



GUÍA NACIONAL DE TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO



| 2005 |

Guía Nacional de Tratamiento de la adicción al tabaco

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Néstor Carlos Kirchner

Ministro de Salud y Ambiente de la Nación

Dr. Ginés González García

Secretario de Programas Sanitarios

Dr. Héctor Daniel Conti

Subsecretario de Programas de Prevención y Promoción

Dr. Andrés Joaquín Leibovich

Guía Nacional de Tratamiento de la adicción al tabaco

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

La presente Guía de Práctica ha recibido el aval de las siguientes instituciones:

Academia Nacional de Medicina
Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR)
Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer
Asociación de Bioquímicos de la Ciudad de Buenos Aires
Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA)
Asociación Médica Argentina (AMA)
Asociación Odontológica Argentina
Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires
Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECCLISA)
Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)
Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA)
Federación Argentina de Cardiología (FAC)
Federación Argentina de Medicina Familiar y general (FAMFYG)
Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPRA)
Federación Médica del Conurbano Bonaerense (FEMECCOM)
Federación Médica Gremial de la Capital Federal (FEMECCA)
Fundación Bioquímica Argentina
Grupo Anti-tabaquismo del Hospital Italiano de Buenos Aires (GRANTAHI)
Instituto de Ciencia y Tecnología Regional (ICTER)
Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC)
Programa ARCONTA (Argentina Contra el Tabaco) Fundación Cardiológica Argentina
Proyecto MEDEF (Medico especialista en dejar de fumar)- Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez
Registro Regional de Tumores del Sur de la Provincia de Buenos Aires
Secretaría de Programación para la Prevención y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)
Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)
Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)
Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)
Sociedad de Neumonología de la Provincia de Córdoba
Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Pcia. de Buenos Aires.
Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires
Superintendencia de Servicios de Salud
Unión Anti-Tabáquica Argentina (UATA)
Universidad Adventista del Plata (UAP)
Universidad Nacional del Comahue

Guía Nacional de Tratamiento de la adicción al tabaco

CONTENIDOS

Acerca de esta Guía	Pág. 3
1. Metodología para la realización de la presente Guía de Práctica	Pág. 5
2. Resumen de las Recomendaciones	Pág. 6
3. Evaluación del estatus de fumador y consejo antitabáquico dado por el equipo de salud	Pág. 8
4. Evaluación de la motivación para dejar de fumar	Pág. 8
5. Intervenciones para los fumadores que aún no están listos para dejar de fumar	Pág. 9
6. Intervenciones para los fumadores listos para dejar de fumar	Pág. 11
7. Recomendaciones para grupos específicos	Pág. 17
8. Intervenciones no recomendadas para el tratamiento del tabaquismo	Pág. 17
9. Intervenciones Institucionales y de Salud Pública	Pág. 17
10. Conclusiones Generales	Pág. 18
Referencias Bibliográficas	Pág. 19

Acerca de esta guía

El desarrollo de la Guía de Práctica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco ha sido promovido y financiado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en el marco del **Programa Nacional de Control del Tabaco**.

Estas recomendaciones están basadas en la mejor evidencia disponible y fueron consensuadas con un panel de expertos durante los meses de diciembre de 2004 a abril de 2005, siguiendo una metodología rigurosa y formal de consenso.

Esta Guía de práctica clínica fue desarrollada simultáneamente con la Guía de Instituciones de Salud Libres de Humo (por el mismo equipo de expertos y bajo la misma metodología) en razón de que el compromiso del equipo de salud con el tratamiento del tabaquismo está íntimamente relacionado con el cambio cultural que conlleva la implementación de hospitales y centros de salud libres de humo. Para ambas Guías de Práctica se elaboraron dos reportes: un Reporte Breve y un Reporte Extenso. Este documento constituye el Reporte Breve de la Guía Nacional de Tratamiento de la adicción al Tabaco. Tanto los reportes breves como los extensos de ambas guías se encuentran disponible en la página web del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación: <http://www.msal.gov.ar>.

Justificación

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo. Es responsable de 5.000.000 de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el 2030, de no mediar acciones para contrarrestar la situación¹. Se observa un claro desplazamiento de la epidemia hacia los países de menor desarrollo y hacia aquellos países que poseen regulaciones débiles a los productos del tabaco.

La situación en Argentina es aún alarmante, si bien en el 2004 se observó una disminución en el consumo respecto de las encuestas anteriores. Actualmente fuma el 34% de la población adulta², 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 tempranas³. Cada año mueren 40.000 argentinos debido a enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco⁴.

Nuestro país gasta \$ 4.300 millones de pesos anuales (a valores del 2003) en el tratamiento de patologías tabaco dependientes⁵. Esto representa el 15.5 % del gasto total

en salud, no compensado por las recaudaciones obtenidas por el conjunto de impuestos al tabaco que, para el año 2003, fueron de \$ 2.500 millones.

Se observa que, en nuestro país, la prevalencia de consumo entre los profesionales de la salud es similar a la población general⁶. 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 mismos ha recibido entrenamiento acerca de cómo brindar este tipo de consejo y el 92% manifestó la necesidad de mejorar su capacitación en tabaquismo⁷. Solamente el 6.5% de los médicos encuestados reconoció utilizar reemplazo nicotínico en el tratamiento de la cesación⁸. La situación en el pre-grado es igualmente insatisfactoria pues sólo el 1.7% de los estudiantes de medicina conoce una intervención breve para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.⁹

Una encuesta reciente muestra que un 56% de los fumadores argentinos quiere dejar de fumar y que el 24.5% se encuentra listo para dejar de fumar en un mes.² Es decir que hoy hay dos millones de fumadores preparados para dejar de fumar y 1 millón que quiere hacerlo incluso antes de los 30 días. Se encuentra en estudio un proyecto para que el tratamiento de la dependencia a la nicotina sea cubierto por el sector público y la seguridad social. Sin embargo, el equipo de salud no está preparado para absorber esta potencial demanda ni capacitado para una eficaz intervención.

