Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco.

Recomendaciones basadas en la evidencia científica.

República Argentina
www.msal.gov.ar
Avenida 9 de Julio 1925 • Buenos Aires • Argentina

ARGENTINA UN PAIS CON BUENA GENTE
Ministerio de Salud Presidencia de la Nación

ARGENTINA UN PAIS CON BUENA GENTE
Ministerio de Salud Presidencia de la Nación

Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles.
Componente: Servicios de Salud

AUTORIDADES

Sra. Presidenta de la Nación
- Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Sr. Ministro de Salud
- Dr. Juan Luis Manzur

Sr. Secretario de Promoción y Programas Sanitarios
- Dr. Máximo Diosque

Sr. Secretario de Políticas, Regulación e Institutos
- Dr. Gabriel Yedlin

Sr. Subsecretario de Políticas, Regulacion y Fiscalización
- Dr. Andrés Leibovich

Sra. Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos
- Dra. Marina Kosacoff

Sr. Director Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicios de Salud
- Dr. Guillermo Williams

Sra. Directora de Calidad de Servicios de Salud
- Dra. Analía Amarilla

Sr. Director de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles
- Dr. Sebastián Laspiur

Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco

Recomendaciones basadas en la evidencia científica

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Avales recibidos

Nacionales

- Academia Nacional de Medicina
- Alianza Libre de Humo de Tabaco Argentina (ALIAR)
- Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR)
- Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer (AAPEC)
- Asociación Argentina de Tabacología (AsAT)
- Asociación Argentina de Trastornos por Ansiedad (AATA)
- Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA)
- Asociación Médica Argentina (AMA)
- Asociación Toxicológica Argentina (ATA)
- BASTA! Jóvenes Latinoamericanos Libres de Tabaco
- Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC)
- Confederación Farmacéutica Argentina (COFA)
- Confederación Médica de la Republica Argentina (COMRA)
- Escuela Argentina de Neurociencias Cognitivas
- Federación Argentina de Cardiología (FAC)
- Federación Argentina de Enfermería
- Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG)
- Federación Argentina de Medicina General (FAMG)
- Federación de Psicólogos de la Republica Argentina (FEPRA)
- Fundación Argentina de Asistencia al paciente EPOC (FUNDEPOC)
- Fundación Cardiológica Argentina (FCA)
- Fundación Interamericana del Corazón (FIC ARGENTINA)
- Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer (FUCA)
- Grupo Antitabaquismo del Hospital Italiano (GRANTAHI)
- Hospital Universitario Austral
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)
- Instituto Nacional del Cáncer
- Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC)
- Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)
- Sociedad Argentina de Cirugía Torácica
- Sociedad Argentina de Medicina Familiar Urbana y Rural (SAMFUR)
- Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)
- Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)
- Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires (STNBA)
- Superintendencia de los Servicios de Salud
- Unión Antitabáquica Argentina (UATA)

Referentes, equipos o direcciones vinculados al tratamiento de la adicción al tabaco de las siguientes provincias:

- Buenos Aires
- Catamarca
- Córdoba
- Corrientes
- Chaco
- Chubut
- Formosa
- Jujuy
- La Rioja
- Mendoza
- Neuquén
- Rio Negro
- Santiago del Estero
- Tucumán
- San Juan
- San Luis
- Santa Cruz
- Santa Fe
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Internacionales

- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica (SLACOM)
- Sociedad Uruguaya de Tabacología (SUT)
- Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC)

Equipo técnico elaborador

- COORDINACIÓN GENERAL:
Brunilda Casetta y Alejandro J. Videla.
- Expertos Temáticos: Consultores en Cesación Tabáquica de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (ENT)
Brunilda Casetta, Médica especialista en Medicina Familiar, Diplom. en Educación Médica; y **Alejandro J. Videla**, Médico especialista en Clínica Médica y Neumonología.
- Coordinación Metodológica: Dirección de Calidad de los Servicios de Salud: Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica:
Victoria Wurcel, Médica especialista en Medicina Familiar, Candidata a Magister en Efectividad Clínica por la Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del Área de Guías de Práctica Clínica y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Miembro coordinador de la Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías en Salud (UCEETS).
- Expertos en Metodología: Consultores de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT:
Alejandro J. Videla, Médico Especialista en Clínica Médica y Neumonología, Egresado Methods in Epidemiologic, Clinical and Operations Research, American Thoracic Society; y **Fabio Zambón**, Médico Clínico, especialista en Nutrición.
- Potenciales Usuarios: **Alejandra Alcuáz**, Médica especialista en Medicina Familiar, Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT; **Federico Branz** Médico especialista en Medicina Familiar, Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT; **Gabriel González**, Médico especialista en Medicina General. Especialista en Nutrición y Obesidad. Candidato a Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud Pública. Coordinador del Área de Servicios de Salud de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT; y **María V. Rabanal**, Psicóloga, Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT, ex - consultora de la línea de atención telefónica al fumador.

Panel Interdisciplinario de Consenso

Se conformó un panel interdisciplinario de consenso con veinticuatro expertos provenientes de diversas profesiones, sociedades científicas, instituciones y puntos del país:

- Virna Almeida. Médica Especialista en Cardiología. Referente del Programa Provincial de Control del Tabaco y Jefa de la División de Coordinación de Redes, Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.
- Daniel Buljubasich. Médico Especialista en Neumonología. Hospital Español de Rosario, Provincia de Santa Fe. Experto en Tabaquismo (SEPAR, España). Miembro de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT).
- Claudia Chirino. Médica Especialista en Medicina Familiar. Coordinadora de la Unidad de Prevención y Promoción de la Salud del IOMA. Co-creadora del Programa Salud Sin Humo del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Miembro de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General. (FAMFyG).
- Miriam Di Loretto. Licenciada en enfermería. Enfermera principal del Servicio de Neumonología y Coordinadora del taller del Programa para dejar de Fumar del Hospital Universitario de la Fundación Favaloro. Docente en enfermería de la Universidad Favaloro. Miembro de la Asociación de enfermeros de Capital Federal (AECAF).
- Sandra Fraifer. Médica especialista en Medicina Familiar. Miembro de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG).
- Liliana Kitay de Roitman. Psicóloga clínica. Docente de cursos de cesación del Ministerio de Salud de la Nación. Psicóloga del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC). Diplomada en Educación Médica UNT-IUC. Miembro de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT).
- Marta Lanfranchi. Psicóloga. Integrante del Equipo Técnico del Programa Provincial Permanente en Prevención y Control del Tabaquismo de la Provincia de Córdoba. Docente Interina de la cátedra de Medicina Psicosocial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Noemi Ledesma. Psicóloga y Médica especialista en Medicina Familiar. Médica de Planta Área Programática Hospital Argerich. Coordinadora docente en la Carrera Medicina Universidad Maimónides. Miembro de la Sociedad Argentina de Medicina Familiar Urbana y Rural (SAMFUR).
- Andrés Manini. Médico especialista en Medicina Familiar. Responsable Equipo provincial de Control del Tabaco de la Provincia de San Juan. Participación en la elaboración de varias Guias de Práctica Clinica (GPC). Experto en Tabaquismo (SEPAR). Curso de Extensión Universitaria en Tabaquismo Universidad Austral. Miembro de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT).
- Raúl Mejía. Doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en

Clínica Médica. Investigador en tabaquismo. Participación en la Guía Nacional 2005.

- Susana Nahabedian. Médica especialista en Neumonología y Clínica Médica. Jefa de Sala de Neumonología y del Consultorio de Cesación Tabáquica del HIGA Evita, Lanús. Miembro de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR). Participación en la Guía Nacional 2005 y otras GPC. Docente adscripta y Asociada a la UBA Neumonología.

- María Noble. Médica Clínica. Secretaria de Educación médica continua de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG). Miembro de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT). Coordinadora de Programas de Cesación. Participación en la Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2005 y otras GPC.

- Jorge Pachamé. Médico Clínico y de Terapia Intensiva. Responsable del Consultorio de Cesación Tabáquica para embarazadas del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Experto participante en otras GPC.

- Mario Racki. Médico Cardiólogo. Ex médico de planta de la Fundación Favaloro. Médico de planta del Sanatorio Güemes. Miembro de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). Miembro del Programa Interdisciplinario de Cesación Tabáquica del Sanatorio Güemes.

- Ricardo Rasmussen. Médico Especialista en Cardiología y en Medicina del Deporte (UBA y USP –Brasil-). Jefe del Servicio de Cardiología del Ejercicio y Consultorio de Cesación Tabáquica (Instituto Cardiológico de Corrientes). Miembro de la Soc. de Cardiología de Corrientes (SOCACORR). Participación en la Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2005.

- Silvia Verónica Rey. Lic. en Nutrición. Integrante del Equipo Interdisciplinario de Cesación Tabáquica del Hospital del Tórax Dr. Antonio Cetrángolo. Miembro de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT). Docente de la UBA. Experto en tabaquismo SEPAR.

- Néstor Fabián Román. Médico especialista en Medicina Familiar/General y en Psiquiatría. Investigador en el área de Neurociencias Cognitivas. Miembro de la Sociedad Argentina de Medicina Familiar Urbana y Rural (SAMFUR).

- Verónica Schoj. Médica de Familia del Hospital Italiano de Buenos Aires. Coordinadora del Programa GRANTAHI. Miembro Fundación Interamericana del Corazón-Argentina (FIC-Argentina). Magister (C) en epidemiologia clínica y sanitaria. Co-coordinación de la Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2005.

- María Inés Sosa Liprandi. Médica especialista en Cardiología. Fellow American College of Cardiology. Coordinadora de la Comisión de Estrategias para el Control del Tabaco de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). Coordinadora Programa Interdisciplinario de Cesación Tabáquica del Sanatorio Güemes.

- Ana Tambussi. Médica especialista en Cardiología. Experta universitaria en tabaquismo (Gran Canaria). Médica de planta del Hospital Ramos Mejía. Miembro de la Fundación Interamericana del Corazón. Asesora de la Fundación Cardiológica Argentina y de la Gendarmería Nacional. Co-coordinación de la Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2005.

- Verónica Torres Cerino. Médica pediatra y toxicóloga del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Jefa de la Unidad de Toxicología del Hospital Universitario Austral. Miembro del grupo de trabajo de adicciones del comité de adolescencia y de la subcomisión de salud ambiental infantil de la Sociedad Argentina de Pediatría.

- Claudio Valverde. Consultor de Tabaquismo de la línea gratuita de atención al fumador del Ministerio de Salud de la Nación (SUATS). Coordinador de Talleres de autoayuda de cesación tabáquica 1994 a 2005.

- Fernando Bartolomé Verra. Médico Especialista en Clínica Médica. Post grado Universitario en Tabacología (Universidad de Paris V). Doctor en Medicina (Universidad de Paris XII). Miembro de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT). Participación en la Guía Nacional de Tratamiento de la Adicciòn al Tabaco 2005.

- Ana María Zanutto. Licenciada en Servicio Social. (U.B.A.). Coordinadora del Consultorio de Cesación Tabáquica Sanatorio "Dr. Julio Méndez". Miembro Unión Antitabáquica Argentina (UATA). Participación en la Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2005.

Participaron en las etapas iniciales de la presente GPC:

Ana Soledad Biagi (Psicóloga. AAPEC) Federico Cintora (Médico Cardiólogo, FCA), Juan Pablo Denamiel (Médico de familia, FAMFyG), César Di Giano (Médico, UATA), Julio Kaplan (Cirujano oncológico, FUCA), Eduardo Laura (Cirujano oncológico, AAPEC), Mariana Latorraca (Médica de Familia. FAMFyG), Edgardo Marambio (Médico general y Familiar, FAMG), Hugo Sodero (Médico Neumonólogo, AAMR).

