



Introducción

Estas recomendaciones están basadas en la mejor evidencia científica disponible y fueron consensuadas con un panel de expertos, siguiendo una metodología rigurosa y formal de consenso.

El tabaquismo es la **principal causa de muerte prematura evitable en el mundo**. Es responsable de 5 millones de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en 2030, de no mediar acciones para contrarrestar la situación. Se observa un claro desplazamiento de la epidemia hacia los países de menor desarrollo y hacia aquellas naciones con regulaciones débiles para los productos del tabaco.

La situación en **Argentina** es aún alarmante, si bien en 2004 se observó una disminución en el consumo respecto de las encuestas anteriores. Actualmente **fuma el 34% de la población adulta, el 23% de los adolescentes de 12 a 14 años y el 40% de los de 15 a 18 años**, con un claro predominio femenino en edades tempranas.²⁻³ Cada año mueren 40 mil argentinos debido a enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco.⁴ Nuestro país gasta más de 4300 millones de pesos anuales en el tratamiento de patologías dependientes del consumo de tabaco, lo que representa **el 15.5% del gasto total en salud**.

Se observa que, en Argentina, la prevalencia de consumo entre los profesionales de la salud es similar a la descrita en la población general. Esto muestra la falta de conciencia que existe en el equipo de salud sobre la problemática del tabaco. Sólo la mitad de los médicos cree que el consejo antitabáquico es una herramienta útil para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Un tercio de los profesionales ha recibido entrenamiento acerca de cómo brindar este tipo de consejo y el 92% manifestó la necesidad de mejorar su capacitación en tabaquismo.⁷

La situación de Argentina es también preocupante en cuanto al tabaquismo pasivo y a la escasa implementación de ambientes libres de humo. Nuestro país tiene los niveles más elevados en América Latina de exposición al humo de tabaco ajeno. La encuesta de tabaquismo en grandes ciudades (2004) muestra que el 67% de la población está expuesta en los hogares y el 90% en otros ámbitos. Para hacer frente a esta realidad, el Programa Nacional de Control del Tabaco está elaborando un abordaje integral de la problemática del tabaquismo, promoviendo a través de la legislación el aumento de impuestos al tabaco y la restricción máxima de la publicidad, la promoción de ambientes libres de humo de tabaco, las campañas de comunicación social y la promoción del abandono de la adicción mediante del servicio telefónico gratuito para dejar de fumar, los concursos "Abandone y Gane" y un proyecto para la cobertura del tratamiento y la certificación de los servicios de cesación.

Para alcanzar un impacto sanitario significativo de dichas acciones, es imprescindible articularlas con los diferentes niveles gubernamentales, la sociedad civil, científica y académica involucrada en el control del tabaco.

Copia N°:	Representante de la Dirección:		Fecha:
	<u>Revisó</u>		<u>Aprobó</u>
<u>Nombre</u>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend	
<u>Firma</u>			
<u>Fecha</u>	11/04	26/04	

Adicción al Tabaco

La nicotina es un alcaloide líquido natural con propiedades insecticidas, contenido en tallos y hojas de *Nicotina tabacum*, originaria del continente americano y utilizada con fines rituales en muchas culturas de Mesoamérica antes de la colonización europea.

La nicotina actúa en los receptores colinérgicos nicotínicos del cerebro y otros órganos, predominantemente a nivel presináptico, aumentando la liberación de neurotransmisores como acetilcolina, noradrenalina, serotonina y dopamina, siendo esta última aparentemente la más importante en la mediación de los efectos psicoactivos. Produce euforia, mejoría del estado de ánimo (por aumento de liberación de beta-endorfinas), relajación en momentos de estrés, disminución de la angustia y de los síntomas depresivos y mejoría del rendimiento en las actividades cognitivas, lo cual refuerza el uso repetitivo (por liberación de vasopresina). Son numerosos los datos que sugieren la existencia de susceptibilidad genética a la adicción al tabaco.

La mayoría de los fumadores son adictos a la nicotina, por lo cual cerca del 90% de ellos experimenta síntomas de abstinencia al dejar de fumar. Estos síntomas alcanzan su máxima intensidad 24 a 48 h luego de la cesación y van disminuyendo lentamente en un período de 4 semanas. Los síntomas de abstinencia más frecuentes son: deseo imperioso de fumar (*craving*, el cual puede durar varios meses), irritabilidad, inestabilidad emocional, depresión dificultad para concentrarse, insomnio, cansancio, mareos y constipación.

Comorbilidades Asociadas

Comorbilidad Psiquiátrica

Se trata de pacientes con menores tasas de éxito terapéutico. Se citan:

- **Depresión:** de los pacientes que buscan ayuda para dejar de fumar, cerca de un 25% a 40% tienen antecedentes de depresión mayor. Asimismo, entre los fumadores son frecuentes los síntomas de distimia. Un estudio informó que el 33% de los pacientes con trastorno bipolar y el 18% con depresión mayor tienen recaídas de su patología psiquiátrica durante la deshabituación. Los fumadores que padecen depresión grave deben tener un tratamiento psiquiátrico simultáneo con la deshabituación. Aquellos que tienen antecedentes de depresión mayor deben ser vigilados frecuentemente para detectar síntomas que puedan sugerir una recaída y derivarlo para un tratamiento adecuado. En algunos fumadores con historia previa de depresión mayor y de recaída en intentos previos de deshabituación, podría recomendarse el tratamiento antidepresivo.
- **Alcoholismo y drogadicción:** 15% a 20% de los fumadores pesados (> 25 cigarrillos diarios) son además abusadores o dependientes de alcohol. Paralelamente, el 80% de los alcohólicos y drogodependientes son fumadores. Estos pacientes tienen bajas tasas de éxito en la deshabituación tabáquica. En

alcohólicos recuperados, la cesación de tabaquismo no produce recaídas, según las evidencias disponibles actualmente.

Otras Comorbilidades

- **Comorbilidad orgánica:** debe evaluarse en función de la medicación a administrar para la deshabitación de tabaquismo (ver luego contraindicaciones de los fármacos)
- **Crisis o eventos traumáticos:** los pacientes que atraviesan una situación difícil tienen menores tasas de éxitos, pero no deben ser desalentados para dejar de fumar si tienen la firme decisión de hacerlo.
- **Ámbitos del fumador:** los pacientes que conviven con fumadores tienen mayores dificultades para dejar de fumar y deben planearse estrategias para minimizar este inconveniente (establecer áreas libres de humo en la casa, que el conviviente deje de fumar junto con el paciente, etc.)

Recomendaciones

- Se recomienda **interrogar** a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente (*screening*).
- Se recomienda que todos los integrantes del equipo de salud brinden un **breve consejo** para dejar de fumar a todos los fumadores cada vez que estos consulten al sistema de atención de la salud, sea cual sea su condición clínica, edad, sexo y origen étnico, dado que esta simple intervención incrementa las tasas de cesación.
- Se recomienda que los enfermeros brinden un breve consejo para dejar de fumar a todos los fumadores en cada oportunidad de contacto.
- Se recomienda que todo el equipo de salud **evalúe la motivación del fumador** para dejar de fumar, en cada oportunidad de contacto.

Intervenciones

Intervenciones En Los Fumadores Que Aun No Están Listos Para Dejar De Fumar

- Se recomienda que todos los integrantes del equipo de salud, brinden intervenciones motivacionales a los fumadores que aún no están preparados para dejar de fumar, a fin de incrementar su motivación.
- **Las intervenciones realizadas en los fumadores que no están listos para dejar de fumar fortalecen la motivación y la reflexión y facilitan el acercamiento a la decisión de dejar de fumar.**
- El impacto de la motivación será mayor si se jerarquizan las propias razones o motivos del fumador.

- Se proveerá información sobre buenas razones para dejar de fumar y se intentará conectarlas con los síntomas que presenta el paciente (¿Cuáles cree que podrían ser **razones importantes para dejar de fumar?**)
- Se deben resaltar aquellos riesgos que son relevantes para el fumador: se debe informar sobre **el riesgo agudo y en el largo plazo, el riesgo para el medioambiente y para los convivientes** (tabaquismo pasivo, aumento de la incidencia de asma y catarros en los niños, etc.)
- Se debe **desmitificar** el hecho de que fumar pocos cigarrillos o fumar en pipa es inofensivo para la salud.
- Evitar falsos reaseguros (chequeos o radiografía de tórax normales no implican que el fumar haya sido inofensivo)
- Debe vincularse al tabaquismo con otros problemas de salud: ¿Cómo cree que el tabaco afecta su salud? ¿Cuáles cree que podrían ser las consecuencias de fumar? ¿Qué riesgos cree puede implicarle fumar?
- Se **deben jerarquizar las prioridades del paciente** y proveer información sobre los beneficios posibles: como mejorar la salud general y el rendimiento físico, disminuir los riesgos de cáncer e infarto, tener hijos más sanos, arrugarse mucho menos, recuperar los sentidos del gusto y del olfato, ahorrar dinero, mejorar la calidad de vida, etc.
- ¿Cuáles cree que podrían ser los beneficios si dejara de fumar? Se deben ofrecer respuestas y alternativas de solución al temor al fracaso, al exceso de peso, a la pérdida del placer de fumar.
- ¿Hay algo que le impide dejar de fumar? ¿Qué le preocuparía si dejara de fumar? ¿Le genera algún temor dejar de fumar?
- Deben indagarse cómo fueron **los intentos previos**, cuánto tiempo estuvo sin fumar, qué fue útil, por qué volvió a fumar y qué cree haber aprendido de esos episodios anteriores.
- Esto debe realizarse siempre que se pueda, en cada visita. Se conectará, cada vez que se pueda, el síntoma de consulta con el tabaquismo.
- Se **ofrecerá ayuda explícita**, mostrándose interesado en ayudarlo a dejar de fumar y se ofrecerá una entrevista para iniciar un programa de tratamiento, explicando que hay tratamiento y que está a su alcance
- Se recomienda el uso indistinto de sustitutos de nicotina y bupropion. Ambos son similares en eficacia respecto del placebo y no existe evidencia suficiente que indique superioridad de eficacia de uno respecto del otro. La elección de alguno de ellos dependerá de las comorbilidades asociadas, los efectos adversos, la experiencia del profesional, las preferencias del usuario, la disponibilidad y el costo.
 - Se recomienda iniciar el tratamiento con parches de nicotina el día en que el paciente deja de fumar y finalizar el tratamiento a las 8 semanas. Es indistinto realizar descenso progresivo de la dosis o discontinuación abrupta.
 - Se recomienda iniciar el tratamiento con bupropion al menos una semana antes del día que el paciente deja de fumar y finalizar su uso a las 7 a 9

- semanas. Su discontinuación no requiere disminución progresiva de la dosis.
- Se recomienda que la utilización de tratamientos farmacológicos combinados se reserve exclusivamente para circunstancias especiales como alto nivel de dependencia, comorbilidades graves o antecedentes de intentos de cesación frustrados con un solo fármaco.
 - Se recomienda que, para evitar el aumento de peso al dejar de fumar, el equipo de salud:
 1. informe a los fumadores que los riesgos para la salud del aumento de peso son pequeños comparados con los riesgos del tabaquismo,
 2. indique actividad física y alimentación saludable
 3. logre que los fumadores se concentren en dejar de fumar y no en controlar el peso simultáneamente
 4. recomiende bupropion o chicles de nicotina ya que han demostrado retardar el aumento de peso.