“El problema del tabaquismo en Argentina resulta paradójico: alta prevalencia, altas tasas de mortalidad y altos costos para el sistema de salud y sin embargo, a pesar de haber tratamiento efectivo y costo-efectivo, el equipo de salud está escasamente capacitado y motivado para la intervención, se fuma en los hospitales y no se cuenta aún con cobertura para los tratamientos de la cesación.”

La situación de Argentina es igualmente alarmante 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 ajeno¹⁰ y en la mayoría

de los hospitales se fuma a pesar de la legislación vigente que lo prohíbe¹¹. La encuesta de tabaquismo en grandes ciudades del 2004 muestra que el 67% de la población está expuesta en los hogares y 90% en otros ámbitos².

Para hacer frente a esta realidad, el **Programa Nacional de Control del Tabaco** está desarrollando un abordaje integral de la problemática del tabaquismo, promoviendo a través de legislación el aumento de impuestos al tabaco y la restricción máxima de la publicidad, la promoción de ambientes libres de humo de tabaco, campañas de comunicación social y la promoción del abandono de la adicción a través 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.

En este marco se comprende la importancia de estas Guías de Práctica Clínica, que tienen el propósito de brindar un instrumento consensuado para promover la capacitación del equipo de salud y el compromiso de las instituciones sanitarias para favorecer el control del tabaco en nuestro país.

Panel de Expertos Integrantes del Equipo de Consenso

Un panel de 20 expertos en tabaquismo reconocidos en Argentina y provenientes de entidades académicas, científicas e instituciones representativas del control del tabaco de diversas regiones del país, participó de una metodología formal de consenso para arribar a las recomendaciones finales.

Coordinadores del panel de consenso:

Dra. Verónica Schoj (Médica especialista en Medicina familiar y Mg (C) en el Programa de efectividad Clínica y Sanitaria) y Dra. Ana Tambussi (Médica especialista en cardiología)

Integrantes del panel de consenso:

Dra. Ethel Alderete (Doctora en Salud Pública), Lic. Leonardo Daino (Lic. en Antropología), Mg. Daniel Gutiérrez (Lic. en Enfermería y Magister en estupefacientes)^a, Dr. Eduardo Laura (Doctor en Medicina), Dr. Bartolomé Lungo (Médico especialista en Neumonología), Dr. Raúl Mejía (Doctor de la Universidad

de Buenos Aires, especialista en Clínica Médica), Dra. Paola Morello (Médica especialista en Pediatría y Master en Salud Pública), Dra. Susana Nahabedian (Médica especialista en Neumonología y Clínica), Dra. María Noble (Médica, especialista en Clínica y Medicina Interna), Dr. Diego Perazzo (Dr. En Medicina, especialista en Oncología)^b, Dr. Ricardo Rassmussen (Médico especialista en Cardiología y Medicina del Deporte), Lic. Gabriela Regueira (Lic. en Psicología), Dra. Corina Samaniego (Doctora en Psicología y Master of Public Health (MPH)), Dr. Herman Schargrotsky (Médico especialista en Cardiología), Dr. Fernando Verra (Doctor en Medicina, especialista en Medicina Interna), Dr. Guillermo Williams (Médico, especialista en Pediatría y Salud Pública)^c, Dr. Gustavo Zabert (Médico especialista en Neumonología), y Lic. Ana María Zanutto (Lic. en Trabajo Social)^d.

Agradecemos a otros expertos que colaboraron desinteresadamente con el proyecto.

Acorde a las recomendaciones internacionales los participantes del panel firmaron una declaración de conflictos de intereses y pusieron de manifiesto eventuales vinculaciones con la industria farmacéutica¹².

^a En colaboración con la Lic. Blanca Iturbide (Lic. en enfermería), Universidad Adventista del Plata.

^b En colaboración con la Dra. Marta Angueira. (Medica Cardióloga), UATA.

^c En colaboración con la Dra. Cecilia Santa María, (Medica Dermatóloga) Programa Nacional de Garantía de Calidad

^d En colaboración con el Equipo "Proyecto MEDEF" (médico especialista en hacer dejar de fumar) Director: Dr. Fernando W. Müller.

1 Metodología para la realización de la presente Guía de Práctica

El protocolo de planificación y desarrollo de la presente Guía esta basado en las recomendaciones del NICE¹³ (National Institute of Clinical Excellence) y en las recomendaciones de AGREE¹⁴ (Appraisal of Guidelines Reserch and Evaluation). Un desarrollo completo de la metodología de esta Guía se encuentra en la versión extensa disponible en la página web del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación¹⁵

Los **Objetivos** de esta Guía son:

- 1) Incrementar el porcentaje de fumadores que dejan de fumar en nuestro país.
- 2) Asegurar que todos los trabajadores de la salud tengan las herramientas básicas para facilitar el proceso de recuperación de la dependencia al tabaco.
- 3) Proveer las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible de efectividad y costo-efectividad de los tratamientos para dejar de fumar.
- 4) Adaptar la mejor evidencia disponible al marco local a partir del consenso de los referentes nacionales, a fin de incrementar la factibilidad y aplicabilidad de las recomendaciones.