Comité de redacción

- Comité principal:
Brunilda Casetta y Alejandro J. Videla
- Colaboraciones temáticas: **Paola Bichara y Noel Merlini** (Nutricionistas de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT); **Jonatan Konfino** (Médico Clínico. Area de Vigilancia de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT), **Oscar Incarbone, Fernanda Miccoli y Maximiliano Incarbone** (Programa de Promociòn de Actividad Física de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT); **Liliana Kitay de Roitman** (Psicóloga).
- Revisión del documento: **Mario Virgolini**
- Corrección literaria: **Martín Bruzzone y Luciana Zarza**

Revisores externos

(Anexo 6)

- Carlos Jiménez Ruiz. Doctor en Medicina. Especialista en Neumonología. Especialista en Tabaquismo. Coordinador del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, (SEPAR). Chair Smoking Control Group, European Respiratory Society. Jefe de la Unidad Especializada en Tabaquismo de la Comunidad de Madrid, España.

- Herman Schargrodsky. Médico cardiólogo del Hospital Italiano de Buenos Aires. Ex-Presidente de la Interamerican Heart Foundation (IAHF). Miembro co-fundador de GRANTAHI. Presidente Honorario de la Fundación Interamericana del Corazón Argentina. Investigador Principal y Director de los estudios FRICAS, PRESEA y CARMELA.

- Sergio Terrasa. Médico especialista en Medicina Familiar. Profesor en Medicina y Magister en Efectividad Clínica. Médico de Planta del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Profesor Titular del Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Director de la revista Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria; y editor de la revista Archivos de Medicina Familiar y General.

La presente Guía ha completado su proceso de elaboración con la Revisión Externa. Se presentaron para aval de sociedades científicas y organismos, las 49 recomendaciones que la componen conjuntamente con la evidencia que las sustenta.
Este documento contiene además, materiales para facilitar la implementación. A partir de este documento extenso, se prepararán versiones breves para facilitar su difusión y puesta en práctica.

Correo electrónico de contacto:
servsaludent@msal.gov.ar

Esta Guía debe ser citada como:
"Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Buenos Aires, 2011"

TABLA DE CONTENIDOS

9 DEFINICIONES / GLOSARIO

12 ACERCA DE ESTA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: Fundamentación y relevancia

14 PROPÓSITO Y OBJETIVO DE LA GUÍA

14 METODOLOGÍA EMPLEADA PARA EL DESARROLLO DE LA GUÍA

16 RECOMENDACIONES GENERALES R1 a R32 (Tabla)

22 EVIDENCIA QUE SUSTENTA LAS RECOMENDACIONES R1 a 32

- Evaluación del estatus del fumador y consejo antitabáquico
- Intervenciones para aumentar la motivación
- Intensidad y modalidades de las intervenciones
- Tratamiento farmacológico de la cesación tabáquica
- Aspectos relacionados: actividad física y aumento de peso
- Tratamientos no avalados

34 ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA APLICACIÓN DE LA R1 a R32

- Intervención Breve
- Evaluación inicial de la persona que fuma
- Intervención motivacional del equipo de salud
- Estadios de cambio: estar listo o no para dejar de fumar
- Consejería práctica para quienes están "listos"
- Estrategias farmacológicas para el intento de abandono
- Impacto del tabaquismo en la nutrición y estrategias nutricionales en la cesación
- Estrategias para facilitar la recomendación de la actividad física

53 RECOMENDACIONES PARA ETAPAS Y GRUPOS PARTICULARES DE PERSONAS QUE FUMAN

53 NIÑOS Y ADOLESCENTES: R33 a R34 y evidencia que las sustenta

54 EMBARAZADAS: R35 a R39 y evidencia que las sustenta

59 ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA APLICACIÓN DE LA R35 a R39 (Embarazadas)

61 ENFERMEDAD PSIQUIATRICA: R40 a R42 y evidencia que la sustenta

63 INTERNADOS , CIRUGÍAS, EPOC, CARDIOPATÍA, VIH Y ONCOLÓGICOS:

R43 a R49 y evidencia que la sustenta

66 ESTRATEGIAS PARA FACILITAR EL SEGUIMIENTO

68 ANEXOS

96 BIBLIOGRAFÍA

Definiciones / Glosario

- **AGER:** Recomendaciones de Alto Grado de calidad de Evidencia.
- **Alta dependencia:** se aplica a los pacientes que fuman más de 20 cig/día y a quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse.
- **Bupropión:** fármaco antidepresivo atípico utilizado para la cesación. Actúa principalmente a nivel de la neurotransmisión de Noradrenalina y Dopamina. En el texto se refiere a la presentación de liberación prolongada.
- **Calidad de la evidencia:** indica hasta qué punto podemos confiar en que el estimador del efecto es correcto.[1]
- **Consejería** (Counseling): guía psicológica y asesoramiento práctico, en el que se entrena a los fumadores a identificar y afrontar los eventos y problemas que se relacionan con fumar o con riesgo de recaída (Ej: anticipar situaciones estresantes, emplear estrategias de relajación y otras).[2,3]
- **Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT):** Es el primer tratado internacional en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco (2003). Es un instrumento basado en pruebas científicas y reafirma el derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud. Ha sido ampliamente adoptado por los gobiernos.
- ***Craving:*** manifestación intensa del síndrome de abstinencia. Es el deseo imperioso de fumar que se percibe como difícil de refrenar. Lo padecen más del 80% de los fumadores después de 8 a 12 horas sin fumar. Se relaciona con la tasa de recaída.
- **Dependencia del tabaco/ Adicción al tabaco:** conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras un consumo repetido, y que suelen consistir en un intenso deseo de consumir tabaco, dificultad para controlar ese consumo, persistencia en éste pese a sus consecuencias graves, asignación de mayor prioridad al consumo de tabaco que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y un estado físico de abstinencia, cuando se difiere o abandona el consumo.
- **Día D:** fecha propuesta para dejar de fumar.
- **Entrevista motivacional:** Método de asesoramiento dirigido y centrado en el paciente, que se utiliza para incrementar la motivación y facilitar el cambio.
- **Fuerza de una recomendación:** significa hasta qué punto podemos confiar en que poner en práctica una recomendación conllevará más beneficios que riesgos. RECOMENDACIÓN TIPO 1/RECOMENDADO: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos, o viceversa; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones. RECOMENDACIÓN TIPO 2/SUGERIDO: se balancea con menor margen los riesgos y beneficios (ej. fármacos), o la evidencia no lo muestra con consistencia (ej. Intervención); la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas plantear la discusión con la participación de todos los interesados.
- **Guía de Práctica Clínica (GPC):** conjunto de enunciados desarrollados en forma sistemática para asistir al profesional, al paciente y a los gestores en salud, acerca de las decisiones de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas.[4] Este tipo de documentos pueden tratar sobre promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos de determinadas patologías, y buscan incidir en el nivel asistencial donde la actividad es más frecuente.
- **Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA):** son una evaluación experimental de un producto, sustancia, medicamento, técnica diagnóstica o terapéutica que, en su aplicación a seres humanos, pretende valorar su eficacia y seguridad. La aleatorización significa que los casos son distribuidos al azar en cada brazo del estudio para conseguir grupos comparables u homogéneos y evitar sesgos.
- **Formatos de asistencia:** Tipos de intervención que se proveen al fumador como ayuda. Incluyen, la atención individual o grupal, la asistencia telefónica, materiales escritos, páginas web y otros.
- **Fumador adulto (CDC):** toda persona mayor de 18 años que fumó al menos 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuma alguno o todos los días.
- **Fumador adolescente (CDC):**

Fumador frecuente: jóvenes que han fumado por lo menos en 20 de los 30 días anteriores a la encuesta. **Alguna vez fumador:** jóvenes que alguna vez han fumado (aunque sea una o dos bocanadas). **Fumador:** jóvenes que han fumado por lo menos una vez en los treinta días anteriores a la encuesta.

- ***Global Youth Tobacco Survey (GYTS):*** Encuesta global de tabaquismo en jóvenes. Recoge datos sobre las actitudes, conocimientos y comportamientos de los adolescentes escolarizados frente al consumo de tabaco. Ofrece una herramienta comparativa entre países y consta de 56 pregun-

tas core y otras opcionales.

• **Humo Ambiental de Tabaco:** constituido por humo de la corriente central (principal) que es la que inhala-exhala el fumador y la corriente lateral que se desprende del cigarrillo (7000 sustancias identificadas).

• **Índice de riesgo *(hazard ratio)*:** medida que expresa el efecto de una variable en cuanto al riesgo de aparición de un evento a lo largo del tiempo. Se lo considera una estimación del riesgo relativo (relación de la probabilidad de que ocurra un evento en el grupo expuesto a la variable contra el grupo no expuesto).

• **I_2:** índice que refleja la heterogeneidad de los estudios incluidos en un meta-análisis. Un $I_2 = 0$ significa que las variaciones en la magnitud del efecto dependen sólo de factores vinculados al tamaño de la muestra de los distintos estudios. Un $I_2 = 50$ significa que 50% de la variación vista depende de verdadera heterogeneidad en los estudios, lo que limita la validez de las conclusiones.

• **Intervención:** hace referencia a un abordaje, acción o programa –mayor al sólo consejo- y que se extiende a más de una oportunidad de contacto. Se distinguen según la duración de cada contacto en: **Intervención Mínima**: menos de 3 minutos; **Intervención Breve**: entre 3 a 10 minutos; e **Intervención Intensiva:** más de 10 minutos.

• **Líneas telefónicas con seguimiento (Proactivas):** intervención intensiva telefónica con llamados de seguimiento realizados por los consultores de la línea. Ofrecen principalmente evaluación de la adicción, consejería y apoyo comportamental. Se complementan con envío de materiales, referencia a recursos de la comunidad para la cesación, etc.[5]

• **Meta-análisis:** es un método estadístico que combina los resultados de varios estudios independientes (generalmente ECA) para obtener una estimación más precisa de un efecto.

• **MPOWER:** sigla que compendia seis estrategias del CMCT, con fuerte evidencia de reducir el consumo de tabaco y de salvar vidas. **M**ONITOREAR el uso del tabaco y las políticas de prevención; **P**ROTEGER a la gente del humo del tabaco; **O**FRECER ayuda para dejar de fumar; **W**ARN (ALERTAR) sobre los daños del tabaco; **E**NFORCE (ENDURECER) las prohibiciones de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; **R**AISE (AUMENTAR) los impuestos. Fue lanzada en 2008 por la OMS para orientar a los países parte del CMCT a focalizar sus esfuerzos.

• **Odds Ratio** (razón de producto cruzado o razón de momios): medida de magnitud de asociación estadística entre un fenómeno, variable o intervención y su consecuencia. Reporta la chance que tiene un individuo del grupo expuesto de tener el evento comparado a un individuo del grupo control. Sugiere relación de causalidad y se considera significativo en valores mayores o menores a 1, y cuando los valores del intervalo de confianza del 95% no cruzan el 1 (en el caso de OR >1).

• **Paquetes/año o carga tabáquica (pack/years):** estimación de la relación dosis/respuesta. Medición de lo fumado para su correlación con el riesgo de desarrollar enfermedades por consumo de tabaco (más alta a mayor índice paquetes/año). Un paquete/año equivale a 365 paquetes de 20 cigarrillos. Por ejemplo, un paquete/año es igual a fumar 20 cigarrillos al día durante 1 año, o 40 cigarrillos por día durante medio año. (paquetes/ año = [(paquetes de 20 fumados por día) x (años de fumador)].