Intervenciones en los Fumadores que Están Listos Para Dejar de Fumar

Se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar por parte de cualquier integrante del equipo de salud, particularmente por los profesionales de la salud que trabajan en atención primaria.

Para la realización de intervenciones psicosociales se recomienda utilizar los siguientes componentes terapéuticos de demostrada eficacia:

- Desarrollo de habilidades y resolución de problemas,
- Apoyo profesional
- Apoyo social.
- Se recomienda que todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar tenga la opción de un seguimiento programado a fin de evitar la recaída y manejar problemas residuales de la cesación.
- Se recomienda que, siempre que sea posible, los fumadores participen de intervenciones psicosociales intensivas para dejar de fumar, dado que éstas constituyen la estrategia más efectiva y costo-efectiva para la cesación.
- Se recomienda promover el desarrollo de todos los formatos de intervenciones intensivas psicosociales, ya sea presenciales (individuales, grupales) o telefónicas, dado que todos han demostrado ser efectivos.
- **A mayor tiempo de contacto de intervención psicosocial, mayor tasa de cesación.**
- Se recomienda que las intervenciones intensivas psicosociales incluyan como mínimo 4 encuentros, de al menos 10 minutos cada uno y con una frecuencia mínima de 1 encuentro semanal.
- Una intervención intensiva psicosocial puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud; se recomienda que las intervenciones intensivas psicosociales sean brindadas por 2 o más integrantes del equipo de

salud que provengan de diversas disciplinas, dado que el trabajo interdisciplinario ha demostrado mejorar los resultados obtenidos.

- Se recomienda que todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar tenga la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención, dado que se duplica la chance de éxito del intento.
- Las situaciones de excepción a contemplar son el consumo menor de 10 cigarrillos/día, la presencia de contraindicación médica, el embarazo, la lactancia o la adolescencia.
- Se recomienda que los fumadores motivados para dejar de fumar reciban tratamiento farmacológico acompañado siempre de una intervención psicosocial, al menos breve.
- Se recomienda que para el tratamiento farmacológico de la cesación se utilicen drogas de primera línea: **sustitutos nicotínicos o bupropion**. Se propone que para el tratamiento farmacológico de la cesación se utilicen drogas de segunda línea (clonidina o nortriptilina), sólo cuando no puedan utilizarse o no estén disponibles los fármacos de primera línea. Se recomienda el **uso indistinto de cualquier forma farmacéutica de los sustitutos de nicotina** dado que son similares en eficacia. La elección debe depender de las comorbilidades asociadas, los efectos adversos, la experiencia del profesional, las preferencias del usuario, la disponibilidad y el costo.
- La intervención psicosocial (al menos en un formato breve) es eficaz para la cesación y debe ofrecerse al 100% de los fumadores listos para dejar de fumar. Puede tener diversos grados de intensidad, medida como tiempo de contacto con el fumador. **A mayor intensidad, mayor eficacia del tratamiento.**

→ Intervenciones Breves

Las intervenciones breves son un conjunto de estrategias efectivas para la cesación, que pueden ser brindadas por cualquier profesional de la salud y que demandan poco tiempo de la práctica clínica asistencial. Están basadas en la mejor calidad de evidencia, se encuentran ampliamente difundidas y son recomendadas por numerosas guías de práctica clínica de todo el mundo.

Su duración estimada es de 3 a 5 minutos por consulta. Puede utilizarse con toda la población fumadora independientemente del sexo, edad, raza y nivel de adicción a la nicotina. Las intervenciones breves están constituidas por 5 componentes fundamentales que se enumeran.

1. Conocer el estatus de fumador, registrarlo y actualizarlo en cada consulta.
2. Realizar consejo antitabáquico claro
3. Evaluar el nivel de motivación (o etapa de cambio de la dependencia)
4. Elaborar un programa de tratamiento
 - Fecha de abandono
 - Intervención psicosocial
 - Intervención farmacológica
5. Elaborar un plan de seguimiento

→ Intervenciones Intensivas

Se entiende por intervención intensiva a aquella que implica un contacto personal reiterado y prolongado. La intensidad de la intervención se refiere al componente psicosocial del tratamiento, dado que la inclusión o no de fármacos es independiente de la definición de intensidad de intervención. Se recomienda incluir la farmacoterapia tanto en la intervención intensiva como en la breve.

El marco teórico que se utiliza para brindar intervenciones intensivas es el mismo que el que se utiliza para las intervenciones breves. La diferencia entre ambas está básicamente centrada en el tiempo de contacto y en el nivel de entrenamiento de los profesionales intervinientes. Existe una relación dosis-respuesta entre la intensidad de la intervención psicosocial (medida en tiempo de contacto) y la tasa de éxito, esto es: cuanto más tiempo los profesionales de la salud dedican a una intervención psicosocial, mayor es la tasa de cesación.

Algunos autores consideran intensiva a aquella intervención que implica 4 encuentros, de al menos 10 minutos cada uno, entre el equipo profesional y el fumador. Otros autores, sin embargo, recomiendan 5 encuentros de al menos una hora de duración con un seguimiento posterior a la cesación de un mes.

En nuestro país, las intervenciones intensivas grupales suelen ser más prolongadas (6 encuentros de 1 ó 2 h cada uno aproximadamente). Las variaciones en la intensidad quedan a criterio del equipo interviniente y de las posibilidades locales de implementación.

Una intervención intensiva psicosocial es más efectiva si 2 o más profesionales de diversas disciplinas de la salud trabajan en conjunto. Todos los formatos de intervención psicosocial, ya sean presenciales (grupales o individuales) o brindados por líneas telefónicas, son altamente efectivos para ayudar a dejar de fumar y poseen las tasas más elevadas de cesación y costo-efectividad. Por esto, deben ser promocionados, jerarquizando siempre las preferencias de los usuarios para elegir una u otra opción.

Sin embargo, una fuerte limitación de las intervenciones intensivas presenciales es su bajo alcance poblacional: sólo un 5% de los fumadores deja de fumar con este abordaje terapéutico. Por lo tanto, es crucial que la estrategia global de cesación articule todo el espectro de intervenciones eficaces: consejo, intervención psicosocial breve e intensiva, farmacológica, telefónica, concursos "Abandone y Gane" y otras estrategias de promoción de la cesación. Es clave involucrar al sector de la Atención Primaria.

Una vez realizada la intervención psicosocial, ya sea breve o intensiva, se procede a la evaluación del estatus del paciente y a la posterior instauración del tratamiento

(1) (2) y (3) Evaluación de la Motivación

Modelo de Prochaska y DiClemente.

Etapas de cambio

- **Etapa de pre-contemplación:** los fumadores no conocen o no consideran tener problemas con la adicción y no contemplan la posibilidad cierta de dejar de fumar.
- **Etapa de contemplación:** los fumadores reconocen tener un problema físico o psíquico causado por la adicción, pero se muestran ambivalentes ante la decisión de cambio.
- **Etapa de preparación:** la ambivalencia se va transformando en determinación para cambiar y aparece un plan de dejar de fumar.
- **Etapa de acción:** el fumador puede entrar en acción y modificar su conducta respecto de su adicción.

- **Etapa de mantenimiento:** la persona desarrolla estrategias para mantenerse sin fumar.
- **Etapa de recaída:** el adicto vuelve a fumar, hecho altamente frecuente como parte del proceso de recuperación.

Estas etapas son altamente recomendadas a nivel mundial para evaluar motivación y acción terapéutica.

El primer paso es valorar en cuál de las etapas del ciclo se encuentra cada persona. Esto es muy sencillo y se consigue con sólo 3 preguntas:

¿Fuma usted?

¿Ha fumado alguna vez?

¿Piensa dejarlo en los próximos 6 meses o lo ha intentado durante 24h en el último año? (Sí o no, antes o después de los 6 meses)

¿Piensa dejar de fumar en el mes próximo?

¿Cuándo dejó de fumar?

Es muy difícil que quien no esté listo para dejar de fumar se adhiera a un programa de tratamiento y es posible, que sin motivación, un plan terapéutico sea inefectivo. La tarea del profesional de la salud es, en cada caso, realizar la intervención motivación adecuada para ayudar al fumador a avanzar en su proceso madurativo de recuperación. Las intervenciones adecuadas a cada etapa de cambio están basadas en el modelo transteorético de Prochaska.

No hay suficiente evidencia para concluir que las intervenciones basadas en el modelo de etapas de cambio sean más efectivas que las intervenciones no basadas en dicho modelo. Sin embargo no existen en la actualidad otros modelos de abordaje que ofrezcan alternativas mejores, o más efectivas.