Se trata de una **guía de terapéutica** clínica en la que se desarrolla el abordaje de intervenciones eficaces para todos los fumadores, estén estos preparados o no para dejar de fumar.

Los **destinatarios** de la guía son: todos los integrantes del equipo de salud, estudiantes de pre-grado de todas las carreras vinculadas a la salud, promotores y educadores para la salud, proveedores y administradores de servicios de salud y funcionarios de salud pública. Los **beneficiarios** de estas recomendaciones son todos los fumadores, incluyendo grupos especiales como embarazadas y adolescentes, entre otros.

La **búsqueda, selección y clasificación** de la evidencia disponible se realizó siguiendo un protocolo acorde a las recomendaciones del NICE antes citado. Los niveles de **evidencia y grados de recomendación** pueden verse en las tablas 1 y 2 respectivamente y estos están basados en múltiples experiencias internacionales.¹³⁻¹⁶

Se empleó una **metodología de consenso** Formal para la elaboración de las recomendaciones por parte del panel de expertos a través de la utilización del método Delphi modificado.¹⁷⁻¹⁸

Para incluir la **visión de los usuarios**, sus valores y preferencias se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad de fumadores cuyos resultados pueden

verse en el documento extenso de la guía de práctica. Por otro lado se reportan datos de opinión de la población fumadora argentina obtenidos a través de una encuesta de hogares de carácter nacional llevada a cabo por el Ministerio de Salud y Ambiente durante el año 2004, en los cinco principales centros urbanos del país. La misma recogió información sobre consumo, etapas de cambio, acceso a los sistemas de salud para dejar de fumar, demanda de servicios y opinión sobre implementación de ambientes libres de humo, entre otros.²

Para el proceso de **validación de la guía**, el documento preliminar finalmente consensuado por el panel, fue sometido a evaluación externa por un grupo de expertos nacionales que no habiendo participado del desarrollo de la guía, evaluaron la misma a través del instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Reserch and Evaluation) en su versión validada al español.¹⁴ El detalle de dichas evaluaciones se encuentra en la versión extensa de la guía.¹⁵

Tabla 1: Niveles de Evidencia

Nivel	Tipo de evidencia
la	Evidencia obtenida de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
lb	Evidencia obtenida de por lo menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
IIa	Evidencia obtenida de por lo menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización
IIb	Evidencia obtenida de por lo menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados (estudios observacionales) tales como estudios comparativos (cohortes, casos y controles), de correlación (ecológicos) o series de casos.
IV	Evidencia obtenida de opiniones o reportes de expertos, u opiniones de experiencias clínicas de autoridades reconocidas.

Tabla 2: Grados de Recomendación

Grado	Recomendación
[A] (evidencia la y lb)	Requiere al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado como parte del cuerpo de evidencia que cumpla con los requerimientos específicos de buena calidad y sea consistente con la recomendación.
[B] (evidencia IIa, IIb y III)	Requiere disponibilidad de estudios clínicos (cuasi-experimentales u observacionales) bien diseñados pero no randomizados.
[C] (evidencia IV)	Requiere de evidencia obtenida de reportes de comité de expertos y opinión/ experiencia clínica de autoridades reconocidas. Indica ausencia de estudios clínicos de buena calidad sobre el tema.
[RPG] (Recomendación de la Presente Guía)	Recomendaciones de buena práctica basadas en la experiencia clínica del grupo de consenso de desarrollo de la guía. Representa los aportes locales.

2 Resumen de las Recomendaciones

N°	Recomendación	Grado*
EVALUACIÓN DEL ESTATUS DE FUMADOR Y CONSEJO ANTITABÁQUICO DADO POR EL EQUIPO DE SALUD		
1	• Se recomienda interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente.	[A]
2	• 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.	[RPG]
3	• Se recomienda que en cada consulta los médicos brinden un breve consejo para dejar de fumar a todos los fumadores, dado que esta simple intervención incrementa las tasas de cesación.	[A]
4	• Se recomienda que los enfermeros brinden un breve consejo para dejar de fumar a todos los fumadores en cada oportunidad de contacto, dado que esta breve intervención incrementa las tasas de cesación.	[A]
EVALUACIÓN DE LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR		
5	• Se recomienda que todo el equipo de salud, evalúe la motivación del fumador para dejar de fumar, en cada oportunidad de contacto.	[C]
INTERVENCIONES EN LOS FUMADORES QUE AUN NO ESTÁN LISTOS PARA DEJAR DE FUMAR		
6	• 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.	[C]
INTERVENCIONES EN LOS FUMADORES QUE ESTÁN LISTOS PARA DEJAR DE FUMAR		
7	• 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.	[A]
8	• Para la realización de intervenciones psico-sociales se recomienda utilizar los siguientes componentes terapéuticos de demostrada eficacia: 1) desarrollo de habilidades y resolución de problemas, 2) apoyo profesional y 3) apoyo social.	[B]
9	• 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.	[B]
10	• Se recomienda que siempre que sea posible, los fumadores participen de intervenciones psico-sociales intensivas para dejar de fumar, dado que éstas constituyen la estrategia más efectiva y costo-efectiva para la cesación.	[A]
11	• Se recomienda promover el desarrollo de todos los formatos de intervenciones intensivas psico-sociales , ya sean presenciales (individuales o grupales) o telefónicos, dado que todos han demostrado ser efectivos.	[B]
12	• Se recomienda por igual el uso de intervenciones intensivas psico-sociales , tanto grupales como individuales, jerarquizando para su elección las preferencias de los usuarios.	[A]
13	• Se recomienda implementar tratamientos psico-sociales tan intensivos como sea posible, dado que a mayor tiempo de contacto de intervención psico-social, mayor tasa de cesación.	[C]
14	• Se recomienda que las intervenciones intensivas psico-sociales incluyan como mínimo 4 encuentros, de al menos 10 minutos cada uno y con una frecuencia mínima de 1 encuentro semanal.	[A]
15	• Una intervención intensiva psico-social puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud, adecuadamente capacitado.	[A]
16	• Se recomienda que las intervenciones intensivas psico-sociales sean brindadas por 2 o más integrantes del equipo de salud provenientes de diversas disciplinas, dado que el trabajo interdisciplinario ha demostrado mejorar los resultados obtenidos.	[A]
17	• 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 el mismo duplica la chance de éxito del intento. 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.	[A]
18	• Se recomienda que los fumadores motivados para dejar de fumar reciban tratamiento farmacológico acompañado siempre de una intervención psico-social, al menos breve.	[A]
19	• Se recomienda que para el tratamiento farmacológico de la cesación se utilicen drogas de primera línea: sustitutos nicotínicos y bupropion.	[A]
20	• Se recomienda que para el tratamiento farmacológico de la cesación se utilicen drogas de segunda línea, clonidina o nortriptilina, solo cuando no puedan utilizarse o no estén disponibles las drogas de primera línea.	[A]
21	• 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.	[A]

