
32. Benowitz NL, Bernert JT, Caraballo RS, Holiday DB, Wang J. Optimal serum cotinine levels for distinguishing cigarette smokers and nonsmokers within different racial/ethnic groups in the United States between 1999 and 2004. *Am J Epidemiol.* 2009 Jan 15;169(2):236-48. doi: 10.1093/aje/kwn301. Epub 2008 Nov 19. PMID: 19019851.
33. Hammond D, et al. Indicators of dependence and efforts to quit vaping. *Tob Control.* 2022;31(e1).
34. Jackson SE, et al. Motivation to stop smoking and exposure to e-cigarettes. *BMC Med.* 2018;16(1):206.
35. T.A. Furukawa, *Journal of Psychosomatic Research* 68 (2010) 581–589
36. Chavez J, Smit T, Olofsson H, Mayorga NA, Garey L, Zvolensky MJ. Substance Use among Exclusive Electronic Cigarette Users and Dual Combustible Cigarette Users: Extending Work to Adult Users. *Subst Use Misuse.* 2021;56(6):888-896. doi: 10.1080/10826084.2021.1899234. Epub 2021 Mar 16. PMID: 33726615; PMCID: PMC10032028.

37. Matthew Browne, Daniel G. Todd, Then and now: Consumption and dependence in e-cigarette users who formerly smoked cigarettes, *Addictive Behaviors*, Volume 76, 2018, Pages 113-121, ISSN 0306-4603, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.07.034>.
38. Pascale Salameh, Mirna Waked, Zeina Aoun, Waterpipe Smoking: Construction and validation of the Lebanon Waterpipe Dependence Scale (LWDS-11), *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 10, Issue 1, January 2008, Pages 149–158, <https://doi.org/10.1080/14622200701767753>
39. Piasecki T.M., Relapse to smoking, *Clinical Psychology Review*, 2006;26:196-215.
40. Marrone GF, Shakleya DM, Scheidweiler KB, Singleton EG, Huestis MA, Heishman SJ. Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. *Addiction*. 2011;106(7):1325-34.
41. Montuschi P1, Kharitonov SA, Barnes PJ. Exhaled carbon monoxide and nitric oxide in COPD. *Chest*. 2001;120(2):496-501.
42. Webb J, Lin YT, Ang A, Michero D, Majeed A, Eisingerich A, et al. Feasibility and preliminary outcomes of a mobile intervention combining cognitive behavioral therapy, virtual coaching, and nicotine replacement therapy for nicotine vaping cessation. *Telemed Rep* 2023;4(1):48–52, <http://dx.doi.org/10.1089/tmr.2023.0009>.
43. Jackson SE, et al. Dependence on nicotine in US high school students. *Addiction*. 2021;116(7):1859-1870.
44. Steglich C, et al. Dynamic networks and behavior. *Sociol Methodol*. 2010;40(1):329-393.
45. Jackson SE, et al. Associations of Close Social Connections With Smoking and Vaping. *Nicotine Tob Res*. 2025;27(3):447-456.
46. Webb J, Lin YT, Ang A, Michero D, Majeed A, Eisingerich A, et al. Feasibility and preliminary outcomes of a mobile intervention combining cognitive behavioral therapy, virtual coaching, and nicotine replacement therapy for nicotine vaping cessation. *Telemed Rep* 2023;4(1):48–52, <http://dx.doi.org/10.1089/tmr.2023.0009>.
47. Jackson SE, et al. Associations of Close Social Connections With Smoking and Vaping. *Nicotine Tob Res*. 2025;27(3):447-456.
48. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
49. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329. pub2.
50. L, Rothman M, et al. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation, *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:883-9.
51. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo E-L, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia, *Tob Control*. 1995;4:231–5.
52. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. *Prev Med*. 1995; 24(1):41–7.