El modelo de etapas de cambio es biológica, psicológica y socialmente racional, su utilización es práctica y es la mejor herramienta que tenemos en la actualidad para la intervención en fumadores. Sin intervención, los fumadores pueden permanecer estáticos en el proceso evolutivo de la adicción. En este grupo deben realizarse preguntas abiertas, que favorezcan la elaboración y reflexión y que fomenten la autonomía de cuidado (es decir ser protagonistas en el cuidado de su salud). Se deben abordar los pros y los contras de dejar de fumar (las ambivalencias, temores, obstáculos y ventajas).

Es siempre recomendable, jerarquizar las prioridades motivacionales de la persona y focalizar en los beneficios del dejar de fumar. Si bien es cierto que brindar información sobre el daño que provoca el cigarrillo puede ser estimulante para algunos fumadores, es más efectivo focalizar en los beneficios que confrontar y argumentar excesivamente sobre el daño que ocasiona el tabaquismo a la salud.

(4) **Elaborar un programa de tratamiento**

Un programa de tratamiento debe incluir ciertos elementos claves:

a) Fecha de abandono: la probabilidad de éxito es 4 veces mayor cuando se deja de fumar en un día determinado y súbitamente, que cuando se baja paulatinamente la cantidad. Poner una fecha para dejar de fumar predice el éxito del intento. Se recomienda que el fumador notifique la fecha a sus familiares y amigos (**DÍA D**). Es importante que la fecha para dejar de fumar no se fije más allá del mes desde el momento en que se inicia el tratamiento, dado que pasado este período disminuye la motivación.

b) Intervención psicosocial: incluye esta categoría una amplia variedad de intervenciones que van desde modalidades de autoayuda hasta líneas telefónicas proactivas, asesoramiento individual y grupal. La bibliografía disponible señala que las estrategias psicosociales, provenientes de diversos marcos teóricos psicológicos (mayoritariamente de la teoría cognitivo-conductual) están destinadas a que el adicto en recuperación, o sea en estadio de acción, conozca las características de su adicción, modifique pautas de su comportamiento frente a ella y elabore estrategias y habilidades para manejar la abstinencia. Estas estrategias le permiten poner en marcha un cambio significativo de estilo de vida, como el que representa dejar de fumar.

Siguiendo el modelo transteorético de Prochaska, las intervenciones que han demostrado ser más exitosas en términos de mayores tasas de abstinencia son:

1) **el desarrollo de habilidades y resolución de problemas**: desarrollar una serie de habilidades que contribuyen a modifican su patrón de conducta en torno al consumo, evitando las típicas situaciones vinculadas a las recaídas. Este marco teórico de

intervención es el que ha sido mayormente estudiado en investigaciones y que goza de mayor volumen de evidencia que respalda su efectividad. Está integrada por un conjunto de intervenciones dirigidas a que el fumador aprenda a resistir la compulsión por fumar, rompiendo la fuerte asociación de fumar con ciertos estímulos (situaciones gatillo o disparadoras) y sustituyéndolas por acciones concretas (estrategias sustitutivas del acto de fumar). Como parte de la intervención, se le brinda al fumador información sobre lo que significa el síndrome de abstinencia, a fin de que conozca y reconozca en sí mismo los síntomas que se le presentarán y pueda prepararse para enfrentarlos (particularmente en los primeros días). El principal de ellos, es el “deseo imperioso de fumar cigarrillos”. Otros síntomas de abstinencia incluyen irritabilidad, insomnio, nerviosismo, dificultad en la concentración, mareos y constipación. Los síntomas de abstinencia no suelen prolongarse más allá del primer mes de abandono, siendo más fuertes durante los primeros 7 a 14 días. El síntoma cardinal, “el deseo imperioso de fumar”, cede al cabo de unos 2 ó 3 minutos, por lo que es importante tener a mano una estrategia sustitutiva hasta que el síntoma pase.

2) **el apoyo social como parte del tratamiento clínico** consiste en un conjunto de estrategias que son brindadas por el equipo de salud en el marco del tratamiento para dejar de fumar. Estas intervenciones están dirigidas a reforzar las motivaciones positivas del fumador para lograr dejar de fumar, fortalecer las ventajas de la cesación, aumentar la auto-eficacia (es decir la confianza en sí mismo para lograr la meta), evitar mitos y racionalizaciones en torno al consumo (como las fantasías de control de la cantidad del consumo, justificaciones racionales para continuar fumando, etc.), prevenir problemas residuales de la cesación (como aumento de peso, irritabilidad, humor negativo, etc.) y ayudar al fumador a resolver los estados de ambivalencia, si su motivación decayera.

3) **el apoyo social fuera del programa de tratamiento**, brindado por familiares, amigos, etc., que consiste en un conjunto de estrategias que ayudan al fumador a conseguir apoyo de su entorno social:

1. Conseguir colaboración y compromiso de familiares y amigos en la puesta en marcha de las estrategias y de todo el proceso de recuperación.
2. Promover la generación de ambientes libres de humo en el hogar, en el entorno laboral y apoyar a otros fumadores para dejar de fumar, contribuyen positivamente a fortalecer el proceso de recuperación.

Estrategias Conductuales Efectivas para Fumadores Preparados para Dejar de Fumar (adaptada de Fiore y col, 2000)

- DESARROLLO DE HABILIDADES Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
- APOYO BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALUD
- APOYO SOCIAL Y FAMILIAR
- Estrategias para identificar SITUACIONES DE RIESGO O GATILLO de volver a fumar.
- Implementar ESTRATEGIAS SUSTITUTIVAS al acto de fumar.

- Informar sobre la NATURALEZA DEL TABAQUISMO y CLAVES PARA EL ÉXITO
- Favorecer la estimulación PARA EL ABANDONO.
- Ofrecer CUIDADO
- Responder INQUIETUDES
- Desmitificar TEMORES
- Favorecer la elaboración DEL PROCESO DE ABANDONO
- Solicitar SOPORTE SOCIAL Y FAMILIAR
- Facilitar el desarrollo de HABILIDADES PARA CONSEGUIR SOPORTE
- Estimular el SOPORTE A OTROS FUMADORES

Ejemplos

- Situaciones de estrés: sentimientos negativos, estar con otros fumadores, tomar alcohol, estar bajo presión o tensión, sentirse angustiado o ansioso. Es fundamental que cada fumador identifique las propias situaciones de riesgo.
- Aprender estrategias cognitivas que le permitan reducir los estados de ánimo negativos.
- Estrategias sustitutivas para manejar la urgencia por fumar: salir a caminar, distraerse, tomar agua u otras bebidas frescas, lavarse los dientes, masticar chicles o caramelos.
- Estrategias cognitivas y conductuales para manejar el estrés: hacer algo placentero, bañarse, escuchar música, aplicar alguna técnica de relajación, leer, hacer actividad física, etc.
- Informar sobre síntomas de abstinencia y su período de duración.
- Informar sobre la naturaleza adictiva de la nicotina.
- Informar que la urgencia por fumar cede al cabo de 2 ó 3 minutos y que la estrategia sustitutiva es clave para atravesar ese momento de urgencia.
- Alertar que una sola “pitada” puede implicar una recaída.
- Transmitir:
 - que existe un tratamiento efectivo para dejar de fumar.
 - que la mitad de la gente que alguna vez fumó, pudo dejar.
 - confianza en la capacidad de lograrlo.
- Preguntar cómo se sienten con el hecho de dejar de fumar.
- Ofrecer ayuda en forma directa.
- Ser abierto a las expresiones de duda, temores o sentimientos ambivalentes acerca de dejar de fumar.
- Preguntar y trabajar sobre:
 - Razones o motivos para dejar de fumar.
 - Preocupaciones y dudas si deja de fumar.
 - Logros conseguidos hasta ese momento.
 - Dificultades en el proceso de abandono.
- Trabajar sobre la utilidad de la contención familiar y social.
 - Informar el día “D” a familiares y amigos.

- Estimular a que generen un ambiente libre de tabaco en la casa y en el trabajo solicitando la cooperación de su entorno.
- Ayudar a los fumadores a identificar a las posibles personas que le brinden contención y apoyo en el proceso de recuperación (ejemplos: pedirles ayuda explícita, pedirles que no fumen en su presencia, solicitar que no le ofrezcan cigarrillos, alertar al entorno social sobre sus posibles cambios transitorios en el humor, etc.)
- Informarlos sobre existencia de líneas de ayudas telefónica.
- Ser apoyo de otros fumadores para que dejen de fumar.
- Invitar a otras personas a sesiones para dejar de fumar.

Dichas estrategias son muy sencillas y pueden ser implementadas por cualquier integrante del equipo de salud adecuadamente entrenado.

Intervención Farmacológica

Existe abundante evidencia sobre la eficacia y costo-efectividad del tratamiento farmacológico. Las tasas de éxito se duplican cuando se administra farmacoterapia en el contexto de al menos una intervención breve psicosocial.

La intervención farmacológica constituye una herramienta terapéutica eficaz dado que duplica la probabilidad de éxito de un intento de cesación por medio del control de los síntomas de abstinencia, independientemente de la intensidad de la intervención psicosocial.

El tratamiento farmacológico siempre debe ser parte de una estrategia organizada para dejar de fumar y no una única intervención aislada, dado que la evidencia que sustenta su uso como único recurso es limitada y controvertida. Numerosas guías internacionales recomiendan su utilización, en contexto de al menos una intervención breve psicosocial y su prescripción debe realizarse en el momento evolutivo adecuado de la dependencia (fase de preparación-acción de Prochaska). Proporcionar farmacoterapia a fumadores en etapas inmaduras del proceso (contemplación, pre-contemplación) constituye un uso inapropiado e ineficiente de los recursos, dado que la eficacia de la farmacoterapia se reduce significativamente en fumadores no preparados para dejar.

¿A Quién Tratar con Fármacos?