* Grado de Recomendación acorde a niveles de evidencia según se muestra en tablas 1 y 2

N°	Recomendación	Grado*
INTERVENCIONES EN LOS FUMADORES QUE ESTÁN LISTOS PARA DEJAR DE FUMAR (cont...)		
22	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	[C]
23	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	[A]
24	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda que la utilización de tratamientos farmacológicos combinados se reserve exclusivamente para circunstancias especiales como alto nivel de dependencia, comorbilidades severas o antecedentes de intentos de cesación frustrados con un solo fármaco. 	[C]
25	<ul style="list-style-type: none"> 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 y 4) recomiende bupropion o chicles de nicotina ya que han demostrado retardar el aumento de peso. 	[C]
RECOMENDACIONES PARA GRUPOS ESPECÍFICOS		
26	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda que los profesionales de la salud investiguen el consumo de tabaco en los niños y adolescentes, y 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 psico-social. 	[C]
27	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda ofrecer a las fumadoras embarazadas, una intervención psico-social intensiva para estimularlas a dejar de fumar cada vez que sea posible y a lo largo de todo el embarazo. 	[C]
28	<ul style="list-style-type: none"> 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 psico-social y farmacológico de estos casos puede requerir consideraciones particulares. 	[RPG]
29	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	[A]
30	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	[C]
31	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica reciban, siempre que sea posible, tratamiento intensivo psico-social y tratamiento farmacológico con terapia de sustitución nicotínica. 	[A]
INTERVENCIONES NO RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO		
32	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda el uso de tratamientos sobre los cuales existe insuficiente evidencia que avale su utilización (láser, electroestimulación, mecamilamina, naltrexona, lobelina, 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) 	[A]
INTERVENCIONES INSTITUCIONALES Y DE SALUD PUBLICA		
33	<ul style="list-style-type: none"> 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 pre-grado 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 psico-social y farmacológico de la dependencia al tabaco y 6) Remunerar económicamente a los profesionales que brinden este tratamiento. 	[B]
34	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	[RPG]
35	<ul style="list-style-type: none"> 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, concursos Abandone y Gane 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. 	[RPG]

3 Evaluación del estatus de fumador y consejo antitabáquico dado por el equipo de salud.

Toda persona que consulta al sistema de salud debe ser interrogada sobre su consumo de tabaco. La respuesta debe ser registrada sistemáticamente en un lugar visible de su historia clínica. Esta simple medida triplica la chance de intervención en cesación por parte del equipo de salud.¹⁹

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.²⁰ Evidencia similar, aunque de una efectividad algo menor, se observa cuando el consejo es brindado por los enfermeros.²¹

Si bien es cierto que las intervenciones intensivas brindadas por múltiples profesionales del equipo de salud son efectivas, no hay evidencia disponible que haya evaluado el consejo breve brindado por profesionales de la salud²² que no sean médicos o enfermeros. No obstante es razonable concluir que si el consejo es efectivo al ser dado por médicos y enfermeros, su efectividad pueda ser extensible a todo el equipo de salud.

Es útil brindar información sobre los beneficios del dejar de fumar de manera personalizada, relacionándolo con las condiciones de salud de cada fumador.

Un ejemplo de consejo puede ser: **“..Lo mejor que podría hacer por su salud es dejar de fumar....”**

“El consejo antitabáquico debe dirigirse a **“no fumar”** y no a **“fumar menos”** y vale la pena enfatizar que el tabaquismo es una adicción y, por lo tanto, resulta prácticamente imposible controlar el consumo. Además, existe evidencia reciente que demuestra que fumar poca cantidad (1 a 5 cigarrillos/ día) incrementa en un 40% el riesgo de infarto de miocardio²³, por lo que es importante desmitificar al bajo consumo como inocuo.”

4 Evaluación de la motivación para dejar de fumar.

Para la evaluación de la motivación para dejar de fumar se recomienda utilizar el modelo transteorético de Prochaska y DiClemente.^{24,25}

Estos autores describieron una serie de “etapas” en las adicciones, por las que todo adicto progresa de manera evolutiva y cíclica.

Estas etapas son conocidas como **Etapas de cambio** y son las que se detallan a continuación:

Etapas 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.

Etapas de contemplación: los fumadores reconocen tener un problema físico o psíquico causado por la adicción pero se muestran ambivalentes ante la decisión de cambio.