• **Primera Línea de Tratamiento:** tratamiento farmacológico inicial (o de elección) por su eficacia y seguridad. En EE.UU. incluye la aprobación de la FDA para el uso como tratamiento de cesación.

• **Segunda Línea de Tratamiento:** tratamientos farmacológicos que no cumplen uno o más criterios de la definición de primera línea: los efectos adversos limitan su uso, o son menos efectivos, o bien, no están aprobados explícitamente para la indicación de cesación tabáquica.

• **Síndrome de abstinencia:** es un indicador de dependencia caracterizado por la aparición de síntomas desagradables tanto somáticos (aumento del apetito, taquicardia, mareos, cefalea), como psíquicos (ansiedad, depresión, irritabilidad, trastornos del sueño) debidos al cese o reducción del consumo de nicotina. Desaparecen inmediatamente si se vuelve a consumir la sustancia. Estos síntomas interfieren en la actividad laboral y social y otras áreas importantes de la vida del individuo. Los síntomas no son atribuibles a enfermedad médica, efecto de fármacos u otro trastorno mental.

• **Tasa de cesación (o de abstinencia):** porcentaje o proporción de personas que consiguen no fumar por un tiempo determinado. **Tasa de cesación continua** *(continuous abstinence):* el fumador está sin consumir tabaco desde el día D. **Tasa de cesación puntual** *(point prevalence abstinence)*: el fumador esta sin fumar al menos en los últimos 7 días desde el momento en que se evalúa. **Tasa de cesación prolongada** *(prolonged abstinence)*: el fumador esta sin fumar en forma continuada desde un "periodo de gracia" (ej. 15 días) después de la fecha de abandono y su evaluación final (ej. 6 meses, 12 meses).[6] Estas tasas en los ensayos clínicos, suelen avalarse por validaciones biológicas, entre ellas la determinación de COexh cuyos valores deben ser menores a 10 ppm de CO en aire espirado.[7]

• **Terapia o Apoyo Comportamental *(Behavioural support/ therapy):*** es la consejería que abarca todo apoyo no farmacológico destinado a ayudar a dejar de consumir tabaco. Incluye impartir conocimientos acerca del consumo y dependencia, prestar apoyo, enseñar técnicas y estrategias para modificar el propio comportamiento (ver TCC).[2,5]

• **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC):** abordaje psicoterapéutico dirigido a identificar y modificar estilos de pensamiento negativos, defectuosos o distorsionados y las conductas maladaptativas asociadas a dichos estilos de pensamiento.[2]

Abreviaturas y enlaces

ACV: Accidente Cerebro Vascular
AF: actividad física
AGREE: *Appraisal of Guidelines Research Evaluation.*
www.agreecollaboration.org
ALH: Ambientes Libres de Humo de Tabaco.
ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.
www.anmat.gov.ar
CDC: *Centers for Disease Control (EE.UU.)*
www.cdc.gov
CMCT: Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS.
www.who.int/fctc/ent
CO: Monóxido de carbono. **COexh:** Monóxido de carbono exhalado. Se mide en ppm (partes por millón).
ECA: Ensayos clínicos aleatorizados.
EMEA: *European Medicine's Agency* (Unión Europea)
www.ema.europa.eu
EMSE: Encuesta Mundial de Salud Escolar.
ENT: Enfermedades no transmisibles principalmente enfermedad cardiovascular, diabetes (DBT), respiratorias crónicas y neoplasias.
ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Se realizó en nuestro país en 2005 y 2009. Incluye capítulo de Tabaco.
www.msal.gov.ar/ent
FDA: *Food and Drug Administration (EE.UU.)*
www.fda.gov
FTND *Fagerstrom test for nicotine Dependence:* test de Fagerström, cuestionario de dependencia física a la nicotina. (ANEXO 8).
GATS: *Global Adults Tobacco Survey*. Encuesta general de tabaquismo en adultos.
GYTS: *Global Youth Tobacco Survey*. Encuesta global de tabaquismo en jóvenes.
HAT: humo ambiental de Tabaco.
IAM: Infarto agudo de miocardio.
IMC: Índice de masa corporal. Se calcula dividiendo el peso (kg) sobre el cuadrado de la talla (m). IMC= Peso (kg)/ talla.[2] Se considera normal entre 18,5 a 24,9.
IR: índice de riesgo (*relative hazard, hazard ratio*).
MA: Meta-análisis.
NND: número de personas (que reciben una intervención) necesario para ocasionar un daño (evento adverso)
NNT: número necesario de personas a tratar para que uno logre el objetivo buscado (éxito).
OMS: Organización Mundial de la Salud
www.who.org
OR: *odds ratio,* razón de odds. También razón de producto cruzado, razón de posibilidades o de oportunidades, razón de momios.
PC: Preguntas clínicas formato PICO (población, intervención, comparación y *outcome*/resultado)
PNCT: Programa Nacional de Control del Tabaco. Ministerio de Salud de la Nación.
www.msal.gov.ar/tabaco
R: recomendación
RR: riesgo relativo (*relative risk*).
RS: revisiones sistemáticas.
SIGN: *Scotish Intercollegiate Guideline Network*

Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco : Fundamentación.

La GPC Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2011, ha sido impulsada y realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en el Marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, y de los lineamientos del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica.

El Programa Nacional de Control del Tabaco elaboró en 2005 la primera Guía para orientar el desarrollo de la cesación tabáquica en todo el país.[8] En el 2008, este Ministerio y la Academia Nacional de Medicina realizaron la "Guía para la Adaptación de Guías de Práctica Clínica" que compendió los estándares -basados en la evidencia- para el desarrollo sistemático de recomendaciones y que son el marco de referencia de estos documentos procedentes del nivel nacional.[9]
La necesidad de la presente Guía se fundamenta en la incorporación de estos estándares, el tiempo oportuno de renovación de la guía precedente, la evolución de la realidad nacional en el control del tabaco, el desarrollo de los temas de cesación y la disponibilidad de nuevas formas terapéuticas en el país.

Relevancia del tema

El consumo de tabaco es factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de muerte.[10] Así, cerca de 6 millones de defunciones prematuras se producen anualmente a nivel mundial.[11] Este caudal de morbimortalidad prevenible, se manifiesta principalmente a través del cáncer, la enfermedad cardiovascular y las enfermedades respiratorias crónicas.[12]

«Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco».
CMCT: directrices del artículo 14. (2010).[13]

En las últimas décadas se ha consolidado el desplazamiento de esta epidemia hacia los países de menor desarrollo económico y hacia aquellos con regulaciones débiles a los productos del tabaco.[11,14] El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco de la OMS establece un paquete integral de las medidas efectivas para reducir de manera sustancial el consumo y evitar que esta epidemia cobre más de 8 millones de víctimas estimadas para el año 2030.[15] Actualmente el 87% de la población mundial habita en países que han suscrito el CMCT.
En nuestro país la mortalidad por esta causa asciende a más de 40.000 personas cada año, además de la pérdida de 824.804 años de vida saludables.[16-19] Todo lo dicho se refleja en los altos costos sanitarios (cerca del 15% del gasto sanitario en salud), muy superiores a lo recaudado en concepto de impuestos al cigarrillo.[20]
Las 7000 sustancias que componen el humo del tabaco y el mecanismo de daño, están extensamente documentados.[21] A la vez que dejar de fumar produce significativos beneficios en forma inmediata y reduce en pocos años, importantes riesgos de enfermedad y muerte.[22]

A pesar de que los tratamientos de cesación son extremadamente costo-efectivos, actualmente, sólo el 14 % de la población mundial tiene acceso a ellos.[23] En este aspecto, merecen especial referencia el consejo, las líneas telefónicas y las opciones farmacológicas.[24,25]
Los lineamientos claves del CMCT se agruparon bajo la sigla MPOWER, cuya "O" es ofrecer ayuda para dejar de fumar. Está comprobado que la aplicación simultánea y articulada de distintas estrategias potencian la eficacia. De este modo, ofrecer ayuda para dejar de fumar aumenta su eficacia si está integrada a las demás estrategias y políticas de control del tabaco. Así las acciones de comunicación que alertan sobre daños del cigarrillo, aumentan las llamadas a las líneas telefónicas de ayuda; los ALH facilitan la motivación de dejar; mientras que el aumento de los impuestos y costo de los cigarrillos reducen la prevalencia de fumadores.[23,26]

La toma de conciencia acerca del crecimiento de las enfermedades no trasmisibles genera un terreno propicio para un desarrollo de la cesación tabáquica.

Desarrollo del control del Tabaco en nuestro país en el contexto del avance internacional

Desde que Argentina firmó el CMCT y creó el Programa Nacional de Control del Tabaco, se han experimentado sólidos avances en el control del Tabaco a nivel legislativo, en la vigilancia epidemiológica y en el desarrollo de los tratamientos de cesación.
La sanción de la ley nacional 26.687 (2011) suma importantes medidas de alcance nacional a las precedentes legislaciones provinciales y locales de ALH. Entre otras se señalan la prohibición de la publicidad y la regulación en el etiquetado con la inclusión de frases e imágenes que adviertan el daño que provoca el consumo de tabaco, y con información de la línea gratuita de atención al fumador del Ministerio de Salud.
En los últimos años, doce provincias sancionaron leyes 100% de ALH, las cuales han generado una notoria reducción de fumadores pasivos.[27]
A corto plazo, estas han evidenciado inmediatos beneficios en la salud, a través de la disminución de las admisiones hospitalarias por infartos (Santa Fe) y la mejoría sintomática de muchos trabajadores previamente expuestos al HAT (Neuquén).[28,29]
La institucionalización de la vigilancia epidemiológica del tabaco, ha brindado retroalimentación sobre la puesta en marcha de las distintas políticas (ej.: la medición de la prevalencia y de la exposición al HAT) y a su vez ha facilitado la planificación de estrategias.
El descenso de la prevalencia del tabaquismo ha sido una constante: 39,8% en 1999, 33,4% en el 2005 y 30,1% en el 2009 en la población entre 18 y 64 años.[27,30,31] Esta tendencia decreciente se presenta también en jóvenes.[32] Sin embargo, el consumo diario de cigarrillos de los habitantes de Buenos Aires es superior al de otras capitales de Latinoamérica.[33]
Datos recientes muestran que en los 14 países que realizaron la GATS, el número de fumadores que desea dejar, es muy alto. Esta lista es liderada por Uruguay con el 76%.[34] En nuestro país 43,5% de los fumadores hicieron un intento de dejar en el último año según la Encuesta Nacional del 2009.[27] Es importante que el sistema de salud este preparado para dar respuesta a este requerimiento.
Los tratamientos de cesación han tenido constante desarrollo en nuestro país, especialmente en el último lustro. Sin embargo, los médicos en Argentina fuman, en un porcentaje similar al de la población general.[35,36] Un 40% lo hace durante su trabajo en el hospital, incluso en zonas ALH.[37] El conocimiento de los tratamientos de cesación es bajo, probablemente por inclusión parcial o reciente de estos contenidos en la currícula de grado.[38] Coincidentemente, los que fuman, omiten con mayor frecuencia el consejo a sus pacientes. En cambio quienes recibieron algún tipo de entrenamiento en tabaquismo brindan consejo y prescriben fármacos para el cese más frecuentemente.[36]
El PNCT elaboró en 2005, la primera Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco sobre cuya base ha capacitado a los equipos de salud de numerosas provincias, universidades y residencias médicas. Asimismo, desarrolló la línea telefónica de ayuda al fumador (2004) y relevó lugares de dónde dejar de fumar en todo el país. También impulsó diversas ediciones del Concurso Abandone y Gane e importantes campañas de comunicación para promover el abandono del tabaquismo. En la misma línea, generó varias páginas web, materiales de capacitación, promoción y autoayuda con distribución nacional e inició el proceso de certificación de servicios intensivos de tratamiento del tabaquismo.