Todo fumador que intente dejar de fumar debería tener la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención. No están indicados en determinadas circunstancias especiales (consumo menor de 10 cigarrillos/ día, contraindicación médica, embarazo, lactancia o adolescencia). Sin embargo, las contraindicaciones para su uso en estas poblaciones son relativas.

En el pasado, se recomendaba un abordaje escalonado, es decir, se intentaba primero que el fumador dejara de fumar sin fármacos y se ofrecía un tratamiento con sustitutos de la nicotina sólo en los casos de fracaso. Actualmente, se recomienda ofrecer terapia farmacológica de inicio a todo aquel que esté dispuesto a recibirla, por razones de efectividad y costo-efectividad. Se han elaborado recomendaciones para poblaciones especiales (adolescentes, embarazadas, pacientes hospitalizados, con comorbilidades graves cardiovasculares, respiratorias o psiquiátricas).

El panel de expertos desaconseja los tratamientos que no están respaldados por la evidencia científica. Existen numerosos metanálisis que han evaluado la eficacia de estos tratamientos; se dispone de insuficiente evidencia para recomendar la utilización de ansiolíticos (diazepam, meprobamato, metoprolol, oxprenolol, buspirona), antagonistas nicotínicos (mecamilamina), opioides (naltrexona), acetato de plata, agonistas parciales nicotínicos (lobelina), terapias aversivas, acupuntura, laserterapia o electroestimulación. Estos datos deben ser aún confirmados por otros estudios. Además, la hipnoterapia y otros antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (sertralina, fluoxetina y paroxetina) han demostrado ser ineficaces.

Para que la población tenga un acceso amplio a los servicios de cesación y para lograr un impacto sanitario significativo de las acciones es necesario implementar una Estrategia Global de Cesación Tabáquica. Esta debe incluir una amplia gama de intervenciones efectivas y articuladas en función de los recursos y el marco político-económico del país que los pone en marcha. Es crucial que la estrategia global de cesación articule todo el espectro de intervenciones eficaces: consejo, intervención psicosocial breve e intensiva, farmacológica, telefónica, concursos “Abandone y Gane” y otras estrategias de promoción de la cesación. Es clave involucrar al sector de la Atención Primaria de la Salud y capacitar al equipo de salud desde el pregrado, para lograr un alto impacto sanitario.

Fármacos de Primera Línea

Sustitutos nicotínicos: Existen diversas formas farmacéuticas de sustitutos (parches, chicles, espray nasal, inhalador bucal, y tabletas sublinguales.). El principio activo es la nicotina, un potente estimulante del sistema nervioso central con receptor colinérgico específico, que controla los síntomas de abstinencia. En el caso de los parches, estos actúan desensibilizando los receptores nicotínicos a los pulsos de nicotina que se producen con cada pitada (efecto de tolerancia).

Contraindicaciones absolutas

- Infarto de miocardio en el último mes
- Angina grave y/o inestable
- Arritmias que ponen en riesgo la vida.
- Embarazo y lactancia (se deben reservar para las mujeres que recaen a pesar de estar en un programa de deshabituación, discutiendo riesgos y beneficios).

Efectos adversos de los parches:

- prurito y ardor en el sitio de aplicación (15% a 50%); generalmente son transitorios (alrededor de 30 minutos).
- eritema y/o edema en el lugar de aplicación (10% a 15%). Para prevenirlo se rota el sitio de aplicación diariamente. En caso de ser intensos pueden usarse corticoides tópicos.
- náuseas, mareos o vértigo (5%): se debe reducir la dosis o suspenderlos.
- insomnio o sueños vívidos (15%): para evitarlo puede quitarse el parche 1 a 2 h antes de dormir o reducir la dosis.

Modo de uso de los parches:

- Colocarlos en zonas limpias del cuerpo y preferentemente libres de vello.
- Rotar diariamente el sitio de aplicación, para disminuir la posibilidad de que produzca eritema o lesiones en piel.
- Puede usarse durante el baño, controlando que no se despegue.
- Se inicia el día que el paciente deja de fumar por completo en dosis de 14 ó 21 mg.
- Pueden usarse dosis fijas o escalonadas. El tiempo de uso óptimo de parches es de 8 semanas según el consenso
- Es igual usarlos durante las 24 h o extraerlos para dormir (produce igual efectividad)
- Pueden suspenderse gradual o abruptamente

Efectividad de los parches:

- los parches duplican las tasas de cesación en relación a placebo a 6 y 12 meses de seguimiento en numerosos trabajos (en la revisión de la Cochrane Library de 2001, sobre 30 ensayos evaluados, el *odds ratio* [OR] fue de 1.73).
- en un estudio de Richmond (1997) con 305 fumadores aleatorizados a parche de ni-cotina o placebo durante 10 semanas, la tasa de cesación a 3 años fue 13.8% vs. 5.2%, respectivamente
- en otro estudio, Daughton (1999) distribuyó aleatoriamente 724 participantes a parches de 21 mg, 14 mg, 7 mg de nicotina o placebo. Las tasas de cesación fueron 12.4% para el parche de 21 mg contra 4.5% para el parche placebo en 48 a 62 meses de seguimiento (los resultados no fueron significativos para los parches de menor dosis).
- los parches son más eficaces que el placebo aún cuando se acompañan de una mínima intervención psicosocial, pero, a mayor intensidad de esta intervención, mejores son las tasas de abstinencia (evidencia A)

Generalidades de los chicles:

- si bien existen chicles de 2 y 4 mg, en Argentina sólo se comercializan los primeros (Nicorette®). La dosis máxima es de 30 y 20 chicles/día, respectivamente.
- se pueden usar a demanda o a horarios fijos, siendo ésta última modalidad la más efectiva. La duración de tratamiento recomendada es de 3 a 6 meses. El 5% de los pacientes tratados evolucionan con dependencia al chicle.

- su efectividad depende de una correcta técnica masticatoria. Se mastica lentamente hasta sentir el sabor de la nicotina; luego se coloca contra la mucosa yugal durante unos minutos y se vuelve a masticar continuando así durante aproximadamente 20 a 30 minutos.
- El café, jugo y gaseosas interfieren con la absorción. Se evitará la ingesta de líquidos, y, en caso de no ser posible, tomar agua únicamente.

Los efectos colaterales de los chicles incluyen inflamación de la mucosa oral, dolor mandibular, hipo y dispepsia. Como comentario, retardan la ganancia de peso que se produce generalmente al dejar de fumar.

En relación con su efectividad, en la antes citada revisión de la Cochrane Library, sobre 48 estudios evaluados, el OR fue de 1.63 (evidencia A). Se destaca que el chicle de 4 mg es más efectivo que el de 2 mg en fumadores con altos índices de adicción (evidencia B).

Otras modalidades (no disponibles en nuestro país):

- **espray nasal:** el tiempo de uso óptimo es de 6 a 8 semanas. Sus efectos colaterales más frecuentes son irritación nasofaríngea y ocular, estornudos y tos, por lo cual están relativamente contraindicados en pacientes con rinitis, sinusitis y asma.
- **inhaladores:** el tiempo máximo de uso son 6 meses. Los efectos colaterales más frecuentes son la tos y la irritación orofaríngea.
- **pastillas de nicotina:** en un trabajo aleatorizado y controlado (Wall, 2002) con 1818 pacientes con 6 semanas de seguimiento, los OR fueron 2.10 para las pastillas de 2 mg y de 3.69 para las pastillas de 4 mg.

Comparación de los diversos métodos de sustitución de nicotina:

- un estudio publicado en 1999 comparó las 4 modalidades de administración de nicotina y no encontró diferencias en cuanto a los síntomas de abstinencia ni a las tasas de cesación a las 12 semanas (20% para el chicle, 21% para el parche y 24% para el espray y el inhalador).
- en cuanto a la adherencia, fue alta con los parches, baja con los chicles y muy baja con inhaladores y espray, siendo éste el que presentó mayores efectos colaterales
- la revisión de Cochrane de 2001 mostró resultados similares para los distintos sustitutos. La AHCPD da preferencia al parche sobre el chicle por su mayor eficacia (no demostrada en estudios de comparación) y por la facilidad de su uso. Chicles y parches cuentan con mayor evidencia para su utilización.

Si bien no hay evidencias suficientes para sustentar **el uso de las combinaciones** de las diversas modalidades de sustitución de nicotina, en los diversos trabajos se demuestra cierto beneficio y en los lineamientos se sugiere su uso en pacientes altamente dependientes a la nicotina

¿Cuándo iniciar y finalizar la terapia farmacológica? Se recomienda iniciar el tratamiento con parches el día que se deja de fumar (Día D) y finalizar al cabo de 8 semanas. Prolongar su uso más allá de este lapso de tiempo es injustificado, dado que el tratamiento con parches durante 8 semanas es tan efectivo como el de 12 semanas. Discontinuar el parche a través de descenso progresivo de la dosis es tan efectivo como discontinuarlo abruptamente. Los parches de 16 h (quitándolos durante la noche) son tan efectivos como los de 24 h.