Etapas de preparación: la ambivalencia se va transformando en determinación para cambiar y aparece un plan de dejar de fumar.

Etapas de acción: el fumador puede entrar en acción y modificar su conducta respecto de su adicción.

Etapas de mantenimiento: la persona desarrolla estrategias para mantenerse sin fumar.

Etapas de recaída: el adicto vuelve a fumar, hecho altamente frecuente como parte del proceso de recuperación.

Existe amplia experiencia clínica a nivel mundial de la utilización de este modelo teórico para la evaluación de la motivación para dejar de fumar y la adecuación de las intervenciones acorde a dichas “etapas de cambio”. Tal es su difusión, que al menos 16 guías de práctica clínica revisadas, provenientes de diversos lugares del mundo, recomiendan este marco teórico para la evaluación de la motivación y el abordaje terapéutico.^{19,26,27}

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. (Ver gráfico 1). 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.²⁸

La tarea del profesional de la salud es, en cada caso, realizar la intervención motivacional adecuada para ayudar al fumador a avanzar en su proceso madurativo de recuperación.

5 Intervenciones en los fumadores que aún no están listos para dejar de fumar

Las intervenciones adecuadas a cada etapa de cambio están basadas en el modelo transteorético de Prochaska y DiClemente antes descrito.^{27,28}

A pesar de su extenso uso, la evidencia de efectividad que surge de la utilización de este modelo es aún insuficiente. Un meta-análisis de 23 ensayos clínicos comparó la efectividad de la intervención basada o no en el modelo de etapas de cambio. 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.²⁹ 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.

Es probable que la escasa evidencia de efectividad tenga que ver con problemas en el diseño de los estudios y no con la ineffectividad del modelo.

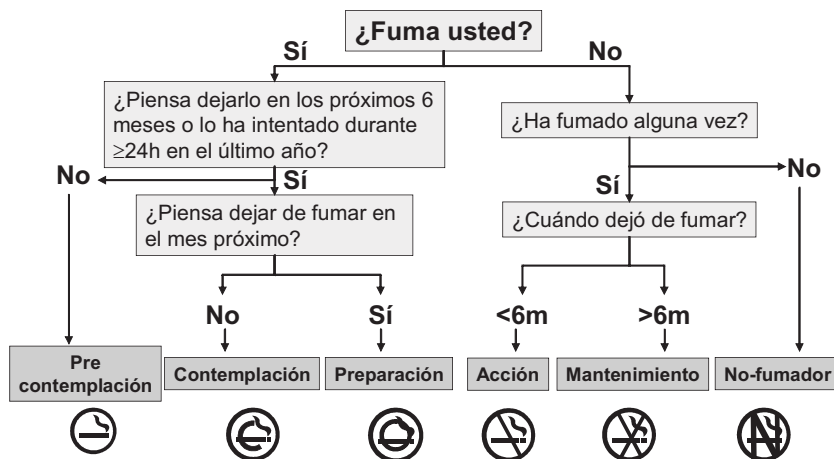
Sin intervención, los fumadores pueden permanecer estáticos en el proceso evolutivo de la adicción.

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.³⁰⁻³¹⁻³²

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.

En la Tabla 3 se sintetizan las intervenciones motivacionales dirigidas a fumadores aún no preparados para dejar de fumar.

Gráfico 1: Evaluación de la motivación: determinación de la etapa de cambio. Modelo Transteorético de Prochaska y Diclemente, Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



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.

Tabla 3: Intervenciones motivacionales en fumadores aún no preparados para dejar de fumar (pre-contemplativos y contemplativos). Adaptada de Fiore y col 2000¹⁹

PROPÓSITO	ESTRATEGIA
1) Razones personales para dejar de fumar	El impacto de la motivación será mayor si se jerarquizan las propias razones o motivos del fumador. Proveer información sobre buenas razones para dejar de fumar e intentar conectarlas con los síntomas que presenta el paciente. Cuáles cree que podrían ser razones importantes para dejar de fumar?
2) Riesgos del tabaquismo	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?
3) Beneficios de abandonar	Se deben jerarquizar las prioridades del paciente. Proveer información sobre los beneficios posibles: como mejorar la salud general , 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?
4) Obstáculos para abandonar	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?
5) Evaluación de intentos anteriores de cesación	Debe indagarse cómo fueron estos intentos, cuánto tiempo estuvo sin fumar, qué fue útil, por qué volvió a fumar y qué cree haber aprendido de esos episodios anteriores.
6) Repetición continua de la intervención y ofrecimiento de ayuda explícita	Esto debe realizarse siempre que se pueda, en cada visita. Conectar, cada vez que se pueda, el síntoma de consulta con el tabaquismo. Ofrecer ayuda explícita: mostrarse interesado en ayudarlo a dejar de fumar y ofrecer una entrevista para iniciar un programa de tratamiento, explicar que hay tratamiento y que está a su alcance.

6 Intervenciones en los fumadores que están listos para dejar de fumar

De acuerdo a la evidencia disponible todos los fumadores que quieren dejar de fumar deben recibir dos tipos de intervenciones: una intervención psico-social dirigida a tratar la dependencia psíquica y social y una intervención farmacológica para aliviar la dependencia física.

La intervención psico-social (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.²²⁻³³

La intervención farmacológica debe ofrecerse a la mayoría de los fumadores (**ver en apartado específico**). Los fármacos no deben utilizarse como una estrategia terapéutica aislada, dado que su eficacia depende de su utilización en un marco terapéutico psico-social.³⁴ La indicación de farmacoterapia es independiente del formato terapéutico psico-social que se utilice (sea éste breve o intensivo).