Perspectivas futuras

La toma de conciencia acerca del crecimiento de las ENT y del avance del Control del Tabaco a nivel internacional y local, genera un terreno propicio para un desarrollo global de la cesación tabáquica. La Asamblea General de las Naciones Unidas del 2011, consideró las enfermedades no transmisibles como un problema mundial. A este fin, la ONU ve con agrado los avances y logros del CMCT que promueve las medidas más efectivas para controlar la epidemia del tabaquismo a nivel global, con una propuesta integral del problema. Entre dichas medidas señala promover el abandono del tabaco y a esos efectos, aprobó las directrices del artículo 14 en su Cuarta Conferencia en Uruguay en el 2010.[13] A nivel nacional se trabaja articuladamente con distintos actores de la sociedad con importantes objetivos como el embarazo, la lactancia y la infancia libres de humo; avances legislativos; desarrollo de ambientes de estudio y trabajo libres de humo de tabaco y otros.
La prevalencia nacional sigue siendo una de las más elevadas de América Latina, especialmente al compararla con países que han logrado reducciones muy significativas en corto tiempo. En este sentido, la Ley Nacional puede resultar un marco efectivo para un descenso más marcado de la tasa de fumadores. Las próximas mediciones tanto en adultos (GATS- por primera vez en el país-), como en adolescentes (EMSE), servirán de monitoreo en ambas franjas de edades.
Por todo lo expuesto, es de particular interés continuar trabajando en la accesibilidad a estos tratamientos por parte de toda la población. La presente Guía pretende brindar herramientas

al equipo de salud para el apoyo del proceso de recuperación de la dependencia del tabaco en este momento crucial.

Propósito y Objetivo de la Guía

Esta Guía tiene como **propósito** contribuir a la disminución de la prevalencia nacional de personas que fuman, al facilitar al equipo de salud, las herramientas necesarias para intervenir en la recuperación de la dependencia del tabaco.

El **objetivo general** es proveer al equipo de salud, recomendaciones acerca de tratamientos a aplicar para ayudar a dejar de fumar, basadas en evidencia de alta calidad y adaptada al marco local.**Los objetivos** son:

1) Facilitar que todos los trabajadores de la salud tengan acceso a las herramientas adecuadas para apoyar el proceso de recuperación de la dependencia al tabaco.

2) Proveer las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible de efectividad de los tratamientos para dejar de fumar.

3) Adaptar dicha evidencia al marco local a partir del consenso de los referentes nacionales, a fin de incrementar la factibilidad y aplicabilidad de las recomendaciones.

La Guía de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, es una GPC en la que se desarrolla el abordaje de intervenciones eficaces para todas las personas que fuman, ya sea que estén o no, preparadas para dejar de fumar.

Los **destinatarios** (lectores, usuarios) de la Guía son todos los integrantes del equipo de salud y responsables de la atención telefónica del fumador; estudiantes de grado de todas las carreras vinculadas a la salud; promotores y educadores para la salud; proveedores, administradores y financiadores de servicios de salud; y funcionarios de la salud pública.

Los **beneficiarios** (población diana) de estas recomendaciones son todas las personas que fuman, incluyendo grupos de personas en etapas especiales (adolescentes, embarazadas), o con situaciones clínicas particulares como pacientes internados, personas con enfermedad cardíaca, respiratoria, o con comorbilidad psiquiátrica -entre otros-.

El enfoque es **interdisciplinario** acorde a la complejidad del tema y está concebida como una Guía de salud pública que prioriza la aplicabilidad a la realidad nacional.

Metodología empleada para el desarrollo de la Guía

La presente Guía, se realizó mediante el mecanismo de adaptación de guías de alta calidad, que se enmarca en los estándares metodológicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.[9]

El equipo técnico elaborador fue conformado por un grupo interdisciplinario de profesionales de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y de la Dirección Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. El equipo incluyó expertos temáticos, metodológicos y profesionales potenciales usuarios de la Guía.

Una vez establecidos los alcances y objetivos, se elaboraron las **preguntas clínicas** relevantes, utilizando el esquema **paciente/problema, intervención, comparación, outcome / resultado** (PICO). Las mismas fueron priorizadas mediante la aplicación de una matriz de criterios ponderados (ANEXO 1).

El panel de consenso se conformó con representación de diversas profesiones, especialidades, sociedades científicas y regiones del país. Los participantes del panel firmaron una **declaración para la valoración de potenciales conflictos de intereses (ANEXO 2).**

La búsqueda sistemática se realizó en forma independiente por dos expertos en metodología. Las calidad de las treinta y cinco GPC identificadas, fue ponderada por tres evaluadores para los veintitrés criterios de la Colaboración AGREE.[39]

Los criterios AGREE valorados comprendieron: definición de alcance y objetivos, desarrollo y revisión por un equipo multidisciplinario, identificación sistemática de la evidencia científica, formulación explícita de las recomendaciones, claridad en la presentación general y de las recomendaciones, aplicabilidad en el medio, actualización periódica e independencia editorial (ANEXO 3).

Una vez seleccionadas las Guías de alta calidad, estas fueron analizadas en su pertinencia con una escala de concordancia respecto a la población, el ámbito y el tipo de intervenciones entre las GPC seleccionadas y la propia en elaboración.[40] Se complementó la evidencia, con la búsqueda de MA y RS, que fueron analizados con los criterios del SIGN[41] (ANEXO 3).

El período de búsqueda de las Guías se ajustó a 2007-2011 y de los MA a 2005- 2011. Se mantuvo abierta durante todo el proceso de elaboración por lo que se incorporaron cambios en la fuerza de la recomendación acorde a la evidencia más actualizada.

Se extractó en una Tabla de evidencias el contenido de los documentos seleccionados (GPC, RS y MA) para cada pregunta clínica. Se inició así el proceso de redacción de las recomendaciones.

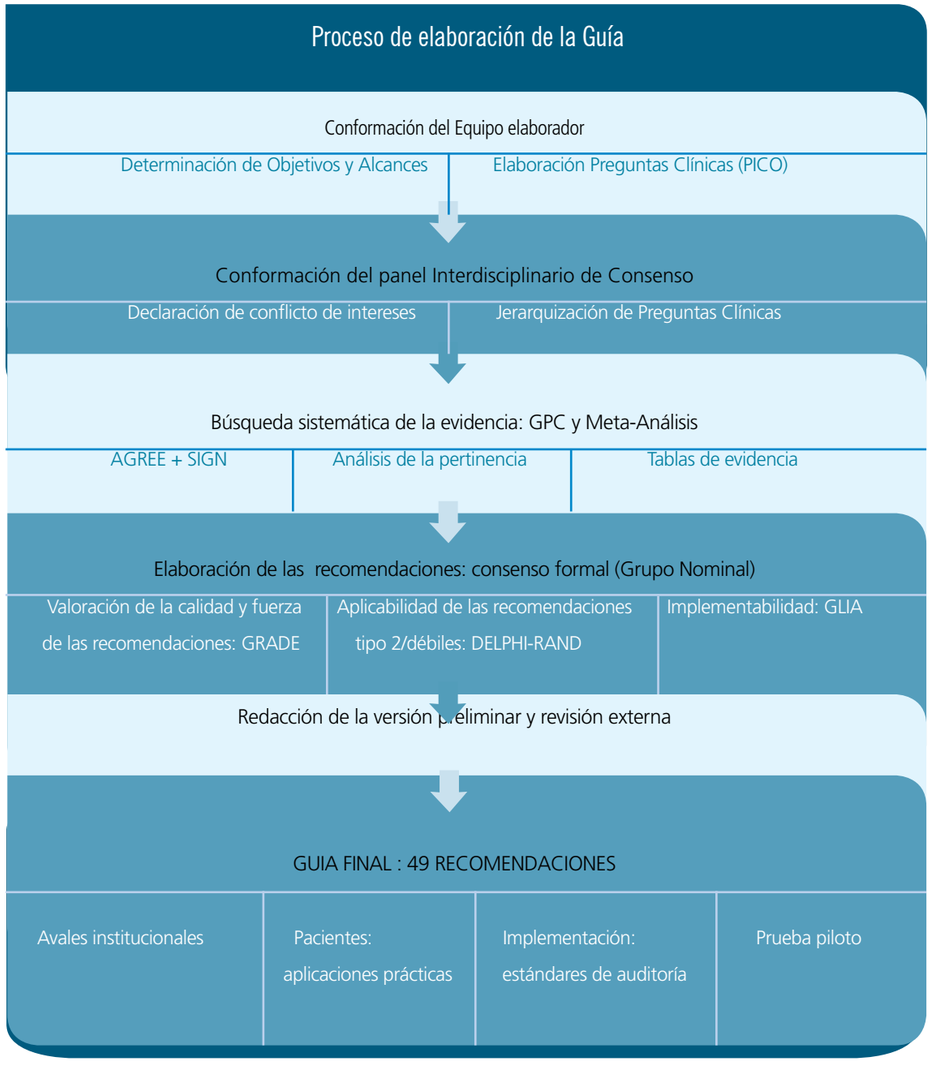
Se implementó el sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assesment, Development and Evaluation) para análisis de cada recomendación en cuanto a: la calidad de la evidencia que la sustenta; el balance entre beneficios y riesgos; la aceptación de los pacientes y el impacto en los recursos. A través de esta evaluación quedó conforma da la fuerza de las recomendaciones[42] (ANEXO 4)

El consenso formal se trabajó con la técnica de Grupo nominal en una reunión plenaria. En el caso de las recomendaciones tipo 2/débiles, se usó la técnica Delphi-RAND para evaluar su apropiabilidad (ANEXO 4).[43]

Las recomendaciones claves, fueron seleccionadas por consenso formal en el equipo elaborador (se señalan con un asterisco (*) junto a la numeración). De ellas, se tomarán las que servirán de seguimiento de la implementación.[44] Los indicadores están en elaboración (ANEXO 5).

El proceso se completó con la revisión externa por expertos y público general (ANEXO 6). Otros expertos metodológicos realizaron la evaluación de los factores intrínsecos a la redacción y elaboración, para evaluar facilitadores o barreras para su aplicación (instrumento Guide Line Implementability Appraisal (GLIA).[45] Se programa la realización de una prueba piloto de su aplicabilidad en terreno con la participación de pacientes.

Figura1



Recomendaciones

Aquí se presentan las **32 recomendaciones generales.** En otros apartados, se señalan las de grupos o etapas particulares de las personas que fuman sumando un total de 49 R. Las recomendaciones claves se señalan con un asterisco (*) en la numeración y en el ANEXO 5.