Bupropion

- Es un antidepresivo que inhibe la recaptación neuronal de serotonina, noradrenalina y dopamina. Reduce los síntomas de abstinencia durante la deshabituación.
- La dosificación es de 150 a 300 mg/día; esta última dosis es más efectiva y se administra repartida en 2 tomas con un intervalo no menor de 8 hs entre ambas. Se inicia 1 a 2 semanas antes de dejar de fumar y se emplea entre 7 y 12 semanas. La FDA aprobó su uso como terapia de mantenimiento hasta 6 meses a iguales dosis, lo cual sería de utilidad en pacientes con abstinencia prolongada. Asimismo en el estudio de Hays (2001) se demostró la utilidad de su uso durante 1 año para evitar recaídas.
- No es necesaria la suspensión gradual de la droga.
- Los efectos colaterales fundamentales son insomnio (35% a 40%), xerostomía (10%), cefalea, ansiedad, anorexia y constipación. El insomnio se minimiza administrando la segunda dosis alejada de la hora de acostarse. Si bien puede producir convulsiones en el 0.1% de los pacientes, no se produjeron en los ensayos clínicos de tratamiento de tabaquismo.
- Contraindicaciones
 - absolutas
 - antecedentes o predisposición a las convulsiones
 - antecedentes de trauma craneoencefálico grave
 - trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia)
 - uso reciente de inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)
 - arritmias graves
 - hipersensibilidad al bupropion.
 - relativas
 - alcoholismo
 - embarazo (grupo B de la Clasificación Australiana)
- El bupropion interactúa con diversas drogas (alcohol, antidepresivos tricíclicos, clozapina, fluoxetina, haloperidol, litio, IMAO, levodopa, etc.
- Efectividad:
 - en el estudio de Hurt (controlado, doble ciego y multicéntrico) se aleatorizaron 615 fumadores no deprimidos a bupropion o placebo, logrando con la dosis de 300 mg una tasa de cesación al año de 23% vs. 12% en el grupo placebo.
 - en el mismo estudio se comprobó una reducción de la ganancia de peso mientras se consume la droga.

- en este estudio se realizaron numerosas sesiones de seguimiento individual de 10 a 15 minutos (al inicio del tratamiento, semanalmente las 7 primeras semanas y a las 8, 12, 26 y 52 semanas) además de llamados telefónicos durante el año. Por lo tanto la efectividad del bupropion sin seguimiento es desconocida.

No hay evidencia que muestre diferencias entre la terapia de sustitución nicotínica (TSN) y el bupropion. Si bien es cierto que en el único trabajo que los compara, el bupropion fue superior a la TSN, no hubo diferencia entre la rama placebo y la rama TSN (15.6% vs. 16.4%) contrariamente a lo que muestran numerosos metanálisis donde el efecto de la TSN duplica al placebo. Por tal motivo es necesario esperar a la realización de nuevos estudios para corroborar dicha información; por ahora la TSN y el bupropion son fármacos de primera línea por igual, debiéndose elegir una u otra opción terapéutica según condiciones clínicas, contraindicaciones, preferencias de los fumadores y costo.

El tratamiento con bupropion tiene un costo sensiblemente menor al tratamiento con parches de nicotina. En la medida que el escenario actual de disponibilidad, costos y cobertura no se modifique, a pesar de tratarse de fármacos de primera línea, la disponibilidad y la diferencia de precios son factores influyentes al momento de su elección. La farmacoterapia para dejar de fumar duplica la chance de éxito de un intento de cesación y es altamente costo-efectiva por lo que, salvo circunstancias especiales, debe ofrecerse siempre como parte del tratamiento.

Fármacos de Segunda Línea

Estos fármacos son eficaces para la cesación, pero se usan sólo como tratamientos de segunda línea debido a su alta tasa de efectos adversos.

- **Clonidina:** es un agonista alfa adrenérgico
- **Nortriptilina:** es un antidepresivo tricíclico de segunda generación.
- **Vareniclina:**
 - Es una nueva droga, recientemente aprobada por la FDA, que comenzó a comercializarse en el país (Champix®). Se trata de un agonista parcial nicotínico (alfa-4, beta-2).
 - Reduce la satisfacción que produce el fumar, así como también el *craving*.
 - Se administran 0.5 mg del día 1 al 3, 0.5 mg cada 12 h del día 4 al 7, continuando con 1 mg cada 12 h hasta completar las 12 semanas de tratamiento.
 - Su principal efecto adverso son las náuseas.
 - La efectividad en la cesación es superior a placebo. Fue significativamente más eficaz que el placebo y bupropión para la cesación tabáquica en todos los puntos temporales evaluados, siendo además, bien tolerada.
 - El análisis de costo-efectividad en el que se tomó como horizonte temporal toda la vida del sujeto muestra que la vareniclina domina a las otras

opciones de tratamiento (más efectividad a menor costo). Esto se debe a una mayor eficacia de vareniclina que se asociaría con una reducción de la morbimortalidad relacionada con el tabaquismo y supondría en el largo plazo ahorros que superan el costo extra del fármaco.

- Esta droga de acuerdo a la evidencia disponible, constituirá una alternativa de efectividad en el reducido arsenal terapéutico para la cesación tabáquica. Sin embargo, no existe una “píldora mágica”.

Otro tipo de intervenciones es el de las terapias aversivas (aquellas que intentan provocar rechazo o repulsión del acto de fumar, como la técnica de fumar rápido, entre otras). Si bien hay evidencia que muestra cierta efectividad de las terapias aversivas, los estudios no son suficientemente robustos para justificar su utilización. Por otra parte debido al riesgo de toxicidad y a la baja aceptabilidad social se las excluye de la presente recomendación al igual que de la mayoría de las guías de práctica

(5) Elaborar un plan de seguimiento

El seguimiento debe formar parte de la intervención brindada para dejar de fumar. Dado que la mayor parte de las recaídas se produce en las primeras semanas luego de la cesación, debe ofrecerse un programa de seguimiento durante el período inmediato a la fecha de abandono. Se recomienda como mínimo una visita de seguimiento dentro de la primera semana y otra segunda visita al mes. Sin embargo, cuanto más intensivo sea este seguimiento, mejores serán los resultados, dado que el tiempo de contacto predice el éxito de la intervención.

Los objetivos del seguimiento son: prevenir la recaída; recomendar la abstinencia completa; abordar problemas residuales frecuentes (como el aumento de peso, manejo del síndrome de abstinencia, depresión etc.); evaluar adherencia y dificultades con la farmacoterapia; felicitar a la persona y estimularla a continuar y reforzar ventajas y motivación durante el proceso de recuperación. El aumento de peso es un problema residual frecuente de la cesación.

Se considera éxito del tratamiento a la permanencia de la abstinencia durante al menos 1 año. La recaída, sin embargo, es altamente frecuente (entre un 70% y 80 % recaen al año de la intervención). Frecuentemente los fumadores realizan numerosos intentos antes de lograr definitivamente dejar de fumar (5 veces en promedio) y con cada uno de estos intentos se alcanzan mayores posibilidades de éxito definitivo. Es por lo tanto imprescindible que el equipo de salud incorpore a la recaída como una parte normal del proceso de recuperación de la dependencia al tabaco y proporcione intervenciones continuas y sostenidas en el tiempo.

Recomendaciones para Grupos Específicos

- Se recomienda que los profesionales de la salud investiguen el consumo de tabaco en los **niños y adolescentes**, así como en sus padres, y administren un consejo familiar con respecto a la cesación y a la prevención del tabaquismo pasivo en el

hogar. Los adolescentes motivados para dejar de fumar deben recibir una intervención psicosocial.

- Se recomienda ofrecer a las **fumadoras embarazadas** una intervención psicosocial intensiva para estimularlas a dejar de fumar cada vez que sea posible y a lo largo de todo el embarazo.
- Se recomienda que el tratamiento para dejar de fumar en pacientes con **comorbilidades psiquiátricas** asociadas y otras adicciones simultáneas (alcohol, cocaína, etc.) lo realicen expertos en cesación junto con el personal de salud mental, dado que el abordaje psicosocial y farmacológico de estos casos puede requerir consideraciones particulares.
- Se recomienda informar a todos los pacientes **internados** en un servicio de salud, que el mismo es un ámbito libre de humo y ofrecer sistemáticamente tratamiento para aquellos fumadores que lo deseen.
- Se recomienda que todo **paciente cardiovascular** reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar y un fuerte consejo de cesación, reiterado y continuo, a lo largo del tiempo. Tanto los sustitutos nicotínicos como el bupropion son seguros en estos pacientes y no incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares.
- Se recomienda que los pacientes con **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** reciban, siempre que sea posible, tratamiento intensivo psicosocial y tratamiento farmacológico con terapia de sustitución nicotínica.

Intervenciones Institucionales y de Salud Pública

Se recomiendan 6 estrategias de intervención por parte de las instituciones de salud para favorecer a la cesación:

- 1) Implementar un sistema de identificación de todos los fumadores;
- 2) Proveer educación y capacitación en estrategias de cesación tanto en el pregrado como en el postgrado;
- 3) Destinar personal para brindar tratamiento y evaluar su efectividad;
- 4) Promover políticas hospitalarias que fomenten y brinden servicios para dejar de fumar;
- 5) Garantizar la cobertura del tratamiento psicosocial y farmacológico de la dependencia al tabaco
- 6) Remunerar económicamente a los profesionales que brinden este tratamiento.

- Se recomienda que el Estado, como ente rector, lidere una estrategia amplia de políticas de promoción de la cesación tabáquica, asegurando la cobertura de los tratamientos para dejar de fumar a toda la población y coordinando acciones en red para favorecer a la capacitación del equipo de salud.
- Se recomienda que la sociedad civil y científica se comprometa y articule el esfuerzo con el Estado para garantizar la capacitación y motivación del equipo de salud, con el propósito de brindar servicios de cesación a la comunidad y reducir la morbimortalidad debida al consumo de tabaco.

- Se recomienda que la estrategia global de cesación a nivel nacional articule todo el espectro de intervenciones eficaces: consejo, intervención breve, intervención intensiva, intervenciones farmacológicas, intervenciones telefónicas, y otras estrategias de promoción que permitan incrementar las tasas de cesación.

Para lograr un significativo impacto sanitario en la población se recomienda que esta estrategia involucre de manera activa al primer nivel de atención. En la Argentina, aproximadamente el 55% de la población tiene cobertura médica a través de obras sociales o prepagas y el 45% tiene acceso al sistema público de salud. Es responsabilidad del Estado, como ente rector, asegurar la cobertura de los tratamientos para dejar de fumar a toda la población, independientemente del nivel o tipo de cobertura médica. Para el caso de la población que se asiste en el sistema público, lo óptimo sería una cobertura del 100% de los tratamientos. En el caso de la población que tiene seguro médico a través del sistema de obras sociales, el objetivo sería lograr la inclusión de los tratamientos en el PMO (Programa Médico Obligatorio) y en los sistemas de obras sociales provinciales. Es decir que las obras sociales y prepagas brindarían una cobertura entre el 40 y 70 % del valor de los tratamientos, de la misma manera que cubren otras entidades crónicas prevalentes.