A. 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.^{19, 35, 36, 37, 38}

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 en la tabla 4.

Tabla 4: Los 5 componentes de las intervenciones breves.

- 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 psico-social
 - Intervención farmacológica
- 5 Elaborar un plan de seguimiento

Los ítems 1, 2, y 3 de la intervención breve que se enumeran en la tabla 4 ya fueron desarrollados previamente, por lo cual tratamos seguidamente los ítems 4 y 5:

4) Elaborar un programa de tratamiento

Un programa de tratamiento debe incluir **3 elementos claves**:

a) Fecha de abandono

La chance de éxito es 4 veces mayor cuando se deja de fumar en un día determinado y súbitamente, que cuando se baja paulatinamente la cantidad.³⁹

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. 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 psico-social

Incluye esta categoría una amplia variedad de intervenciones que van desde modalidades de autoayuda hasta líneas telefónicas proactivas, asesoramiento individual y grupal.¹⁹

La literatura disponible señala que las estrategias psico-sociales, provenientes de diversos marcos teóricos psicológicos (mayoritariamente de la Teoría cognitivo-conductual)⁴⁰⁻⁴¹⁻⁴² 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 desarrolle 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, 2) el apoyo social como parte del tratamiento clínico y 3) el apoyo social fuera del programa de tratamiento, brindado por familiares, amigos, etc..**³³

1. Desarrollo de habilidades y solución de problemas: consiste en un conjunto de intervenciones sustentadas en el marco teórico cognitivo-conductual que le permiten al fumador

desarrollar una serie de habilidades que contribuyen a modificar 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.³³

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 de fumar**) 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, para que 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 o 3 minutos, por lo que es importante tener a mano una estrategia sustitutiva hasta que el síntoma pase.

2. Apoyo social como parte del tratamiento: 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, **augmentar 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. Apoyo social brindado por familiares y amigos: consiste en un conjunto de estrategias que ayudan al fumador a conseguir apoyo de su entorno social:

A) Conseguir colaboración y compromiso de familiares y amigos en la puesta en marcha de las estrategias y de todo el proceso de recuperación.

B) 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.

En la Tabla 5 (ver pag. 13) se resumen las estrategias para poner en práctica los 3 puntos antes mencionados. Dichas estrategias son muy sencillas y pueden ser implementadas por cualquier integrante del equipo de salud adecuadamente entrenado.

Un cuarto 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.⁴³ Por otra parte debido al riesgo de toxicidad y a la baja aceptabilidad social¹¹⁻¹⁹ se las excluye de la presente recomendación al igual que de la mayoría de las guías de práctica clínica.

c) 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 psico-social.³⁴⁻⁴⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶ Ver apartado de farmacoterapia.

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 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. En la versión extensa de la guía se detalla abundante información sobre el manejo de esta y otras problemáticas residuales.

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.

Las intervenciones breves son un conjunto de estrategias altamente eficaces para dejar de fumar. Están integradas por 5 componentes: registro del estatus tabáquico, consejo, evaluación de la motivación, tratamiento y seguimiento. Pueden ser brindadas por cualquier profesional de la salud, y son altamente factibles de implementar en la práctica clínica cotidiana

Tabla 5: Estrategias conductuales efectivas para fumadores preparados para dejar de fumar. Adaptada de Fiore y col 2000¹⁹

Terapias psico-sociales.	Estrategias	Ejemplos
DESARROLLO DE HABILIDADES Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Identificar SITUACIONES DE RIESGO O GATILLO de volver a fumar.	<ul style="list-style-type: none"> 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.
	Implementar ESTRATEGIAS SUSTITUTIVAS al acto de fumar.	<ul style="list-style-type: none"> 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 la NATURALEZA DEL TABAQUISMO Y CLAVES PARA EL ÉXITO	<ul style="list-style-type: none"> 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 o 3 minutos y que la estrategia sustitutiva es clave para atravesar ese momento de urgencia. Alertar que una sola “pitada” puede implicar una recaída.
APOYO BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALUD	Favorecer la ESTIMULACIÓN PARA EL ABANDONO.	<ul style="list-style-type: none"> Transmitir que existe un tratamiento efectivo para dejar de fumar. Que la mitad de la gente que alguna vez fumó, pudo dejar. Transmitir confianza en la capacidad de lograrlo.
	Ofrecer CUIDADO Responder INQUIETUDES Desmitificar TEMORES	<ul style="list-style-type: none"> 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.
	Favorecer la ELABORACIÓN DEL PROCESO DE ABANDONO	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar y trabajar sobre: <ul style="list-style-type: none"> 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.
APOYO SOCIAL Y FAMILIAR	Solicitar SOPORTE SOCIAL Y FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> 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.
	Facilitar el desarrollo de HABILIDADES PARA CONSEGUIR SOPORTE	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a los fumadores a identificar a las posibles personas que le brinden contención y apoyo en el proceso de recuperación. Por ej: 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 telefónicas.
	Estimular el SOPORTE A OTROS FUMADORES	<ul style="list-style-type: none"> Ser apoyo de otros fumadores para que dejen de fumar. Invitar a otras personas a sesiones para dejar de fumar.

B. 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 psico-social 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 (ya descripto). La diferencia entre ambas esta 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 psico-social (medida en tiempo de contacto) y la tasa de éxito. Es decir cuanto más tiempo los profesionales de la salud dedican a una intervención psico-social, mayor es la tasa de cesación.^{19 22 33}

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.¹⁹ Otros autores, sin embargo, recomiendan 5 encuentros de al menos una hora de duración con un seguimiento post cesación de un mes.³⁸

En nuestro país, las intervenciones intensivas grupales suelen ser más prolongadas (6 encuentros de una o dos horas cada uno aproximadamente). Variaciones en la intensidad quedan a criterio del equipo interviniente y de las posibilidades locales de implementación.