53. Bohadana A., Nilsson F., Rasmussen T., Martinet Y., Nicotine Inhaler and Nicotine Patch as a Combination Therapy for Smoking Cessation, Arch Intern Med. 2000;160:3128-3134.
54. Stead LF, Perera R, C, Mant D, Jamie Hartmann-Boyce, J Cahill K, Tim Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2012, Issue 4. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
55. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. JAMA, 2006;296(1):64–71.
56. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. Varenicline in the routine treatment of Tobacco dependence: a pre – post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness, Addiction, 2008;103:146–54.
57. Williams KE, Reeves KR, Billing CB Jr, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of Varenicline for smoking cessation, Curr Med Res Opin. 2007;23(4):793–801.
58. Hitomi Tsukahara, RN; Keita Noda, MD; Keijiro Saku, MD* A Randomized Controlled Open Comparative Trial of Varenicline vs Nicotine Patch in Adult Smokers– Efficacy, Safety and Withdrawal Symptoms (The VN- SE-ESAW Study) Circulation Journal, 2010;74:771-8.
59. Zawertailo, Laurie, **Safety of smoking cessation drugs for mentally ill patients**, The Lancet, Volume 387, Issue 10037, 2481 – 2482
60. Glantz SA, Nguyen N, Oliveira da Silva AL. Population-based disease odds for e-cigarettes and dual use versus cigarettes. NEJM Evid 2024;3(3). EVI-Doa2300229. <https://doi.org/10.1056/EVIDo2300229>
61. Caponnetto P, Campagna D, Ahluwalia JS, Russell C, Maglia M, RIELA PM, et al. Varenicline and counseling for vaping cessation: a double-blind, randomized, parallel-group, placebo-controlled trial. BMC Med 2023;21(1):220, <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-023-02919-2>.
62. Evins AE, Cather C, Reeder HT, Evohr B, Potter K, Pachas GN, et al. Varenicline for youth nicotine vaping cessation: a randomized clinical trial. JAMA 2025;23:e253810, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2025.3810>.
63. Dogar O, Zahid R, Mansoor S, Kanaan M, Ahluwalia J, Jawad M, et al. Varenicline versus placebo for waterpipe smoking cessation: a double-blind randomized controlled trial. Addiction 2018;113:2290–9, <http://dx.doi.org/10.1111/add.14430>.
64. Roddy, E. Bupropion and other nonnicotine pharmacotherapies, BMJ, 2004;328: 509-511.
65. Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained release Bupropion in the management of smoking cessation. Drugs 2002; 62:Suppl.2:45–52.
66. Patel AR, Panchal JR, Desai CK. Efficacy of varenicline versus bupropion for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Indian J Psychiatry. 2023 May;65(5):526-533. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_218_22. Epub 2023 May 15. PMID: 37397838; PMCID: PMC10309263.
67. Donna S. Wightman, Alok Krishen, Nathalie E. Richardet al, Meta-Analysis of Suicidality in Placebo-Controlled Clinical Trials of Adults Taking Bupropion. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2010;12(5):e1-e8
68. Ofori S, Lu C, Olasupo OO, Dennis BB, Fairbairn N, Devereaux PJ, Mbuagbaw L. Cytisine for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2023 Oct 1;251:110936. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2023.110936. Epub 2023 Aug 25. PMID: 37678096.