Rol de los Administradores de Salud

Numerosas investigaciones han demostrado que los sistemas de salud juegan un papel protagónico en el control del tabaco. Sin un sistema que establezca políticas articuladas para el control del tabaco, las acciones individuales de los profesionales de la salud no serán suficientes para tratar y resolver la problemática sanitaria de la dependencia al tabaco. Financiar los tratamientos para la cesación en los adultos es la cobertura más costo-efectiva que puedan implementar los seguros de salud.

La información disponible muestra que los fumadores tratan más veces de dejar y que el número absoluto de ex fumadores aumenta cuando los tratamientos están cubiertos.

- 1) La dependencia al tabaco es un problema crónico de salud y, a menudo, requiere de intervenciones repetidas a lo largo del tiempo y un equipo de salud capacitado e involucrado con la problemática.
- 2) Existe para el tabaquismo un tratamiento efectivo y costo-efectivo que posee altas tasas de éxito a largo plazo.
- 3) Dado que existe una terapia efectiva, todo fumador que desee dejar de fumar debe recibir tratamiento.
- 4) Es imprescindible que las instituciones de salud implementen políticas integrales de control de tabaco para que el impacto sanitario de las acciones sea significativo.
- 5) Las intervenciones breves son efectivas y de alto alcance poblacional, por lo tanto todo fumador debe recibir al menos esta alternativa de tratamiento.
- 6) Para dar respuesta a la creciente demanda social de servicios de cesación, es necesario crear una red de servicios eficaces para dejar de fumar. Esta red permitiría incrementar la accesibilidad y la satisfacción de usuarios de diversas preferencias.

7) Para lograr un significativo impacto sanitario en la población se recomienda que la estrategia global de cesación esté centrada en un fuerte compromiso del primer nivel de atención (atención primaria).

8) El tratamiento de la dependencia al tabaco es clínicamente efectivo y costo-efectivo en relación a otras prácticas e intervenciones médicas. Por tal razón los sistemas de salud deberían garantizar cobertura de los tratamientos para dejar de fumar y remunerar a los profesionales que trabajan en dicha área como en cualquier otra actividad convencional.

Intervenciones No Recomendadas para el Tratamiento del Tabaquismo

No se recomienda el uso de tratamientos sobre los cuales existe insuficiente evidencia que avale su utilización (láser, electro estimulación, naltrexona, acetato de plata, terapias aversivas, ansiolíticos, y acupuntura) o cuando existe evidencia que confirma su ineficacia (hipnoterapia y antidepressivos inhibidores de la recaptación de serotonina)

Comentarios

Toda persona que consulta al sistema de salud debe ser interrogada sobre su consumo de tabaco. Esta simple medida triplica la chance de intervención en cesación por parte del equipo de salud. Una vez identificado el fumador, el simple consejo para dejar de fumar, incrementa las tasas de cesación, constituyéndose en una estrategia, muy sencilla, que demanda poco tiempo y que implementada masivamente por todo el equipo de salud, genera un gran impacto sanitario.

Cuando el consejo es brindado por el médico, la tasa de cesación se incrementa en un 2.5% al año respecto de la no intervención. Es útil brindar información sobre los beneficios del dejar de fumar de manera personalizada, relacionándolo con las condiciones de salud de cada fumador. El consejo anti tabáquico debe dirigirse a “no fumar” y no a “fumar menos”; vale la pena enfatizar que el tabaquismo es una adicción y, por lo tanto, resulta prácticamente imposible controlar el consumo. Además, existe información reciente que demuestra que fumar poca cantidad (1 a 5 cigarrillos/día) incrementa un 40% el riesgo de infarto de miocardio, por lo que es importante desmitificar al bajo consumo como inocuo.

Conclusiones Generales

- 1) La dependencia al tabaco es un problema de salud crónico y a menudo requiere de intervenciones repetidas a lo largo del tiempo y un equipo de salud capacitado e involucrado con la problemática.
- 2) Existe para el tabaquismo un tratamiento efectivo y costo-efectivo con altas tasas de éxito a largo plazo.

- 3) Dado que existe terapia efectiva, todo fumador que desee dejar de fumar debe recibir tratamiento.
- 4) Es imprescindible que las instituciones de salud implementen políticas integrales de control de tabaco para que el impacto sanitario de las acciones sea significativo.
- 5) Las intervenciones breves son efectivas y de alto alcance poblacional, por lo tanto todo fumador debe recibir al menos esta alternativa de tratamiento.
- 6) Para dar respuesta a la creciente demanda social de servicios de cesación, es necesario crear una red de servicios eficaces para dejar de fumar. Esta red permitiría incrementar la accesibilidad y la satisfacción de usuarios de diversas preferencias.
- 7) Para lograr un significativo impacto sanitario en la población se recomienda que la estrategia global de cesación esté centrada en un fuerte compromiso del primer nivel de atención (atención primaria).
- 8) El tratamiento de la dependencia al tabaco es clínicamente efectivo y costo-efectivo en relación a otras prácticas e intervenciones médicas. Por tal razón los sistemas de salud deberían garantizar cobertura de los tratamientos para dejar de fumar y remunerar a los profesionales que trabajan en dicha área como en cualquier otra actividad convencional.

Ley Antitabaco (vigente en Argentina desde junio de 2011)

Las leyes antitabaco en el mundo han tenido un impacto muy positivo en la salud de la población. Principalmente apuntan a proteger a los no fumadores del humo de tabaco ambiental. Como restringen tanto los espacios para los fumadores, éstos terminan siendo obligados a fumar menos cigarrillos y, en muchos casos, pedir ayuda para dejar de fumar dado que se convierte en una incomodidad social y a vivenciarse como un mal hábito personal.

La ley está teñida de origen político (lo que en Argentina es un tinte negativo) y falta tanto el apoyo rotundo de las sociedades médicas como que la población la tome como un enorme paso ganado hacia la salubridad pública. De cualquier manera, si se puede ir implementado, la ley redituará en disminuir el número de tabaquistas con la consiguiente reducción de enfermedades en todos los habitantes

La ley prevé:

1. Está totalmente prohibido fumar en ambientes públicos y lugares de trabajo.
2. Se prohíbe el apoyo de las empresas de tabaco a eventos públicos.
3. Las marquillas o paquetes de cigarrillos deben obligatoriamente mostrar una foto o dibujo que ilustre los efectos negativos que produce para la salud como "Fumar causa impotencia sexual"; "El humo de tabaco es causa de enfermedad y muerte"; "Fumar puede causar amputación de piernas"; "Fumar causa cáncer"; "Fumar causa enfisema pulmonar"; "Fumar causa adicción"; "Fumar causa enfermedades cardíacas y respiratorias"; "La mujer embarazada que fuma causa daños irreparables a su hijo"; "Fumar causa muerte por asfixia"; "Fumar quita años de vida".
4. La imagen de advertencia sobre el daño deberá ser del cincuenta por ciento de una de las superficies principales. Tampoco podrán decir "*light*" o "suaves", ni nada

que pueda hacer pensar que un cigarrillo es menos nocivo que otro. Se pondrá visible el 0800 222 1002, que es la línea telefónica gratuita del Ministerio de Salud de Argentina para informar sobre los centros de ayuda para los que desean dejar de fumar.

5. No se deberán vender cigarrillos a menores de 18 años.
6. Se prohíbe vender cigarrillos a través de máquinas expendedoras porque no se puede verificar la edad del comprador.
7. No se puede fumar en lugares de trabajo cerrados y cualquier espacio cerrado con acceso al público. Debe haber carteles visibles que recuerden la prohibición.
8. Se regula la composición de cigarrillos en alquitrán con un máximo de 10 mg, de nicotina a 1 mg y monóxido de carbono en 10 mg.
9. Está permitido fumar en patios, terrazas, balcones y demás áreas al aire libre, excepto en hospitales y escuelas.
10. Los que no cumplan la ley podrían ser multados.

Anexo 1: Novedades Sobre Vareniclina y Probables Efectos Adversos Cardiovasculares

Comunicado de la FDA sobre la seguridad de los medicamentos:

La etiqueta de la vareniclina ahora contiene información actualizada sobre su eficacia y seguridad. El 22 de julio de 2011, la FDA ha aprobado la actualización de la etiqueta de la vareniclina, medicamento para dejar de fumar, la cual ahora incluye información sobre la eficacia y seguridad del medicamento para 2 grupos de pacientes que pueden beneficiarse mucho si dejaran de fumar: aquellos con enfermedades cardiovasculares y aquellos con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La etiqueta actualizada ahora incluye instrucciones alternativas para que los pacientes decidan la fecha en la que dejarán de fumar.

- Información actualizada sobre el uso en pacientes con enfermedad cardiovascular estable: la FDA revisó un ensayo clínico aleatorizado realizado en 700 fumadores con enfermedad cardiovascular. Los pacientes tomaron Chantix® de 1 mg o placebo 2 veces al día por 12 semanas, y se les hizo un seguimiento por 40 semanas adicionales. El estudio clínico mostró la efectividad de Chantix® en ayudar a dejar de fumar a los pacientes con enfermedad cardiovascular, y más que duplicó la probabilidad de que los pacientes se mantuvieran sin fumar por casi un año en comparación con aquellos que tomaron el placebo. Esta información se ha agregado recientemente a la etiqueta de Chantix® ya que fumar es un factor de riesgo importante e independiente de la enfermedad cardiovascular. Dejar de fumar tiene especial importancia en este grupo de pacientes. El ensayo también demostró que Chantix® podría estar asociado con un pequeño aumento en ciertos eventos cardiovasculares adversos en este tipo de enfermos. La FDA comunicó acerca de este riesgo potencial y de la actualización de la etiqueta en el Comunicado de Seguridad de Medicamentos del 16 de junio de 2011. El riesgo absoluto de eventos cardiovasculares adversos con Chantix®, en relación con su eficacia, es relativamente pequeño. Sin embargo, los profesionales de la salud siempre evaluar los beneficios potenciales de Chantix® contra los riesgos

potenciales, cuando decidan prescribir el medicamento a pacientes con enfermedad cardiovascular.