Una intervención intensiva psico-social puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado para tal fin, dado que hay evidencia de que la efectividad es alta, independientemente de quien la brinda.^{19 22 33}

Una intervención intensiva psico-social es más efectiva si 2 o más profesionales de diversas disciplinas de la salud trabajan en conjunto.¹⁹

Todos los formatos de intervención psico-social, ya sean presenciales (grupales o individuales) o brindados por líneas telefónicas, son altamente efectivos para ayudar a dejar de fumar y poseen las tasas mas elevadas de cesación y costo-efectividad.⁴⁷ Por esto todos 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. Solo 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 psico-social 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.

*Las **intervenciones psico-sociales intensivas** son altamente eficaces y costo-efectivas para dejar de fumar. Todos los formatos individuales o grupales, telefónicos o presenciales son útiles, por lo que debe promoverse el desarrollo de todos ellos para aumentar la oferta de servicios de cesación y complementar las intervenciones breves de la práctica asistencial convencional.*

C. Farmacoterapia del tabaquismo

La intervención farmacológica constituye una herramienta terapéutica eficaz dado que duplica la chance de éxito de un intento de cesación a través del control de los síntomas de abstinencia, independientemente de la intensidad de la intervención psico-social.³⁴⁻⁴⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶

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 psico-social y su prescripción debe realizarse en el momento evolutivo adecuado de la dependencia (fase de preparación-acción de Prochaska).^{16 19 24 25 37 38} Proporcionar farmacoterapia a fumadores en etapas inmaduras del proceso (por ejemplo contemplación o 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 tales como: consumo menor de 10 cigarrillos/día, contraindicación médica, embarazo, lactancia o adolescencia. Sin embargo las contraindicaciones para su uso en estas poblaciones son relativas.¹⁹⁻³⁸

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 solo 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.

Fármacos de primera línea:

Sustitutos nicotínicos: Existen diversas formas farmacéuticas de sustitutos (parches, chicles, spray nasal, inhalador bucal, y tabletas sublinguales.). El principio activo es la nicotina (un potente estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC) con receptor colinérgico específico) que ingresa a la sangre y llega al SNC, controlando los síntomas de abstinencia. En el caso de los parches, estos actúan desensibilizando los receptores nicotínico a los pulsos de nicotina que se producen con cada pitada (efecto de tolerancia).

Bupropion: Es un antidepresivo atípico, del que no se conoce con exactitud su mecanismo de acción, aunque se sabe que inhibe la recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina en los núcleos accumbens y coeruleus. Al aumentar los niveles de dopamina en el espacio sináptico (efecto similar al que provoca la nicotina) ayuda a controlar los síntomas de abstinencia. Estudios recientes muestran que sería un inhibidor funcional no competitivo de los receptores nicotínicos de la acetilcolina. Esta actividad anti-nicotínica podría ser un contribuyente de su efecto terapéutico⁴⁸.

Fármacos de segunda línea:

Clonidina: Es un agonista alfa adrenérgico

Nortriptilina: Es un antidepresivo tricíclico de segunda generación.

Estos fármacos son eficaces para la cesación⁴⁴⁻⁴⁹, pero se usan sólo como tratamientos de segunda línea debido a su alta tasa de efectos adversos.

Elección de fármaco inicial

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 compara⁵⁰, 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 meta-análisis donde el efecto de la TSN duplica al placebo.³⁴

Por tal motivo es necesario esperar a la realización de nuevos estudios para corroborar dicha información y 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 el costo del tratamiento. En cuanto a las contraindicaciones, existe evidencia contundente que prueba la seguridad y excelente tolerancia de los parches de nicotina, por lo que no hay contraindicaciones absolutas para su uso. Contraindicaciones relativas pueden ser la presencia de dermatosis extensa, y el embarazo (por razones de teratogénesis de la nicotina).

En cuanto al bupropion, está contraindicado en epilépticos (o personas que hayan tenido convulsiones), en alcohólicos, en personas con antecedentes de trastornos alimentarios y en pacientes con arritmias cardíacas graves. Para un informe más detallado de contraindicaciones y de eventos adversos consultar la versión extensa de la guía.¹⁵

En nuestro país, al momento de la realización de esta guía, no se encuentran disponibles chicles ni otros sustitutos de la nicotina en el mercado a excepción de los parches. 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 de los mismos 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. Tanto los sustitutos de nicotina como el bupropion constituyen fármacos de primera línea por lo que su elección depende de las preferencias del paciente, disponibilidad, costo, perfil de efectos adversos y **contraindicaciones**.*

Terapias combinadas

Existe una limitada evidencia para recomendar de modo generalizado la terapia con sustitutos nicotínicos combinados y con tratamiento combinado de parches y bupropion. Esto puede recomendarse en casos especiales como severo nivel de dependencia, comorbilidades severas y antecedentes de intentos frustrados con un solo fármaco.¹⁹ No debe perderse de vista que la combinación incrementa significativamente los costos, reduce la costo-efectividad y limita la adherencia.

¿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.³⁴ Discontinuar el parche a través de descenso progresivo de la dosis es tan efectivo como discontinuarlo abruptamente.^{19 34} Los parches de 16 hs. (quitándolos durante la noche) son tan efectivos como los de 24 hs.