69. Puljević C, Stjepanović D, Meciar I, Kang H, Chan G, Morphet K, Bendotti H, Kunwar G, Gartner C. Systematic review and meta-analyses of cytosine to support tobacco cessation. *Addiction*. 2024 Oct;119(10):1713-1725. doi: 10.1111/add.16592. Epub 2024 Jul 4. PMID: 38965792.
70. ALI, FARISHTA et al ,The role of cytosine in smoking cessation: a systematic review and meta-analysis, *CHEST*, Volume 168, Issue 4, A7112
71. Frank T. Leone, Yuqing Zhang, Sarah Evers-Casey et al, Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 2020; 202(2):e5–e31. <https://doi.org/10.1164/rccm.202005-1982ST>
72. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>
73. Dogar O, Zahid R, Mansoor S, Kanaan M, Ahluwalia J, Jawad M, et al. Varenicline versus placebo for waterpipe smoking cessation: a double-blind randomized controlled trial. *Addiction* 2018;113:2290–9, <http://dx.doi.org/10.1111/add.14430>.
74. Incognito GG, Grassi L, Palumbo M. Use of cigarettes and heated tobacco products during pregnancy and maternal-fetal outcomes: a retrospective, monocentric study. *Arch Gynecol Obstet*. 2024 May;309(5):1981-1989. doi: 10.1007/s00404-023-07101-w. Epub 2023 Jun 21. PMID: 37341854; PMCID: PMC11018649.
75. Yuan S, Liu J, Larsson SC. Smoking, alcohol and coffee consumption and pregnancy loss: a Mendelian randomization investigation. *Fertil Steril*. 2021;116(4):1061–1067. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.05.103.
76. Fantuzzi G, Aggazzotti G, Righi E, Facchinetti F, Bertucci E, Kanitz S, et al. Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Italy. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007;21(3):194–200. doi: 10.1111/j.1365-3016.2007.00815.x.
77. Archie SR, Sifat AE, Zhang Y, Villalba H, Sharma S, Nozohouri S, Abbruscato TJ. Maternal e-cigarette use can disrupt postnatal blood-brain barrier (BBB) integrity and deteriorates motor, learning and memory function: influence of sex and age. *Fluids Barriers CNS*. 2023 Mar 10;20(1):17. doi: 10.1186/s12987-023-00416-5. PMID: 36899432; PMCID: PMC9999561.
78. Lin SY, Wang L, Zhou W, Kitsantas P, Wen X, Xue H. E-cigarette use during pregnancy and its association with adverse birth outcomes in the US. *Prev Med*. 2023 Jan;166:107375. doi: 10.1016/j.ypmed.2022.107375. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36481272; PMCID: PMC9888444.
79. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, Rovina N, Vivilaki V, Gratziou C, Katsaounou PA. Smoking cessation in pregnancy: An update for maternity care practitioners. *Tob Induc Dis*. 2019 Aug 2;17:57. doi: 10.18332/tid/109906. PMID: 31582946; PMCID: PMC6770622.
80. https://www.aap.org/en/patient-care/tobacco-control-and-prevention/youth-tobacco-cessation/nicotine-replacement-therapy-and-adolescent-patients/?srsltid=AfmBOoq7aFM40Od5HUARZWUqp6nxs-gZMJbhIAAJkfG22v_LcHUY0DR
81. Beis Ioannis , Dimou Anastasios , Kotoulas Serafeim-Chrysovalantis , Pataka Athanasia, Nicotine replacement therapy as a smoking cessation tool for adolescents: an update, *Frontiers in Psychiatry*, 16, 2025, DOI=10.3389/fpsy.2025.1525510
82. Susan Towns, Joseph R. DiFranza, Geshani Jayasuriya, Tracey Marshall, Smita Shah, Smoking Cessation in Adolescents: targeted approaches that work, *Paediatric Respiratory Reviews*, Volume 22, 2017, Pages 11-22, ISSN 1526-0542, <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2015.06.001>.