- Información sobre el uso de Chantix® en pacientes con EPOC: la FDA revisó un ensayo clínico aleatorizado realizado para evaluar la eficacia y seguridad de Chantix® en 460 pacientes de al menos 35 años de edad con EPOC de grado leve a moderado. Los pacientes tomaron Chantix® de 1 mg. o placebo, 2 veces al día por 12 semanas y se les hizo un seguimiento por 40 semanas adicionales. Los resultados mostraron que Chantix® fue más efectivo en ayudar a pacientes con EPOC a dejar de fumar y a mantenerse sin fumar por casi un año, en comparación con aquellos que recibieron el placebo. Los eventos adversos en este ensayo clínico fueron similares a los observados en los estudios que fueron realizados para la aprobación inicial de Chantix® en 2006, y no se identificaron nuevas cuestiones o asuntos de seguridad.
- Indicaciones alternativas para que los pacientes elijan el día en que dejarán de fumar después de haber comenzado a tomar Chantix®: anteriormente, la etiqueta del medicamento sólo tenía instrucciones para que los pacientes elijan primero una fecha para dejar de fumar y de ahí empezar a tomar Chantix® 7 días después de dejar de fumar. La FDA revisó un ensayo clínico aleatorizado realizado en un grupo general de fumadores saludables a quienes se les indicó empezar a tomar Chantix® y después elegir un día para dejar de fumar entre el día 8 y 35 del tratamiento. Los pacientes tomaron 1 mg. o placebo dos veces al día por 12 semanas y se les hizo un seguimiento por 12 semanas adicionales. Los resultados mostraron que Chantix® fue más efectivo en ayudar a los pacientes a dejar de fumar y a mantenerse sin fumar por casi 24 semanas en comparación con aquellos que tomaron el placebo. Los eventos adversos en este ensayo clínico fueron similares a los observados en los estudios que fueron realizados para la aprobación inicial de Chantix® en 2006 y no se identificaron nuevas cuestiones o asuntos de seguridad. La etiqueta actualizada indica que los pacientes deben empezar a tomar Chantix® 7 días antes de la fecha de dejar de fumar o alternativamente, comenzar a tomar Chantix® y después dejar de fumar entre el día 8 y 35 del tratamiento.
- La información sobre estos 3 ensayos clínicos se ha agregado a la secciones de Dosis y Administración, Advertencias y Precauciones, Reacciones Adversas, Estudios Clínicos e Información de Asesoramiento para el Paciente de la etiqueta de información médica de Chantix®. La guía de medicación para el paciente también ha sido actualizada y ahora contiene información sobre los eventos cardiovasculares adversos y las instrucciones alternativas para elegir el día para dejar de fumar. Los profesionales de la salud y los pacientes pueden tener acceso a la etiqueta actualizada.

Anexo 2: Vacuna Antitabaco

Resumen

La vacuna antitabaco es una posible opción terapéutica ante el tabaquismo; ésta actúa a través de la formación de anticuerpos específicos que interceptan la concentración de nicotina en el cerebro poco antes de fumar, sin efectos secundarios. Las moléculas así formadas son demasiado grandes para atravesar la barrera hematoencefálica y, además, sin saber del todo el mecanismo, reducirían la velocidad de acceso de la nicotina al cerebro. En la actualidad se están investigando 3 tipos de vacunas antitabaco: TA-Nic, de la empresa Xenova (Cambridge, Reino Unido), Nic VAX de Nabi Biopharmaceuticals (Rockville, MD, EEUU) y Nicotine-Qbeta de Cytos (Suiza). Por ahora, sólo se cuenta con resultados de fase I y II de ensayos clínicos controlados; si bien se demostró seguridad y eficacia, todavía faltan los resultados de experiencias de fase III para poder extrapolar sus beneficios a los seres humanos.

Introducción

El tabaquismo es la causa más importante de morbilidad y mortalidad prevenible en el mundo. En forma inquietante, las tasas de incidencia de tabaquismo han aumentado entre personas jóvenes; recientemente, se ha generalizado el tabaquismo con habanos y persiste el consumo de tabaco para mascar e inhalar. La OMS estima que 1100 millones de personas alrededor del mundo son adictos a la nicotina, causando aproximadamente 4 millones de muertes prematuras cada año.

El tabaquismo es una adicción ya que reúne los criterios de “enfermedad crónica caracterizada por el consumo compulsivo de sustancias que determinan daño físico, psicológico y social con el uso continuado pese a la evidencia de ese daño”. La nicotina, principal componente del tabaco, es muy adictiva y desencadena los mismos mecanismos encefálicos de otros fármacos adictivos, elevando las concentraciones de dopamina en el encéfalo. Los cambios encefálicos durante la supresión de nicotina son similares a los que produce la supresión de otras drogas de abuso.

A pesar del hecho de que el consumo de tabaco constituye el problema médico común más grave (es un factor de riesgo y exacerbación de un gran número de enfermedades con repercusión sobre el gasto sanitario y sobre la calidad de vida de los pacientes), el acceso a un tratamiento eficaz continúa limitado. El enfoque inmunoterapéutico para el tratamiento de las adicciones se viene evaluando desde hace 25 años. Después de varios años sin presentar novedades en el campo de la lucha contra esta enfermedad, la industria farmacéutica se prepara para lanzar al mercado revolucionarias vacunas que prometen mejorar las tasas de éxito de los tratamientos antitabaco actuales.

Materiales y métodos

Para la confección de esta revisión se ha utilizado bibliografía de clínica médica y ensayos clínicos controlados, extraídos por métodos de búsqueda electrónica a través del buscador PubMed utilizando las palabras clave *antinicotine vaccine*, *antitobacco vaccine*. La búsqueda se restringió a artículos publicados en el período de junio de 2000 hasta mayo de 2005.

Resultados

Los estudios en fase I y II ya han arrojado resultados y se está pendiente de los de fase III. Esta vacuna produce la formación de anticuerpos específicos que ligan, con gran afinidad, la nicotina en el plasma y líquidos extracelulares, de modo que impiden su acceso al cerebro, sin efectos secundarios. Las moléculas así formadas son demasiado grandes para atravesar la barrera hematoencefálica y además, aunque no se sabe del todo el mecanismo, reducen la velocidad de acceso de la nicotina al cerebro.

Tratando de dar respuestas, Satoskar y colaboradores estudiaron, mediante la comparación entre un grupo que recibió nicotina inyectada a dosis pautadas y otro en el que se aportaba en perfusión continua, el posible mecanismo por el cual la vacuna afectaba la distribución de la nicotina en el cerebro y en otros órganos. Entre los resultados de este trabajo se destaca que los efectos de la vacuna varían notablemente dependiendo de los tejidos; la distribución al cerebro se reduce en todo momento, pero se incrementa en la grasa corporal y en los pulmones. Esto indicaría que la vacuna actúa tanto ligando como secuestrando la nicotina presente en el suero y dirigiéndola a otros tejidos.

En otro estudio, Hieda y colaboradores examinaron la inmunocitogenética de una vacuna conjugada de nicotina durante la administración de una dosis de nicotina continua en ratas y sus efectos sobre la distribución de la nicotina en el cerebro. Para ello, en un primer experimento administraron nicotina a razón de 20 inyecciones en bolo intravenoso por día durante 11 semanas a ratas para simular el usual modelo de entrada de la nicotina de fumadores; luego, en un segundo experimento, las ratas recibieron una infusión subcutánea continua de nicotina por bomba osmótica por 11 semanas que proveyó concentraciones de nicotina sérica equivalente a aquellas de un gran fumador y exposición de nicotina de 24 h por día; por último, administraron una única dosis intravenosa adicional al fin de cada experimento. La distribución de la última dosis en el cerebro fue reducida al 40% a 60% en las ratas vacunadas comparadas con las del grupo control; sugiriendo que la administración de nicotina concurrente es factible y que la habilidad de la vacunación de reducir la distribución de nicotina en el cerebro es conservada aún meses después de la administración en ratas con hábito de fumar.

Al evitar la llegada de la nicotina al encéfalo, se reduce la liberación de dopamina en el núcleo *acumbens* (lo cual es clave en el desarrollo de la dependencia). Se interrumpe, de esta manera, el ciclo vicioso entre fumar y la gratificación que proporciona la nicotina en el cerebro.

En cuanto a las vías de administración, Cerny y colaboradores evaluaron el efecto de una vacuna antitabaco administrada a ratas tanto por vía intranasal como subcutánea; concluyeron que la protección inducida por la vía intranasal es al menos igual de eficaz que por la vía subcutánea. Los anticuerpos inducidos por vía intranasal ligan algo menos de nicotina en el suero que los inducidos por vía subcutánea, pero las inmunoglobulinas A producidas por vía nasal en la saliva y el tracto respiratorio compensarían este déficit, por lo que se deduce que, combinando ambas vías, aumentaría aun más la protección. Además los autores encontraron que la formación de anticuerpos es similar tanto si se utiliza una dosis única de nicotina, como si se administra continuamente (como ocurriría en un fumador). Asimismo señalan que sería necesario en humanos un refuerzo vaccinal al menos a los 2 años de la primera dosis.

Para valorar los efectos de la vacuna en la esfera psicoactiva, Carrera y colaboradores utilizaron en ratas un modelo de actividad locomotora. Encontraron que en las ratas inmunizadas que recibieron 0.03 mg/kg de nicotina intravenosa (equivalente a fumar 2 cigarrillos), se ligaron los antígenos a los anticuerpos y evitaron la estimulación de la nicotina sobre la actividad locomotora comparado con las ratas del grupo control. Además, de forma consecuente con los resultados funcionales, se observó que la administración de anticuerpos específicos contra nicotina no evitó la activación locomotora de la cocaína, demostrando su especificidad por la nicotina; pudiéndose impedir algunas de las consecuencias farmacocinéticas, cardiovasculares y funcionales de la nicotina en las ratas.