Se recomienda iniciar tratamiento con bupropion al menos una semana antes del día de abandono y prolongarse 7 a 9 semanas post cesación. Su discontinuación no requiere de descenso progresivo.^{19 44 51}

Dosificación e instrucciones para su uso

La adecuada prescripción al paciente, es un elemento clave para la adherencia y la eficacia del tratamiento. Las dosis e instrucciones para el tratamiento se describen en la tabla 6.

Parches: se debe colocar un parche por día, a la mañana al levantarse y sacarlo al día siguiente en el mismo momento en que se coloca un parche nuevo. Si ocasionara picazón o irritación local puede aliviarse con una crema de hidrocortisona al 1%. Si ocasionara insomnio, se recomienda colocar el parche durante 16 horas (retirar el parche para dormir).

Bupropion: es fundamental que la segunda toma se realice a la tarde para evitar el insomnio.

Tabla 6: Prescripción de tratamiento farmacológico

Tratamientos Farmacológicos	Dosis e Instrucciones	Duración del tratamiento
Primera línea disponible en Argentina	Parche de nicotina Deben colocarse en una zona seca, sin vello, del tronco o miembros superiores y rotar el sitio de colocación. 21mg/ 24 hs.(parche de 30 cm3) 4 semanas 14/mg/24 hs (parche de 20 cm3) 2 semanas 7 mg/24hs. (parche de 10 cm3) 2 semanas o Si el paciente fuma menos de 10 cigarrillo/día comenzar con el parche de 14 mg/24hs (20cm3).	8 semanas
	Bupropion 150mg los primeros 3-4 días, luego 2 tomas de 150 mg /día (mañana y tarde con 8 hs de intervalo inter-dosis). Evitar toma nocturna por insomnio. Comenzar 1 o 2 semanas antes de la fecha de abandono.	9 semanas.
Segunda línea	Clonidina 0.15 a 0.75 mg./día en 2 tomas Advertir al paciente que no debe suspenderse súbitamente por su efecto rebote.	3 -10 semanas
	Nortriptilina 75 a 100 mg. /día. Comenzar con 25 mg/día e ir incrementando paulatinamente.	12 semanas

7 Recomendaciones para grupos específicos

Se han desarrollado recomendaciones para poblaciones especiales como adolescentes, embarazadas, pacientes hospitalizados, con comorbilidades severas cardiovasculares, respiratorias o psiquiátricas y estas se describen en la versión extensa de la Guía¹⁵.

8 Intervenciones no recomendadas para el tratamiento del tabaquismo

El panel de expertos desaconseja los tratamientos que no están respaldados por la evidencia científica.

Existen numerosos meta-análisis que han evaluado la eficacia de estos tratamientos.

Existe **insuficiente evidencia** como para recomendar la utilización de: ansiolíticos (diazepam, meprobamate, metoprolol, oxprenolol y buspirone)⁵², antagonista nicotínico (mecamilamina)⁵³, opioides (naltrexona), acetato de plata⁵⁴, agonista parcial nicotínico (lobelina)⁵⁵, terapias aversivas⁴³ acupuntura, láser terapia o electroestimulación⁵⁶. Un ensayo clínico posterior al meta-análisis antes citado reporta tasas de cesación con auriculoterapia que duplican al placebo⁵⁷. Estos datos deben ser aún confirmados por otros estudios.

La hipnoterapia⁵⁸, otros antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (sertralina, fluoxetina y paroxetina)⁴⁴ han demostrado ser ineficaces.

9 Intervenciones Institucionales y de Salud Pública

Marco regulatorio necesario para el tratamiento de la adicción al tabaco

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 así que una multi-estrategia de cesación debe incluir líneas gratuitas de ayuda telefónica, concursos Abandone y Gane, una campaña de comunicación social sostenida en el tiempo para promover la cesación, un fuerte compromiso del equipo de salud capacitado para brindar intervenciones eficaces (desde el simple consejo o la entrega de materiales de autoayuda, hasta las intervenciones breves y las intensivas), la disponibilidad y el acceso a los fármacos efectivos y costo-efectivos para la cesación, entre las estrategias más importantes.⁵⁹ Creemos que, en concordancia con el Plan Federal de Salud, una estrategia Global de Cesación, debe involucrar de manera protagónica al Primer Nivel de Atención de la salud para facilitar el acceso de los sectores sociales excluidos. Un desarrollo específico de la efectividad de cada una de estas intervenciones de alto impacto público se detalla en la versión extensa de la Guía¹⁵.

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 y 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 rol 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.⁶⁰⁻⁶¹⁻⁶² Un apartado sobre la costo-efectividad de las intervenciones en cesación tabáquica, se desarrolla en la versión extensa de la guía.¹⁵

La evidencia muestra que los fumadores tratan más veces de dejar y que el número absoluto de ex fumadores aumenta cuando los tratamientos están cubiertos.⁶³

10 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 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.

Referencias Bibliográficas

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 médico 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 centres 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 nacion. http://www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/info-prof.asp
16. Smoking Cessation . Clinical Practice Guidelines. Minity of Health , Singapore abril 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 Tecnology 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 May 31;326(7400):1175-7. Review.
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 behaviour 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. West R, McNeill A and Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-999
36. Orsetti K, Dwyer S, Sheldon S et al. University Michigan Health System. 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, 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. Ronckers S and Ament A.. 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. *New England Journal of Medicine* 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):538-49.
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):75-79.
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 Control and Prevention (CDC)
[Http://www.cdc.gov/tobacco/educational_materials/cessation/](http://www.cdc.gov/tobacco/educational_materials/cessation/)