83. Mertens AEJ, Kunst AE, Lorant V, Alves J, Rimpelä A, Clancy L, Kuipers MAG. Smoking cessation among adolescents in Europe: The role of school policy and programmes. *Drug Alcohol Depend.* 2021 Oct 1;227:108945. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108945. Epub 2021 Jul 28. PMID: 34333281.
84. Kim EG, Park SK, Lee YM, Hyun MY, Narapareddy LR. Factors associated with maintenance of smoking cessation in adolescents after implementation of tobacco pricing policy in South Korea: Evidence from the 11th Youth Health Behavior Survey. *Res Nurs Health.* 2020 Jan;43(1):40-47. doi: 10.1002/nur.21996. Epub 2019 Dec 1. PMID: 31788826.
85. Begh R, Conde M, Fanshawe TR, Kneale D, Shahab L, Zhu S, Pesko M, Livingstone-Banks J, Lindson N, Rigotti NA, Tudor K, Kale D, Jackson SE, Rees K, Hartmann-Boyce J. Electronic cigarettes and subsequent cigarette smoking in young people: A systematic review. *Addiction.* 2025 Jun;120(6):1090-1111. doi: 10.1111/add.16773. Epub 2025 Jan 30. PMID: 39888213; PMCID: PMC12046492.
86. Tashkin D., Rennard S., Hays T., Ma W., Lee C.T., Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Chest Meeting*, October 1, 2009.
87. Wang Z, Qiu Y, Ji X, Dong L. Effects of smoking cessation on individuals with COPD: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health.* 2024 Dec 11;12:1433269. doi: 10.3389/fpubh.2024.1433269. PMID: 39722704; PMCID: PMC11668769.
88. Lu W, Aarsand R, Schotte K, Han J, Lebedeva E, Tsoy E, Maglakelidze N, Soriano JB, Bill W, Halpin DMG, Rivera MP, Fong KM, Kathuria H, Yorgancıoğlu A, Gappa M, Lam DC, Rylance S, Sohal SS. Tobacco and COPD: presenting the World Health Organization (WHO) Tobacco Knowledge Summary. *Respir Res.* 2024 Sep 11;25(1):338. doi: 10.1186/s12931-024-02961-5. PMID: 39261873; PMCID: PMC11391604.
89. Rouland A, Thuillier P, Al-Salameh A, Benzerouk F, Bahougne T, Tramunt B, Berlin I, Clair C, Thomas D, Le Faou AL, Vergès B, Durlach V. Smoking and diabetes. *Ann Endocrinol (Paris).* 2024 Dec;85(6):614-622. doi: 10.1016/j.ando.2024.08.001. Epub 2024 Aug 30. PMID: 39218351.
90. Maddatu J, Anderson-Baucum E, Evans-Molina C. Smoking and the risk of type 2 diabetes. *Transl Res.* 2017 Jun;184:101-107. doi: 10.1016/j.trsl.2017.02.004. Epub 2017 Mar 6. PMID: 28336465; PMCID: PMC5429867.
91. Russo C, Walicka M, Caponnetto P, Cibella F, Maglia M, Alamo A, Campagna D, Frittitta L, Di Mauro M, Caci G, Krysinski A, Franek E, Polosa R. Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2022 Jun 1;5(6):e2217709. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.17709. PMID: 35727580; PMCID: PMC9214580.
92. Malinová J, Urbanová J, Vejtasová V, Romanová A, Pálová S, Naeem ST, Brož J. Zanechání kouření a riziko diabetes mellitus 2. typu [Smoking cessation and risk of type 2 diabetes]. *Vnitr Lek.* 2022 Winter;68(E-1):4-8. Czech. PMID: 35459399.
93. Brath H, Kaser S, Tatschl C, Fischer-See S, Fasching P. Rauchen, erhitzte Tabakprodukte, Alkohol und Diabetes mellitus (Update 2023) [Smoking, heated tobacco products, alcohol and diabetes mellitus (update 2023)]. *Wien Klin Wochenschr.* 2023 Jan;135(Suppl 1):84-90. German. doi: 10.1007/s00508-023-02161-z. Epub 2023 Apr 20. PMID: 37101028; PMCID: PMC10132922.
94. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA.* 2000 Nov 22-29;284(20):2606-10. doi: 10.1001/jama.284.20.2606. PMID: 11086367.

95. Henri-Jean Aubin, Hans Rollema, Torgny H. Svensson, Georg Winterer. Smoking, quitting, and psychiatric disease: A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 36, Issue 1, 2012, 271-284, <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.06.007>
96. Tzu-Hua Wu, Chih-Chiang Chiu, Winston W. Shen et al. Pharmacokinetics of olanzapine in Chinese male schizophrenic patients with various smoking behaviors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Volume 32, Issue 8, 2008:1889-1893. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.08.022>.
97. Smith PH, Mazure CM, McKee SA. Smoking and mental illness in the U.S. population. *Tob Control*. 2014 Nov;23(e2):e147-53. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051466. Epub 2014 Apr 12. PMID: 24727731; PMCID: PMC420165
98. Soule E, Bansal-Travers M, Grana R, McIntosh S, Price S, Unger JB, Walton K. Electronic cigarette use intensity measurement challenges and regulatory implications. *Tob Control*. 2023 Jan;32(1):124-129. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2021-056483. Epub 2021 May 31. PMID: 34059553; PMCID: PMC8630087.
99. Kundu A, Sachdeva K, Feore A, Sanchez S, Sutton M, Seth S, Schwartz R, Chaiton M. Evidence update on the cancer risk of vaping e-cigarettes: A systematic review. *Tob Induc Dis*. 2025 Jan 28;23. doi: 10.18332/tid/192934. PMID: 39877383; PMCID: PMC11773639.
100. Gómez Cerezo JF, López Paz JE, Fernández Pardo J. Update on new forms of tobacco use. *Clin Investig Arterioscler*. 2022 Nov-Dec;34(6):330-338. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arteri.2022.03.004. Epub 2022 May 21. PMID: 35606216.
101. Lau YK, Okawa S, Meza R, Katanoda K, Tabuchi T. Nicotine dependence of cigarette and heated tobacco users in Japan, 2019: a cross-sectional analysis of the JASTIS Study. *Tob Control*. 2022 Aug;31(e1):e50-e56. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-056237. Epub 2021 Mar 19. PMID: 33741741; PMCID: PMC9340029.