Actualmente se están estudiando 3 tipos de vacunas antitabaco: TA-Nic, de la empresa Xenova (Cambridge, Reino Unido), Nic VAX de Nabi Biopharmaceuticals (Rockville, MD, EEUU) y Nicotine-Qbeta de Cytos (Suiza), que utilizaron como moléculas transportadoras: toxina B del cólera recombinado, proteína transportadora seleccionada especialmente y partículas similar virales, en ese orden. Si bien las 3 ya están en la fase III, las 2 primeras ya comenzaron a probarse en voluntarios fumadores, mientras que la última se está aún evaluando en voluntarios sanos no fumadores.

Desde el punto de vista práctico, la vacuna podría ser útil en la prevención de recaídas, en la preparación para ayudar a dejar de fumar al reducir la frecuencia de consumo y eliminar la recompensa en el cerebro y en la prevención del consumo. Además podría evitar el daño del tabaco sobre el feto en mujeres embarazadas, ya que el complejo nicotina-anticuerpo no atravesaría la barrera feto placentaria.

Conclusión

La idea de una vacuna es una gran esperanza para la lucha contra el tabaquismo. Se sabe que la vacuna actúa tanto ligando como secuestrando la nicotina presente en el suero y dirigiéndola a otros tejidos. Se ha observado que la protección inducida por la vía intranasal es al menos igual de eficaz que por la vía subcutánea y que la protección aumenta con la combinación de ambas. La formación de anticuerpos es

similar tanto si se utilizan dosis pautadas de nicotina como si esta se administra continuamente (como sucede en los fumadores) y se ha planteado que en humanos sería necesario un refuerzo vaccinal cada dos años.

La vacuna sería útil en la prevención del inicio del hábito, para ayudar a dejar de fumar (sumada a otras terapias ya existentes), en la prevención de las recaídas y en la prevención del daño del tabaco sobre el feto.

Por ahora, sólo se cuenta con resultados de fase I y II de ensayos clínicos controlados que, si bien demostraron seguridad y eficacia, todavía faltan los resultados de los trabajos en humanos (fase III) para demostrar beneficios de esta nueva propuesta de terapéutica contra el tabaquismo.

Bibliografía

1. La Epidemia de Tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud, 2000, Pub. Cient. No. 577.
2. Encuesta de Tabaquismo en grandes ciudades de Argentina 2004. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005.
3. Encuesta de Tabaquismo en Adolescentes 2002. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.
4. Pitarque R, Perel P, y Sánchez G., Annual Smoking-Attributable Mortality in Argentina 2000. WCTH, Helsinki, Finlandia, 2003.
5. Bruni JM. Costos Directos de la Atención Medica de las Enfermedades Atribuibles al Consumo de Tabaco en Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Proyecto VIGIA. Informe final, 2004.
6. Tambussi A, Schoj V, Perel P y col. Revisión sistemática de estudios de prevalencia de tabaquismo en la Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2003.
7. Minervini MC, Zabert G Rondelli MP y col.: Tobacco Use among Argentine Physicians: Personal Behavior and Attitudes
8. Noble M, Pérez- Stable E y Casal E. El comportamiento medico en relación al tabaquismo. Boletín de la Acad Nac de Medicina. 1996; vol 74 segundo sem.: 413-425
9. Zabert, G.y Verra F .: Estudio FUMAR: reporte final XXXI Congreso AAMR y V Congreso ALAT Buenos Aires 2004..
10. Navaz-Acien A, Peruga A, Breyse P y col. Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003. JAMA. 2004, June 9; Vol. 291(22): 2741-2745
11. Resolución Ministerial 717/97 Prohibición de Fumar. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
12. Papanikolaou GN, Baltogianni MS, Contopoulos- Ioannidis et al. Reporting of conflicts of interest in guidelines of preventive and therapeutic interventions. BMC Med Res Method 2001; 1:3
13. Guidelines developments methods. Information for national collaborating centers and Guidelines Developers. Disponible en NICE www.nice.org.uk

14. The Agree Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, 2001 <http://www.agreecollaboration.org>
15. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Documento extenso. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/info-prof.asp
16. Smoking Cessation. Clinical Practice Guidelines. Ministry of Health, Singapore, 2002
17. Amy Nelson. Using a modified Delphi methodology to develop a competency model for vet practitioners. A Paper Presented in Partial Fulfillment Of the Requirements of RM502E - Advanced Study in Research Methods December 24, 2002
18. Murphy MK, Black NA, Lamping DL et al. Consensus development methods and their uses in clinical practice guidelines. HTA (Health Technology Assesments) 1998; vol 2; Nro 3.
19. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md, 2000. AHRQ publication No 00-0032
20. Lancaster T and Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2005 Oxford: Update Software.
21. Rice VH and Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
22. Lancaster T, and Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
23. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004 Sep 11;364(9438):937-52.
24. Prochaska J and DiClemente C. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. Psychotherapy Theory Res Prac 1982; 19: 276-88.
25. Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente and Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of Smoking. J Consult Clin Psicol. 1988; 56:520-8
26. Guideline for Smoking cessation. National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee) Wellington, New Zealand, ISBN 0-478-25305-2 (Document) ISBN 0478-25306-0 (Internet) First Published in July 1999, Review date March 2004
27. Smoking Cessation Guidelines. How to treat your patients tobacco addiction. Optimal Therapy Initiative. Department of Family and Community Medicine. University of Toronto. Published with the assistance of an education Grant from Novartis Consumer Health Canada Inc. A Pegasus Health Care International Publication 2000.
28. Etter JF, Laszlo E and Perneger TV. Postintervention effect of nicotine replacement therapy on smoking reduction in smokers who are unwilling to quit: randomized trial. J Clin Psychopharmacol. 2004 Apr;24(2):174-9.
29. Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. BMJ 2003;326(7400):1175-7.
30. Prochaska JO and DiClemente CC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992; 47:1102-14.

31. Goldberg DN, Hoffman AM, Farinha MF et al . Physician delivery of smoking-cessation advice based on the stages-of-change model. *Am J Prev Med* 1994; 10:267-74.
32. Prochaska JO. Working in harmony with how people quit smoking naturally. *Rhode Island Med* 1993; 76:493-5.
33. Stead LF and Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
34. Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
35. WestR, McNeill A and Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-999
36. Kym Orsetti, MD , Shon Dwyer, Sharon Sheldon, MPH, et al. University Michigan Health Sistem. Smoking Cessation Guideline, February 2001
37. Jiménez-Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, y col. Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence SPANISH SOCIETY OF PULMONOLOGY AND THORACIC SURGERY (SEPAR) *Arch Bronconeumol* 2003;39(11):514-23
38. Raw M, Anderson P, Batra A, et al WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Recommendations panel *Tobacco Control* 2002;11:444-6
39. Kottke TE, Battista RN, DeFries GH and Brekke ML Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988;259:2883-2889.
40. Sanchez Meca J, Olivares Rodríguez J y Alcazar AI. The Problem of tobacco addiction: Meta-Analysis of Behavioural treatments in Spain. *Psychology in Spain* 1999, Vol 3 Nro 1, 36-45
41. Calvo Fernández JR y Lopez Cabaña A. *El Tabaquismo*. Universidad de Las Palmas Gran Canaria, 2003
42. Abrams DB, Niaura R y Brown RA et al. *The Tobacco dependence Treatment Handbook. A guide to Best Practices*. The Guilford Press. 2003
43. Hajek P and Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
44. Hughes JR, Stead LF and Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
45. Sandi Ronckers and Andre Ament. Cost-effectiveness of treatments for tobacco dependence. A systematic Review of the evidence... *Human Nutrition Population (HNP)* World Bank, February 2003
46. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA et al. The Clinical Effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement Therapy for Smoking cessation.: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 2002. Vol 6. (16)
47. Stead LF, Lancaster T and Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD002850.

48. Balfour DJ. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. *Int J Clin Pract* 2001; 56: 79-83.
49. Gourlay SG, Stead LF and Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
50. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *NEJM* 1999;340:685-91.
51. Guidance on the nicotine replacement Therapy and bupropion for Smoking cessation NICE (National Institute for Clinical Excellence) March 2002
52. Hughes JR, Stead LF and Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
53. Lancaster T and Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
54. Lancaster T and Stead LF. Acetato de plata para dejar de fumar (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford Update Software.
55. Stead LF and Hughes JR. Lobelina para dejar de fumar (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford Update Software.
56. White AR, Rampes H and Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
57. Bier, ID. Wilson, J; Studt, P BS and Shakleton, M.. Acupuncture, Education, and Smoking Cessation: A Randomized, Sham-Controlled Trial. *Am J Public Health*, Volume 92(10).October 2002.1642-1647
58. Abbot NC, Stead LF, White AR and Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
59. Policy Recommendation for Smoking Cessation and treatment of tobacco dependence. *Tools for public health*. Organización Mundial de la Salud 2003.reprinted 2004, Editado por Dra Vera da Costa e Silva.
60. Warner KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. Interpretation of the evidence and implications for coverage. *Pharmacoeconomics* 1997;11(6):53849.
61. Cummings SR, Rubin SM and Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *Journal of the American Medical Association* 1989;261(1):7579.
62. Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM, et al.. Priorities among recommended clinical preventive services. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;21(1):19
63. Coverage for tobacco cessation use services. Why, What and How. Department of Health Human Services. Center for Diseases
http://www.cdc.gov/tobacco/educational_materials/cessation/
64. /Drugs/DrugSafety/ucm259161.htm
65. downloads/Safety/MedWatch/HowToReport/DownloadForms/UCM082725.pdf
66. Drugs/DrugSafety/ucm264436.htm
67. Drugs/DrugSafety/ucm259161.htm
68. Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm106540.htm