N°	FUERZA	TABLA DE RECOMENDACIONES
		EVALUACION DEL ESTATUS DEL FUMADOR Y CONSEJO ANTITABAQUICO DADO POR EL EQUIPO DE
1*	TIPO 1	Se recomienda **interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo** sistemáticamente (en un lugar visible de la Historia Clínica) ya que esto aumenta la tasa de intervención por parte del equipo de salud.
2*	TIPO 1	Se recomienda a todos los profesionales médicos y de enfermería **brindar un breve consejo** de varios minutos para dejar de fumar a todas las personas que fuman, porque incrementa las tasas de cesación.
		COMENTARIO A R2: Una vez identificado el fumador, el consejo claro, firme y personalizado, constituye una estrategia asequible y eficaz. Los fumadores reconocen que esta intervención del profesional de la salud tiene una fuerte influencia en su decisión de dejar de fumar. La efectividad del consejo fue evaluada especialmente en profesionales médicos y de enfermería sin embargo es razonable extrapolar la eficacia al consejo impartido por otros miembros del equipo de salud. Esta acción demanda poco tiempo e implementada masivamente, genera un gran impacto sanitario.
3	TIPO 2	Los **fumadores** de **pocos cigarrillos** (menos de 10 por día) y quienes no fuman diariamente corren riesgos significativos para su salud, por lo que se sugiere identificarlos y aconsejarles dejar.
4	TIPO 2	Se sugiere que al intervenir en cesación se evalúe la motivación, la etapa del proceso de cambio, las preferencias, las circunstancias y las necesidades de la persona; y utilizar herramientas como la negociación, el alentar al abandono y la oferta de tratamiento.

RECOMENDACIÓN TIPO 1/RECOMIENDA: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

RECOMENDACIÓN TIPO 2/SUGIERE: se balancean con menor margen los riesgos y beneficios (ej. fármacos), o la evidencia no lo muestra con consistencia (ej. Intervención); la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas, plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

		INTERVENCIONES PARA AUMENTAR LA MOTIVACION PARA DEJAR DE FU-
5*	TIPO 1	Se recomienda al equipo de salud utilizar la **entrevista motivacional** como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento. Este enfoque aumenta tanto el número de intentos de abandono como la tasa de cesación.
6*	TIPO 2	Se sugiere reservar para situaciones particulares las mediciones **biológicas y la búsqueda de daño** como método para motivar a dejar. Estos estudios complementarios aumentan la complejidad, el costo asistencial, y su efectividad se restringe a la posibilidad de demostración de daño con riesgo de falso reaseguro.
		COMENTARIO A R6: Las mediciones y búsqueda de daño biológico para incentivar la cesación aumentan la complejidad y costo asistencial, a la vez que sólo son marginalmente efectivas y excluyen al fumador sano. La utilidad de la espirometría informada como edad pulmonar se restringe a un 20 a 30% de fumadores con más de 20 paquetes/año. La ecografía carotídea y femoral (para hallazgo de placas ateromatosas) se evaluó en poblaciones seleccionadas y con metodología específica de comunicación de los resultados. Se sugiere que de utilizar estos estudios complementarios, se conserve la selección original de las poblaciones para cada método y el modo de comunicación del riesgo.
		INTERVENCIONES PARA LAS PERSONAS QUE REALIZAN UN INTENTO DE DEJAR DE FUMAR: INTENSIDAD Y MODALIDADES
7	TIPO 1	Se recomienda dedicar el **mayor tiempo y número de contactos** interpersonales que sea posible ya que cuanto más intensiva es la intervención, mayor es el aumento de las tasas de cesación.
8*	TIPO 1	Se recomienda que las **Intervenciones Breves** sean brindadas especialmente por profesionales médicos y de enfermería en el primer nivel de atención, con extensión a todo el equipo de salud y ámbitos de atención, ya que son efectivas.
		COMENTARIO A R8: Las Intervenciones Breves comprenden: **A**veriguar el estatus tabáquico, **A**consejar la cesación, **A**sistir y evaluar si está listo para dejar, **A**yudar con herramientas conductuales (acordar un día "D") y farmacológicas; y **A**compañar con el seguimiento. Estas intervenciones están integradas a la atención habitual para todo motivo de consulta.
9*	TIPO 1	Las **Intervenciones Breves de hasta tres minutos por cada contacto** aumentan significativamente las posibilidades de cesación. Y si el tiempo de contacto es **entre tres y 10 minutos** aumentan aun más la efectividad. Por ello, se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar.
10	TIPO 1	Se recomienda que siempre que sea posible los fumadores tengan acceso a **Intervenciones Intensivas** tanto de forma individual como grupal ya que ambas aumentan las posibilidades de abstinencia. Se recomienda proveer de múltiples formatos de asistencia ya que el uso conjunto de tres o más aumentan la efectividad.
		COMENTARIO A R10: Las Intervenciones Intensivas, generalmente son realizadas por profesionales dedicados a la cesación -muchas veces en el marco de un programa-. Las consultas son específicas de cesación y toman más de 10 minutos por sesión. Pueden ser ofrecidas a todo tipo de población e incluyen formatos grupales, individuales, telefónicos, materiales escritos y otros.

11	TIPO 2	Se sugiere que las Intervenciones Intensivas sean brindadas por **dos o más integrantes del equipo de salud de diferentes disciplinas adecuadamente capacitados,** dado que el trabajo interdisciplinario mejora los resultados.
12	TIPO 1	Como parte de la **consejería para la modificación del comportamiento** se recomienda utilizar los componentes psicoterapéuticos de demostrada eficacia: 1) desarrollo de habilidades, resolución de problemas y técnicas de afrontamiento del estrés; 2) Brindar acompañamiento y estímulo; 3) Apoyo social.
13	TIPO 1	Se recomienda programar **múltiples visitas de seguimiento**, dado que más de 4 visitas y la suma total de 90 (o más) minutos de contacto aumentan la tasa de cesación.
14*	TIPO 1	Se recomienda el uso de **líneas telefónicas con seguimiento** para ayudar al fumador, ya sea como único formato de tratamiento o bien como apoyo al equipo de salud, ya que su uso aumenta las tasas de cesación y son de amplio acceso.
		COMENTARIO A R14: las líneas telefónicas son altamente costo-efectivas y contribuyen a generalizar y a normalizar la cesación. Línea gratuita de atención al fumador del Ministerio de Salud de la Nación 0800-999-3040, con acceso desde todo el país.
15	TIPO 1	Se recomiendan los **programas de cesación basados en páginas web, programas de computación y mensajes de texto por celular**– aislados o en combinación con otras alternativas- ya que son efectivos en población adulta.
		COMENTARIO A R15: Presentan como ventaja su amplia accesibilidad
16	TIPO 1	Los **materiales impresos de autoayuda** como intervención aislada tienen baja efectividad. Se recomienda utilizar los **materiales impresos de autoayuda** en el marco de los distintos formatos de intervención
		COMENTARIO A R16: Los más útiles son los diseñados específicamente para las distintas poblaciones de fumadores (ej. embarazadas, etc.).

RECOMENDACIÓN TIPO 1/: RECOMIENDA: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos, o viceversa; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

RECOMENDACIÓN TIPO 2/SUGIERE: se balancean con menor margen los riesgos y beneficios (ej. fármacos), o la evidencia no lo muestra con consistencia (ej. Intervención); la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas, plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CESACIÓN TABÁQUICA		
17*	TIPO 1	Se recomienda ofrecer **tratamiento farmacológico, junto con la consejería** para la modificación del comportamiento, ya que la combinación es más efectiva que cada una de las intervenciones por separado.
		COMENTARIO A R17: La suma de las dos estrategias aumenta cerca de un 40% las probabilidades de cesación cuando se las compara con el uso de medicación sola y, se acerca a duplicar las probabilidades de abstinencia, cuando se las compara con el uso de consejería para la modificación del comportamiento en forma aislada.
18*	TIPO 1	Se dispone de **drogas efectivas y con adecuado perfil de seguridad para dejar de fumar**: Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión. Se recomiendan estas drogas como tratamiento farmacológico de primera línea del intento de abandono.
19	TIPO 1	Se recomienda el uso de **terapia de reemplazo nicotínico en cualquiera de sus formas de presentación:** ya que todas aumentan significativamente las tasas de cesación
		COMENTARIO A R19: La TRN comprende parches, chicles, comprimidos dispersables (estos tres de venta libre) y spray nasal (venta bajo receta). Existe un inhalador bucal no disponible en nuestro país al momento de la elaboración de esta GPC. La terapia de reemplazo nicotínico como medicación de venta libre, aumenta las tasas de cesación y presenta amplia disponibilidad y accesibilidad.
20	TIPO 1	Se recomienda el uso del **parche de nicotina** a dosis estándares de hasta 21 mg/día durante 8 semanas de tratamiento, ya que aumenta significativamente la tasa de cesación.
		COMENTARIO A R20: Dosis superiores a 21 mg diarios sólo aumentan ligeramente la eficacia y se sugiere su uso en fumadores con alta dependencia (fumadores de más de 20 cig/día, quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse). Estas dosis superiores a 21 mg se logran usando simultáneamente más de un parche de igual o distinta gradación.
21	TIPO 1	Se recomienda el uso del **chicle de nicotina** de 2 y de 4 mg durante al menos 6 semanas ya que es efectivo.
		COMENTARIO A R21: En pacientes con alta dependencia se sugiere utilizar la presentación de 4 mg y eventualmente prolongar el tiempo de uso.
22	TIPO 1	Se recomienda el uso del **comprimido dispersable de nicotina** de 2 y de 4 mg durante 12 semanas, ya que es efectivo.
		COMENTARIO A R22: En pacientes con alta dependencia se sugiere utilizar la presentación de 4 mg y eventualmente prolongar el tiempo de uso.

23	TIPO 2	Se sugiere el uso de **spray nasal de Nicotina** en tratamientos de 12 semanas ya que es efectivo.
		COMENTARIO A R23: Es la única terapia de reemplazo nicotínico de prescripción bajo receta. Se sugiere utilizarlo especialmente en fumadores con alta dependencia.
24	TIPO 1	Se recomienda el uso de **Bupropión de liberación prolongada** en dosis de 150 o de 300 mg/día en tratamientos de 7 a 12 semanas, ya que aumenta las tasas de cesación.
		COMENTARIO A R24: Se inicia el tratamiento al menos una semana antes del día en que el paciente deja de fumar y se finaliza entre las 7 y 12 semanas. No se requiere disminución progresiva al finalizar.
25	TIPO 2	La **Vareniclina** en dosis de 1 a 2 mg/día durante 12 semanas de tratamiento es efectiva para la cesación. Se sugiere valorar junto al paciente los potenciales beneficios y riesgos al utilizarla.
		COMENTARIO A R25: La Vareniclina ha demostrado eficacia en pacientes cardiovasculares y EPOC. Su uso podría asociarse a la aparición de eventos cardiovasculares graves y alteraciones psíquicas (depresión, ideación suicida y otros). Estos últimos deben valorarse acorde a los antecedentes y advertir al paciente para que suspenda su uso en caso de aparición de los mismos.
26	TIPO 1	La **combinación de parches con chicles o con spray nasal de nicotina; o la asociación de parches de nicotina con Bupropión**, son más efectivas que cada uno por separado. Se recomienda reservar las combinaciones para personas con alta dependencia o antecedentes de fracaso de intentos previos con monoterapia.
27	TIPO 1	La **Nortriptilina y la clonidina** son efectivas para dejar de fumar pero se recomienda reservarlas como segunda línea de tratamiento bajo supervisión estricta por sus efectos adversos. La **combinación de parches de nicotina y Nortriptilina** también es efectiva como tratamiento de segunda línea.
		COMENTARIO A R27: plantearse su uso ante fracaso con medicaciones de primera línea en varios intentos. No se encuentran fácilmente disponibles en nuestro medio.
28	TIPO 2	Los tratamientos farmacológicos **no se recomiendan en forma sistemática** en fumadores de pocos cigarrillos (menos de 10 por día), en adolescentes y en embarazadas por carecer de evidencia suficiente o por existir contraindicaciones para su uso en estos grupos de personas.

		ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CESACIÓN
29	TIPO 2	Se sugiere aconsejar la **actividad física** en el intento de cesación para regular el aumento de peso, sumar efectividad a las demás estrategias y obtener los efectos saludables propios de la actividad física
30	TIPO 2	Se sugiere **atender al aumento de peso** con estrategias nutricionales, actividad física y tratamiento farmacológico. El Bupropión de liberación prolongada, los chicles y comprimidos dispersables de nicotina de 4 mg morigeran la ganancia de peso durante el tratamiento de cesación.
		COMENTARIO A R30: aconsejar una alimentación con predominio de frutas y verduras; aumentar el consumo de líquidos (agua y jugos cítricos); limitar el consumo de alcohol y organizar la alimentación en -al menos- cuatro comidas diarias, y la adopción de un estilo de vida saludable.
		TRATAMIENTOS NO AVALADOS
31*	TIPO 1	No se recomienda el uso de **tratamientos farmacológicos** con insuficiente evidencia de efectividad (benzodiacepinas, betabloqueantes, citisina, acetato de plata, canabinoides) o con evidencia de ineficacia (inhibidores de la recaptación de serotonina, naltrexona, mecamilamina).
		COMENTARIO A R31: Se ha publicado un trabajo (2011) que demuestra cierta efectividad de la citisina pero la magnitud del efecto y los efectos adversos impiden que se la avale al momento actual.
32*	TIPO 1	No se recomienda el uso de **propuestas** con insuficiente evidencia de efectividad: cigarrillo electrónico, glucosa, acupuntura tradicional, electroestimulación, bioinformación/ biofeedback, deprivación sensorial; o evidencia de ineficacia: laser, hipnosis. Las terapias aversivas son efectivas pero se desaconseja su uso por ocasionar alta exposición al humo de tabaco.
		COMENTARIO A R32: los dispositivos electrónicos para fumar (cigarrillo electrónico) han sido prohibidos por el ANMAT en todo el territorio nacional para su importación, venta y publicidad, por no haber sido avalados por estudios que respalden su seguridad y eficacia.

RECOMENDACIÓN TIPO 1/RECOMIENDA: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

RECOMENDACIÓN TIPO 2/SUGIERE: Se balancean con menor margen los riesgos y beneficios (ej. fármacos), o la evidencia no lo muestra con consistencia (ej. Intervención); la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas, plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

Evidencia que sustenta las recomendaciones R1 a R32.

EVALUACIÓN DEL ESTATUS DE FUMADOR Y CONSEJO ANTITABÁQUICO DADO POR EL EQUIPO DE SALUD

Se recomienda interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente (en un lugar visible de la Historia Clínica) ya que esto aumenta la tasa de intervención por parte del equipo de salud (Recomendación Tipo 1)

El registro de la condición de fumador en la historia clínica, permite que se lo reconozca como un problema de salud e impulsa al equipo sanitario a intervenir, lo que aumenta la tasa de intentos de cesación. La evidencia proveniente de un MA de ECA indica que la presencia de un sistema de identificación de los fumadores incrementa la tasa de intervención por los profesionales sanitarios (OR 3,1 IC95% 2,2 - 4,2), pero no produce necesariamente tasas significativamente mayores de abandono del tabaco (OR 2 IC 95% 0.8 - 4,8).[46] (Calidad de evidencia Alta)

Se recomienda a todos los profesionales médicos y de enfermería brindar un breve consejo de varios minutos para dejar de fumar a todas las personas que fuman, porque incrementa las tasas de cesación (Recomendación tipo 1).

Una vez identificado el fumador, el consejo claro, firme y personalizado, constituye una estrategia asequible y eficaz. Esta acción demanda poco tiempo e implementada masivamente por todo el equipo de salud, genera un gran impacto sanitario. Es útil brindar información sobre los beneficios que produce el dejar de fumar, relacionándolo con las condiciones de salud de cada fumador. También es parte de esta intervención, dar a conocer que existen tratamientos efectivos. Se recomienda utilizar expresiones directas y claras, sin transmitir la sensación de estar juzgando al fumador: "Como su médico, le recomiendo que deje de fumar, ya que es lo mejor que puede hacer por su salud". El consejo se dirige a dejar de fumar completamente (y no a fumar menos), ya que es prácticamente imposible controlar su consumo, los beneficios se obtienen al dejar completamente y aun pocos cigarrillos diarios se asocian a importantes riesgos para la salud.

El consejo del médico de dejar de fumar aumenta significativamente las tasas de abstinencia a 6 meses y agrega a la tasa de cesación espontánea (2 a 3%) un 1 a 3% adicional (OR 1,3 a 1,66).[46-48] El consejo impartido por el personal de enfermería es efectivo de forma similar (RR 1,28 IC 95% 1,18 - 1,38).[49] La efectividad del consejo fue evaluada en profesionales médicos y de enfermería. Parece razonable extrapolar la eficacia al consejo impartido por otros miembros del equipo, ya que los fumadores reconocen que el consejo del profesional de la salud tiene una fuerte influencia en su decisión de dejar de fumar. (Calidad de evidencia Alta)

Los fumadores de pocos cigarrillos (menos de 10 por día) y quienes no fuman diariamente corren riesgos significativos para su salud, por lo que se sugiere identificarlos y aconsejarles dejar. (Recomendación tipo 2).

La evidencia proveniente de múltiples estudios de cohorte y de casos y controles, muestra daño significativo a baja dosis de cigarrillos incluso en fumadores que no lo hacen diariamente (intermitente, sociales, etc.). Este riesgo es alto tanto para enfermedad isquémica, como cáncer de pulmón, cataratas, alteraciones reproductivas (placenta previa y embarazo ectópico), osteoporosis y mortalidad global[50,51] (Tabla 1). El consejo sanitario de abandono se ha mostrado eficaz para ayudar a dejar a todo tipo de fumadores independientemente del número de cigarrillos que consuman[3]. Estos fumadores dejan en muchos casos de forma espontánea o con intervención mínima.[52,53] Existen escasos estudios que hayan evaluado la eficacia de los tratamientos conductuales y farmacológicos en este grupo.[3,54,55] Se debe tener en cuenta que algunos fumadores de este grupo cumplen criterios de dependencia.[56] (Calidad de evidencia Moderada)

Se sugiere que al intervenir en cesación se evalúe la motivación, la etapa del proceso de cambio, las preferencias, las circunstancias y las necesidades de la persona; y utilizar herramientas como la negociación, el alentar al abandono y la oferta de tratamiento. (Recomendación tipo 2)

Existen diversas formas de evaluar el grado de motivación del fumador para cesar el consumo. Un esquema frecuentemente usado es el modelo transteorético de Prochaska y Diclemente en el que se reconoce que no todos están listos para dejar de fumar y que forzar un intento no aumenta la tasa de éxitos.[57,58] Así, plantea el desarrollo de habilidades para intervenir en forma diferenciada dependiendo de si las personas están o no preparadas para dejar en ese momento. Según los resultados de un MA la evidencia de la efectividad de las intervenciones basadas en este esquema es limitada por problemas metodológicos de los estudios disponibles.[59] Un reciente MA de 41 estudios describe que las intervenciones basadas en los estadios de cambio son más efectivas comparadas con no intervenir (RR 1,32 IC 95% 1,17 – 1,48), pero no más efectivas respecto a otras intervenciones no basada en los mismos. Tampoco se hallaron claros beneficios para el uso de materiales impresos de autoayuda basados en estos estadios RR 0,93 (IC 95% 0,62 – 1,39), o para tratamiento individual basado en este enfoque RR

Tabla 1: Riesgos para la salud de fumar pocos cigarrillos. Modificada de Schane et al.[50]

Enfermedad	Tabaquismo	Riesgo para el fumador (IC 95%)
Enfermedad cardiovascular		
Cardiopatía isquémica	1-4 cig/día	RR 2,74 para varones (2,07-3,61) RR 2,94 para mujeres (1,75-4,95)
Aneurisma de aorta	< 10 cig/día	RR 2,29
Mortalidad cardiovascular	ocasional	RR 1,5 para varones (1- 2,3)
Neoplasias		
Cáncer esofágico	1-14 cig/día	RR 4,25
Cáncer de pulmón	1-4 cig/día	RR 2,79 para varones (0,94 -8.28) RR 5,03 para mujeres (1,81 -13,98)
Cáncer gástrico	1-4 cig/día	RR 2,4 (1,3 – 4,3)
Cáncer pancreático	< 10 cig/día	RR 1,8 (1,4 – 2,5)
Enfermedades respiratorias		
Infecciones respiratorias bajas	< paquete/día	RR 1,5 para varones RR 1,13 para mujeres
Tos prolongada	< paquete/día	7,7 días en fumadores vs 6,8 días en no fumadores
Salud reproductiva		
Retraso en el tiempo a la concepción	1-4 cig/día	OR 1,1 para 6 meses de retraso OR 3,2 para 18 meses de retraso
Función de los espermatozoides	4 cig/día/5 años	Disminución de movilidad y densidad
Embarazo ectópico	< 10 cig/día	OR 1,4 (0,8 – 2,5)
Otras enfermedades		
Fractura de tobillo en mujeres	1-10 cig/día	OR 3,0 (1,9 – 4,6)
Cataratas/ opacidades en el vítreo	< 10 cig/día	OR 1,68 (1,14 – 2,49)
Limitación física por desgarro meniscal	< paquete/día	IR 1,44 (1,07 – 1,94)
Mortalidad (varones todas las causas)	ocasional	OR 1,6 (1,3 – 2,1)

1 (IC 95% 0,82 – 1,22).[60] De forma similar, un MA de 13 estudios encontró que mientras que el consejo médico aumenta la frecuencia de intentos de cesación (RR 1,24 IC 95% 1,16 – 1,33) el ofrecer consejería independientemente del estadio de cambio, aumenta el número de intentos de dejar en un 60% (RR 1,68 IC 95% 1,52-3,11) y el ofrecer terapia de reemplazo nicotínico –incluso a precontemplativos- eleva los intentos de cesación (RR 1,39 IC 95% 1,25 – 1,54).[61] A su vez, los fumadores evaluados, consideraron que estas intervenciones les eran útiles y en un 75% de los casos aceptaron recibir tratamiento aún cuando se hallan en la etapa precontemplativa. La evidencia disponible muestra que la aplicación del modelo transteorético del proceso de cambio –u otros modelos- no se relaciona directamente con la eficacia, pero pueden resultar de utilidad en la práctica para orientar la estrategia motivacional en una persona determinada. Algunas guías sugieren que la intervención se amolde a las preferencias del fumador.[62,63] (Calidad de evidencia Moderada)

INTERVENCIONES PARA AUMENTAR LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

Se recomienda al equipo de salud utilizar la entrevista motivacional como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento. Este enfoque aumenta tanto el número de intentos de abandono como la tasa de cesación. (Recomendación tipo 1)

La entrevista motivacional es un estilo de comunicación directivo, centrado en la persona, que se emplea para despertar un cambio al ayudar a la persona a explorar y resolver su ambivalencia.[64]

La guía estadounidense recomienda su aplicación en personas no motivadas a dejar, ya que se asocia a mayor tasa de intentos.[3]