Anexa 1. Evaluarea inițială a motivației pacientului fumător

Pasul	Acțiune	Obiectiv
1. ASK (Întreabă)	Identifică utilizatorii de tutun.	Află dacă pacienta fumează (C sau HTP).
2. ADVISE (Sfătuiește)	Mesaj ferm, clar și personalizat.	Explică riscurile pentru sarcină/sănătate.
3. ASSESS (Evaluează)	Verifică disponibilitatea de a renunța.	Vrea să se lase în următoarele 30 de zile?
4. ASSIST (Asistă)	Oferă un plan de acțiune.	Consiliere, strategii de evitare, suport.
5. ARRANGE (Programează)	Monitorizează evoluția.	Fixează o vizită de control pentru a vedea progresul.



Pasul	Denumire	Ce trebuie să facă medicul/consilierul
1. Relevance	Relevanța	Îndeamnă pacientul să găsească un motiv personal (ex: propriul risc de boală, sănătatea copilului, costul).
2. Risks	Riscurile	Cere-i pacientului să identifice riscurile fumatului (ex: agravarea bolilor preexistente, risc de evenimente ulterioare – AVC, IMA, riscuri pe parcursul sarcinii - naștere prematură, greutate mică a fătului, expunerea celorlalți membri ai familiei la fumat).
3. Rewards	Beneficiile	Cere-i să enumere avantajele renunțării (ex: respirație mai bună, economii, un bebeluș mai sănătos).
4. Roadblocks	Obstacolele	Identifică ce o împiedică să se lase (ex: stres, fumatul partenerului, teama de îngrășare).
5. Repetition	Repetiția	Intervenția se repetă la fiecare vizită. Majoritatea pacienților au nevoie de mai multe încercări.

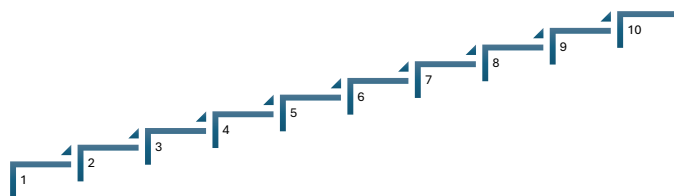
Anexa 2: Scorul Fagerstrom de renunțare la fumat

La cât timp după trezire fumezi prima țigară?	• în primele 5 minute • 6-30 minute • 31-60 minute • mai mult de 60 minute	3 2 1 0
Ți se pare dificil să nu fumezi în spațiile publice?	• DA • NU	1 0
La care țigară ți-ar fi cel mai dificil să renunți?	• Prima de dimineață • Oricare alta	1 0
Câte țigări fumezi pe zi?	• 10 sau mai puțin • 11-20 • 21-30 • mai mult de 31	0 1 2 3

Fumezi mai mult în primele ore după ce te trezești decât în restul zilei?	• DA • NU	1 0
Fumezi chiar și când ești atât de bolnav încât nu te poți ridica din pat?	• DA • NU	1 0

- scor 0 – 3: lipsa dependenței sau dependență ușoară
- scor 4 – 6: dependență medie
- scor 7 – 10: dependență severă

Anexa 3: Scală vizuală motivațională de renunțare la fumat



Interpretare:

1-3: lipsă a interesului (nu sunt interesat de renunțarea la fumat),

4-6: intermediar (ar trebui să renunț la fumat, dar nu chiar acum),

7-8: ridicat (vreau să renunț la fumat, o voi face curând)

9-10: foarte ridicat: sunt pregătit să fac o schimbare acum.



Anexa 4: Scara HADS

Itemul	Deloc =0	Sporadic = 1	Deseori =2	Întotdeauna =3
1. Mă simt tensionat(ă) și iritat(ă).				
2. Încă mă bucur de lucrurile care îmi făceau plăcere.				
3. Mă simt anxios/anxioasă, ca și când o să se întâmple ceva rău.				
4. Pot să râd și să văd partea frumoasă a lucrurilor.				
5. Sunt mereu îngrijorat(ă).				
6. Mă simt bucuros/bucuroasă.				
7. Pot să stau calm(ă) și să mă simt relaxat(ă).				



8. Mă simt ca și cum aș fi inhibat(ă).				
9. Am palpitații sau senzații de „fluturări” în stomac sau piept.				
10. Mi-am pierdut interesul față de felul în care arăt.				
11. Sunt neliniștit(ă) și nu pot sta locului.				
12. Aștept lucruri plăcute.				
13. Brusc am emoții de panică.				
14. Mă bucur de o carte bună sau de un program TV.				

Interpretarea scorurilor HADS este adesea realizată astfel:

- Scor între 0 și 7: Absența sau prezența minimă a simptomelor de anxietate și depresie.
- Scor între 8 și 10: Posibil caz limită, care poate sugera o ușoară prezență a simptomelor.
- Scor peste 11: Semnalează prezența semnificativă a simptomelor de anxietate și depresie, indicând necesitatea investigațiilor și gestionării suplimentare.

Anexa 5: Chestionarul Penn State (PS-ECDI) - Indicele de Dependență de Țigară Electronică Penn State (PSECDI) pentru evaluarea dependenței de țigara electronică.

1. De câte ori pe zi folosești de obicei țigara electronică? (presupunem că o folosire constă în aproximativ 15 pufuri sau durează aproximativ 10 minute)
 - a. 0-4 ori/zi = 0
 - b. 5-9 = 1
 - c. 10-14 = 2
 - d. 15-19 = 3
 - e. 20-29 = 4
 - f. 30 sau mai mult = 5
2. În zilele în care poți folosi țigara electronică liber, cât de repede după ce te trezești o folosești pentru prima dată? (în minute)
 - a. 0-5 minute = 5
 - b. 6-15 minute = 4
 - c. 16-30 minute = 3

- d. 31-60 minute = 2
e. 60-120 de minute = 1
f. Mai mult de 120 minute = 0
3. Te trezești uneori noaptea pentru a folosi țigara electronică?)
a. Da = 1
b. Nu = 0
4. Dacă da, în câte nopți pe săptămână te trezești de obicei pentru a face acest lucru?
a. noapte = 0
b. 2-3 nopți = 1
c. 4 sau mai multe nopți = 2
5. Folosești acum o țigară electronică pentru că îți este foarte greu să renunți la tutunul clasic?
a. Da = 1
b. Nu = 0
6. Ai vreodată dorința puternică de a folosi o țigară electronică?
a. Da = 1
b. Nu = 0
7. În ultima săptămână, cât de puternice au fost dorințele de a folosi o țigară electronică?
a. Fără dorințe/Ușoare = 0
b. Moderate/Puternice = 1
c. Foarte puternice/Extrem de puternice = 2
8. Este greu să te abții de la a folosi o țigară electronică în locuri unde nu ar trebui?
a. Da = 1
b. Nu = 0
9. Când nu ai folosit o țigară electronică o perioadă sau când ai încercat să renunți la țigara electronică, te-ai simțit mai iritabil din această cauză?
a. Da = 1
b. Nu = 0
10. Te-ai simțit nervos, neliniștit sau anxios pentru că nu ai putut folosi o țigară electronică?
a. Da = 1
b. Nu = 0

Rezultate

- 0 - 3 = fără dependență

- 4 - 8 = dependență scăzută
- 9 - 12 = dependență medie
- Peste 13 = dependență înaltă

Anexa 6: Scala De Dependență A Țigării Electronice

Această scală este utilizată pentru a evalua comportamentele reflexe și compulsive asociate vapatului.