La evidencia más reciente ha probado su eficacia en lograr la cesación en diversas poblaciones. Un MA de la colaboración Cochrane demostró que el empleo de estas técnicas se asocia a un aumento de las probabilidades de cesación constatada con determinaciones biológicas a 6 meses (RR 1,27 IC 95% 1,14 - 1,42).[65] Este estudio excluyó a las embarazadas. En la misma línea, un MA que incluyó 31 ECA con diversas poblaciones (adultos, adolescentes, embarazadas, enfermedades crónicas) encontró un efecto mayor con un OR para cesación de 1,45 (IC 95% 1,14 – 1,83). La eficacia no fue modificada por la presencia de otras intervenciones y fue similar para distintos integrantes del equipo de atención. Los estudios que utilizaron validaciones biológicas de abstinencia midieron el efecto más fuerte (OR 1,92 IC 95% 1,11 – 3,34).[66] Al análisis de distintos subgrupos se demostró mayor eficacia en adolescentes, personas con enfermedades comórbidas, personas con bajo nivel de dependencia y baja motivación para dejar. El tiempo de intervención asociado a la mayor eficacia fue de hasta una hora.[67] (Calidad de evidencia Alta)

Se sugiere reservar para situaciones particulares las mediciones biológicas y la búsqueda de daño como método para motivar a dejar. Estos estudios complementarios aumentan la complejidad, el costo asistencial y su efectividad se restringe a la posibilidad de demostración de daño con riesgo de falso reaseguro. (Recomendación tipo 2)

Tradicionalmente se ha intentado apoyar el consejo y motivación para dejar, en la demostración del daño. Sin embargo, el empleo de estudios complementarios aumentan el costo y la complejidad asistencial y sólo son marginalmente efectivos. Las alternativas mejor evaluadas en la literatura incluyen la espirometría, la espirometría informada como edad pulmonar, la ecografía carotídea y femoral (para hallazgo de placas ateromatosas) y la determinación de COexh. La determinación de COexh (RR 1,06 IC 95% 0,85 – 1,32) y la espirometría (RR 1,18 IC 95% 0,77-1,81) no demostraron promover la cesación según los resultados de un MA de ECA.[68] Un estudio encontró que la edad pulmonar se asocia a mayor tasa de cesación (RR 2,12 IC 95% 1,24 – 3,62) pero el diseño del estudio no permitía su evaluación como intervención aislada.[69] Asimismo, esta determinación sólo es patológica en un porcentaje variable de pacientes de más de 20 paquetes/año, y la presencia de valores normales puede debilitar la motivación o brindar falso reaseguro. En un estudio posterior, el 18% de los pacientes que tenían edad pulmonar igual que la cronológica realizaban un intento de dejar contra 33% de los que tenían edad pulmonar aumentada.[70] Por otra parte, no se recomienda la realización de espirometría como método de cribaje de EPOC en adultos asintomáticos.[71] La ecografía vascular demostró efectividad en un estudio de fumadores de pocos cigarrillos (RR 1,77 IC 95% 1,04-7,41), con metodología específica de comunicación de los resultados.[72] De utilizarse estos estudios complementarios, se sugiere que se conserve la selección original de las poblaciones para cada método y el modo de comunicación del riesgo. (Calidad de evidencia Moderada)

INTERVENCIONES PARA LAS PERSONAS QUE REALIZAN UN INTENTO DE DEJAR DE FUMAR: INTENSIDAD Y MODALIDADES

Se recomienda dedicar el mayor tiempo y número de contactos interpersonales que sea posible ya que, cuanto más intensiva es la intervención, mayor es el aumento de las tasas de cesación. (Recomendación tipo 1)

Se recomienda que las intervenciones breves sean brindadas, especialmente, por profesionales médicos y de enfermería en el primer nivel de atención, con extensión a todo el equipo de salud y ámbitos de atención, ya que son efectivas. (Recomendación tipo 1)

Las intervenciones breves de hasta tres minutos por cada contacto aumentan significativamente las posibilidades de cesación. Y si el tiempo de contacto es entre tres y 10 minutos aumentan aun más la efectividad. Por ello, se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar. (Recomendación tipo 1)

Se recomienda programar múltiples visitas de seguimiento, dado que más de 4 visitas y la suma total de 90 (o más) minutos de contacto aumentan la tasa de cesación (Recomendación tipo 1).

Las Intervenciones Breves comprenden: **A**veriguar el estatus tabáquico; **A**consejar la cesación, **A**sistir y evaluar si está listo para dejar; **A**yudar con herramientas conductuales (ej.: acordar un día "D") y farmacológicas; y **A**compañar con el seguimiento.[73] Estas intervenciones están integradas a la atención habitual sin importar el motivo de consulta.[63] La adición del apoyo telefónico a la intervención de base aumenta el éxito en algunas poblaciones (varones, jóvenes, consumidores de pocos cigarrillos).[74]

Varios MA de ECA han demostrado la efectividad de intervenciones de duración menor a 3 minutos, aumentando las tasas de abstinencia con respecto a la ausencia de intervención, aunque con efectividad variable.[73,75] Esta evidencia se superpone con la del consejo médico.[47] Se ha probado que el entrenamiento al equipo de salud aumenta la implementación de los pasos resumidos en la nemotecnia de las "5 A" por la Asociación Médica Estadounidense.[3] (Calidad de evidencia Alta)

Es habitual plantear la cesación fijando un día D en que el fumador deja definitivamente. Algunos fumadores pueden plantearse reducir paulatinamente hasta el día de cesación. Un MA de 10 estudios no encontró diferencias en la tasa de cesación en estudios que compararon ambos modos (RR 0,94 IC95% 0,79-1,13), incluso si se emplearon herramientas como terapia de reemplazo nicotínico, materiales de autoayuda o consejería. Por ello, los fumadores pueden elegir según su preferencia.[76]

La evidencia proveniente del MA de ECA de la Guía estadounidense muestra que las tasas de cesación a 6 meses aumentan a mayor tiempo de contacto interpersonal (OR 1,3 para 3 minutos; OR 2,3 para más de 10 minutos). Múltiples sesiones aumentan las tasas de abstinencia alcanzando un OR de 2,3 (IC 95% 2,1 - 1,3) para ocho sesiones comparadas con ningún contacto[3]. Los mayores resultados se obtienen entre 4 y 8 encuentros (OR 1,9 IC 95% 1,6 - 2,2) y entre 91 y 300 minutos de contacto total (OR 3,2 IC 95% 2,3 - 4,6).[73] (Calidad de evidencia Alta)

Se recomienda que siempre que sea posible los fumadores tengan acceso a intervenciones intensivas, tanto de forma individual como grupal, ya que ambas aumentan las probabilidades de abstinencia. Se recomienda proveer múltiples formatos de asistencia ya que el uso conjunto de tres o más aumentan la efectividad. (Recomendación tipo 1)

Las intervenciones de tratamiento intensivo generalmente son realizadas por profesionales especialmente dedicados a la cesación -muchas veces en el marco de un programa-. Las consultas son específicas de cesación y toman más de 10 minutos por sesión. Pueden ser ofrecidas a todo tipo de población tanto en los formatos grupales, individuales y telefónicos, con el complemento de materiales escritos y otros. Estas intervenciones se asocian a aumentos significativos de la tasa de cesación, según lo muestran varios MA con resultados congruentes.[73,75,77] Los tratamientos individuales y grupales tienen efectividad comparable[78] (OR 1,3 IC 95% 1,1 – 1,6 para tratamiento grupal y 1,7 IC 95% 1,4 - 2,0 para individual). El uso de múltiples formatos de asistencia (materiales de autoayuda, apoyo mediante línea telefónica con seguimiento, tratamiento individual y grupal) demostró mayor efectividad a mayor número de tipos de ayuda en un MA.[73] (Calidad de evidencia Alta)

Se sugiere que las intervenciones Intensivas sean brindadas por dos o más integrantes del equipo de salud de diferentes disciplinas adecuadamente capacitados, dado que el trabajo interdisciplinario mejora los resultados. (Recomendación tipo 2).

Los resultados del MA de la guía estadounidense indican que la participación de terapeutas de distintas disciplinas se asocia a mayor tasa de cesación (OR 1,8 IC 95% 1,5 – 2,2 para un sólo terapeuta y 2,5 IC 95% 1,9 – 3,4 para dos disciplinas)[73] La eficacia del enfoque multidisciplinario se superpone con el efecto de múltiples consultas y mayor tiempo de contacto. (Calidad de evidencia Moderada)

Como parte de la consejería para la modificación del comportamiento se recomienda utilizar los componentes psicoterapéuticos de demostrada eficacia: 1) Desarrollo de habilidades, resolución de problemas y técnicas de afrontamiento del estrés; 2) Brindar acompañamiento y estímulo; 3) Apoyo social. (Recomendación tipo 1)

El MA de la guía estadounidense del 2000 y su revisión del 2008 identificaron algunos componentes psicoterapéuticos del tratamiento con evidencia de eficacia: consejo práctico de manejo de situaciones problema y afrontamiento (OR

1,5), apoyo comportamental como parte del tratamiento (OR 1,3). El apoyo social por fuera del tratamiento tiene menos fuerza de evidencia (OR 1,04 IC 95% 0,87 – 1,24).[3,73,79] (Calidad de evidencia Alta)

Se recomienda el uso de líneas telefónicas con seguimiento para ayudar al fumador, ya sea como único formato de tratamiento o bien como apoyo al equipo de salud, ya que su uso aumenta la tasa de cesación y son de amplio acceso (Recomendación tipo 1).

Varios MA de ECA han demostrado aumentos significativos de las probabilidades de cesación con el uso de líneas telefónicas con seguimiento (proactivas) (OR 1,6 y RR 1,37 y 1,58).[3,80,81] La tasa de cesación aumentó aun más con la provisión de medicaciones.[3] Asimismo existe un efecto dosis respuesta ante la realización de tres o más llamadas realizadas por el sistema proactivo.[80] En nuestro país existe una línea telefónica gratuita de atención al fumador del Ministerio de Salud de la Nación, 0800-999-3040, con acceso desde todo el país y diseñada para el seguimiento proactivo. (Calidad de evidencia Alta)

Se recomiendan los programas de cesación basados en página web, programas de computación y mensajes de texto por celular – aislados o en combinación con otras alternativas- ya que son efectivos en población adulta. (Recomendación tipo 1).

Este tipo de recursos presentan como ventaja su amplia accesibilidad. Un MA de ECA demostró eficacia de programas de cesación basados en internet (RR 1,40 IC 95% 1,25 - 1,76) y en programas de computación (RR 1,48 IC 95% 1,25-1,76).[82] Aquellas intervenciones interactivas y diseñadas para poblaciones específicas, fueron más efectivas que folletos o envíos de correo electrónico para lograr abstinencia a 6 meses (RR 1,8 IC 95% 1,4 – 2,3).[83] Los resultados de un MA de la colaboración Cochrane coinciden en señalar que las intervenciones realizadas a medida para distintas poblaciones, son las más efectivas.[84] La evidencia resumida en un meta-análisis del año 2009 no indicó que las intervenciones basadas en mensajes de texto por celular (SMS) fueran efectivas por sí mismas, aunque podrían utilizarse como intervención asociada a internet.[85] Sin embargo, un ECA publicado en el año 2011 y de buena calidad, con una población de 5800 adultos demuestra que el uso de estos mensajes se asocia a una duplicación de la tasa de cesación confirmada por marcadores biológicos (RR 2,14 IC 95% 1,74-2,63).[86] (Calidad de evidencia Alta)

Los materiales impresos de autoayuda como intervención aislada tienen baja efectividad. Se recomienda utilizar estos materiales impresos en el marco de los distintos formatos de intervención. (Recomendación tipo 1).