1. Mă trezesc întinzând mâna după țigara electronică fără să mă gândesc la asta.
2. Las totul baltă ca să ies să cumpăr țigări electronice sau lichid pentru țigări electronice.
3. Vapez mai mult înainte de a ajunge într-o situație în care vapatul nu este permis.
4. Când nu am putut vapa timp de câteva ore, pofta devine intolerabilă.

Scor: 0 – niciodată, 1 - Rar, 2 – Uneori, 3 – Des, 4 - Aproape tot timpul

Interpretare - acordați un punctaj de la 0 la 4 pentru fiecare întrebare. Un scor final mai mare de 3 indică dependență de țigara electronică

Anexa 7: Testul Fagerstrom modificat pentru utilizatorii de țigări electronice (FTND modificat)

Adaptat pentru specificul vapatului, acest test menține structura FTND clasic, dar ajustează întrebările la modul diferit de consum.

1. Cât de repede după ce te trezești, vapezi țigările electronice?
 - a. în decurs de 5 minute = 3 puncte,
 - b. 6 până la 30 de minute = 2 puncte,
 - c. 31 până la 60 de minute = 1 puncte
 - d. După 60 de minute = 0 puncte
2. Ți este greu să te abții de la vapat în locuri unde este interzis, cum ar fi moschei, biserici și biblioteci?
 - a. Da = 1 punct
 - b. Nu = 0 punct
3. La ce moment de vapat ai renunța cel mai greu?

- a. Primul dimineața = 1 punct
 - b. La toate celelalte = 0 puncte
4. De câte ori pe zi Vapezi?
- a. 31 sau mai mult = 3 puncte,
 - b. 21–30 = 2 puncte,
 - c. 11–20 = 1 punct
 - d. 10 sau mai puțin = 0 puncte
5. Vapezi mai des dimineața?
- a. Da = 1 punct
 - b. Nu = 0 puncte
6. Vapați chiar dacă sunteți bolnav în pat cea mai mare parte a zilei?
- a. Da = 1 punct
 - b. Nu = 0 puncte

Scorul total FTND a variat între 0 și 10 puncte.

Pentru consumatorii duali se poate adăuga întrebarea:

7. De câte ori pe zi folosești o țigară electronică și câte țigări convenționale folosești pe zi?

Anexa 8: Scala Lebanon LWDS-11 – evaluează dependența de narghilea

LWDS 1. De câte ori ai putea să te oprești din narghilea timp de 7 zile?

LWDS 2. Procentul din venit pe care l-ai cheltui pe narghilea?

LWDS 3. Numărul de zile pe care le-ai putea petrece fără narghilea?

LWDS 4. Numărul de narghilele pe care le fumezi de obicei pe săptămână?

LWDS 5. Fumezi narghilea pentru a-ți relaxa nervii.

LWDS 6. Fumezi narghilea pentru a-ți îmbunătăți moralul.

LWDS 7. Fumezi narghilea când ești grav bolnav?

LWDS 8. Fumezi narghilea singur?

LWDS 9. Ești gata să nu mănânci în schimbul unui narghilea?

LWDS 10. Fumezi narghilea de plăcere.

LWDS 11. Fumezi pentru a le face pe plac celorlalți (pentru convivialitate)

Testul evaluează dependența de narghilea într-o singură arie, cea care include dependența psihologică (aspecte pozitive și negative), dependența fiziologică (efectul de nicotinei) și aspectul adictiv (banii de plătit și durata potențială a abstinentei). Întrebările LWDS-11 abordează toate aspectele dependenței de narghilea, inclusiv aspectul social, ceea ce face ca această scală să fie completă în evaluare.

Anexa 9: Algoritm de tratament al dependenței de tutun și sistemele electronice de livrare a nicotinei