Los resultados de un MA demuestran una efectividad limitada de los materiales de autoayuda (RR 1,21 IC 95% 1,05 - 1,39). El efecto más fuerte se encontró en los ECA que evaluaron materiales realizados a medida para grupos específicos de fumadores (RR 1,31 IC 95% 1,20 - 1,42).[87] El meta-análisis de la guía estadounidense arrojó resultados similares.[73] (Calidad de evidencia Alta)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CESACIÓN TABÁQUICA

Se recomienda ofrecer tratamiento farmacológico junto con la consejería para la modificación del comportamiento ya que la combinación es más efectiva que cada una de las intervenciones por separado. (Recomendación tipo 1)

El meta-análisis de la guía estadounidense encontró que la suma de las dos estrategias aumenta cerca de un 40% las probabilidades de cesación comparada con el uso de medicación sola (OR 1,4 IC 95% 1,2 - 1,6) y se acerca a duplicar las probabilidades de abstinencia (OR 1,7 IC 95% 1,3 - 2,1) comparada con el tratamiento para la modificación del comportamiento en forma aislada.[3] (Calidad de evidencia Alta). (Ver Tabla 5).

Se dispone de drogas efectivas y de adecuado perfil de seguridad para dejar de fumar: Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión. Se recomiendan estas drogas como tratamiento farmacológico de primera línea del intento de abandono. (Recomendación tipo 1).

Existe un cuerpo de evidencia consistente que demuestra la efectividad de estas opciones farmacológicas en aumentar las probabilidades de una cesación exitosa.[3,88,89] Estos tratamientos son recomendados por todas las guías de alta calidad y se consideran de primera elección. La elección de una opción dependerá de consideraciones acerca de la efectividad, disponibilidad, relación coste /beneficio, seguridad de las medicaciones, (efectos adversos), como también de las opiniones del paciente y experiencia del terapeuta en el manejo. (Calidad de evidencia Alta)

Se recomienda el uso de Terapia de Reemplazo Nicotínico en cualquiera de sus formas de presentación, ya que todas aumentan significativamente las tasas de abstinencia (Recomendación tipo 1)

La TRN comprende parches, chicles, comprimidos dispersables y spray nasal. Existe un inhalador bucal no disponible en nuestro país al momento de la elaboración de esta GPC. La evidencia proveniente de varios MA indica que las TRN son efectivas y aumentan significativamente las tasas de cesación (RR de 1,58 a 2,2 según la medida de cesación empleada y el tiempo de seguimiento).[3,88-92] La TRN como medicación de venta libre también aumenta las tasas de cesación (OR 2,5 IC 95% 1,8 - 3,6), y tiene un impacto sustancial en la salud pública por su amplia disponibilidad y accesibilidad.[3,93] Los efectos adversos más frecuentes de la TRN incluyen palpitaciones y dolor torácico (OR 2,06, IC 95% 1,51-2,82); nauseas y vómitos (OR 1,67 IC 95% 1,37 – 2,04); molestias gastrointestinales (OR 1,54 IC 95% 1,25 – 1,89) e insomnio (OR 1,42 IC 95% 1,21 – 1,66). No se ha descripto aparición de síntomas de ansiedad o depresión con su uso.[94] (Calidad de evidencia Alta)

El número necesario de pacientes tratados (NNT) para obtener una cesación exitosa con TRN es 23.[95]

Se recomienda el uso del parche de nicotina a dosis estándares de hasta 21 mg/día durante 8 semanas de tratamiento, ya que aumenta significativamente la tasa de cesación (Recomendación tipo 1).

Se recomienda el uso del chicle de nicotina de 2 y de 4 mg durante al menos 6 semanas ya que es efectivo. (Recomendación tipo 1)

Se recomienda el uso del comprimido dispersable de nicotina de 2 y de 4 mg durante 12 semanas, ya que es efectivo. (Recomendación tipo 1)

La evidencia que respalda la efectividad de las distintas formas de TRN proviene de una serie de MA congruentes. El uso de parches de nicotina se asocia a mayor eficacia de cesación a los seis meses cuando se los compara con placebo en los distintos MA (OR 1,66, 2,07 y 2,33).[3,88,89,91] El número necesario de pacientes para tratar es de 18 si se toma un OR de 1,75 para lograr la cesación al año.[96,97] Dosis de parches superiores a 21 mg diarios sólo aumentan ligeramente la eficacia (OR 2,3) por lo que se sugiere su uso en fumadores con alto grado de adicción (fumadores de más de 20 cig/ día y quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse).[3,98,99] Estas dosis superiores a 21 mg se logran usando simultáneamente más de un parche de igual o distinta gradación. Los resultados de un MA muestran que los parches son más efectivos en varones que en mujeres (OR 1,40 IC 95% 1,02 – 1,93).[100] Su efecto adverso específico es la irritación cutánea, además de los efectos adversos de la nicotina en general (OR 2,80 IC 95% 2,28 – 3,24).[94]

La eficacia de los chicles de nicotina ha sido medida por los MA entre 1,43 y 2,2 de OR.[89,91] Los comprimidos dispersables han sido introducidos más recientemente y su OR ha sido promediado en 2.[89,91] Sus efectos adversos más frecuentes son: dolor en la boca y la garganta (OR 1,87 IC 95 % 1,36 – 2,57), úlceras orales (OR 1,49 IC 95 % 1,05 – 2,20), hipo (OR 7,68 IC 95% 4,59 – 12,85) y tos (OR 2,89 IC 95% 1,92 – 4,33).[94] (Calidad de evidencia Alta)

En personas con alta dependencia se sugiere iniciar el tratamiento con la presentación de 4 mg y eventualmente prolongar el tiempo de uso.

Se sugiere el uso de spray nasal de Nicotina en tratamientos de 12 semanas ya que es efectivo. (Recomendación tipo 2)

Es la única terapia de reemplazo nicotínico de prescripción bajo receta. Se sugiere utilizarlo especialmente en fumadores con alta dependencia (más de 20 cig/día y quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse). Su eficacia es algo superior a otras formas de TRN (OR entre 2,02 a 2,3).[3,89,91] El MA de la colaboración Cochrane incluyó 4 estudios con fumadores de más de 24 cig/día o FTND > 7, donde el spray comparado contra placebo obtuvo un OR para la cesación de 2,35 (IC 95% 1,63 – 3,38).[91]
(Calidad de evidencia Alta).

Se recomienda el uso de Bupropión de liberación prolongada en dosis de 150 o de 300 mg/día en tratamientos de 7 a 12 semanas, ya que aumenta las tasas de cesación. (Recomendación tipo 1)

El Bupropión es un antidepresivo con eficacia probada por varios MA congruentes. Los OR para cesación son cercanos a 2 (varían según el tiempo de seguimiento y la definición de cesación adoptada).[3,88,89,92,101] Su eficacia es comparable a la del reemplazo nicotínico.[88] Se inicia el tratamiento al menos una semana antes del día en que el paciente deja de fumar y se finaliza entre las 7 y 12 semanas. No se requiere disminución progresiva al finalizar. La evidencia recogida en uno de los MA indica que la tasa de cesación es similar para la dosis de 150 y de 300 mg (OR 1,08 IC 95% 0,93 – 1,26).[101] (Calidad de evidencia Alta).

Un alerta de la FDA advierte sobre la asociación con eventos de depresión, agitación, ideación suicida y suicidio en personas con antecedentes psiquiátricos y sin ellos, tanto para Vareniclina como para Bupropión.[102] El número de casos reportados en la base de datos de la FDA sobre conducta suicida, autoagresión o depresión, fue superior para Vareniclina (OR 8,4 IC 95% 6,8 – 10,4) y Bupropión (OR 2,9 IC 95% 2,3 – 3,7) respecto de terapia de reemplazo nicotínico.[103]

El número necesario de pacientes tratados (NNT) para obtener una cesación exitosa con Bupropión es veinte.[95]

La Vareniclina en dosis de 1 a 2 mg/día durante 12 semanas de tratamiento es efectiva para la cesación. Se sugiere valorar junto al paciente sus potenciales beneficios y riesgos al utilizarla. (Recomendación tipo 2)

Evidencia de efectividad

La Vareniclina es un agonista parcial del receptor nicotínico. Varios MA de ECA han estimado su eficacia para diferentes dosis. Así, la dosis estándar de 2 mg/día presenta un RR de 2,31 (IC 95% 2,01 – 2,66) y la dosis de 1 mg/día RR de 2,09

(IC 95% 1,56 – 2,78) para cesación a más de 6 meses de seguimiento.[95] El OR para cesación al mes ha sido informado como 3,16 (IC 95% 1,94 – 2,62).[92] Otros MA estimaron su eficacia a 3 meses en un OR de 3,75; a 6 meses en 3,1; y a un año en 2,96.[3,88,89,95]

Por otra parte, esta droga ha mostrado ser más eficaz que el Bupropión en comparaciones directas RR 1,52 (IC 95% 1,22 – 1,88) para cesación al año. Al compararla con TRN el RR no resultó significativo para la cesación puntual a las 24 semanas (RR 1,13 IC 95% 0,94 – 1,35).[95] (Calidad de evidencia Alta)

Eficacia en pacientes cardiovasculares y EPOC

Un ensayo clínico demostró efectividad de Vareniclina comparada con placebo, en pacientes EPOC leves a moderados (OR 4,08 IC 95% 2,13 - 7,67) al año de seguimiento. En este estudio se registró un evento cardiovascular grave en un paciente tratado, pero no se registraron otros efectos adversos significativos.[104]

Un ECA de Vareniclina en pacientes con enfermedad cardiovascular estable (antecedente de IAM, revascularización coronaria, angina de pecho, enfermedad arterial periférica o enfermedad cardiovascular) demostró efectividad (OR 3,14 IC 95% 1,93-5,11 para cesación al año).[105] En este estudio se produjeron 7% de eventos cardiovasculares en el grupo tratado y 5% en el grupo placebo, diferencia no significativa. (Calidad de evidencia Moderada)

Puesta en contexto de los efectos adversos

Los principales ECA de Vareniclina han excluido a poblaciones muy enfermas, entre ellas: EPOC tratados con corticoides orales, hospitalizados por EPOC en el mes anterior al screening para el estudio, cualquier enfermedad seria o inestable dentro de los 6 meses previos, riesgo de convulsiones, enfermedad psiquiátrica inestable, otras adicciones, neoplasias, enfermedades endocrinas, alteraciones hepáticas, diabetes en tratamiento farmacológico, enfermedades cardiovasculares inestables.[106,107] Se incluyeron pacientes en general sanos y motivados que recibieron apoyo para dejar.[108]

Efectos adversos psiquiátricos

En los primeros años de su comercialización, han aparecido reportes sobre cambios en el comportamiento como depresión, ideación suicida y suicidio. Los estudios poblacionales no revelaron mayor frecuencia de estos eventos que con otras medicaciones para la cesación y estos eventos no aparecieron en los ECA previos a la salida de la droga al mercado, si bien las poblaciones de los estudios son seleccionadas (Calidad de evidencia muy Baja).[102,109,110] Una interpretación difundida es que algunos eventos depresivos estarían relacionados con la cesación y no con la medicación, aunque el patrón de aparición de algunos eventos sugiere que podrían estar vinculados a un efecto medicamentoso. Se requiere mayor investigación para evaluar definitivamente la seguridad en este aspecto. Se debe interrogar los antecedentes relacionados y monitorear la aparición de estos eventos, alertando al paciente acerca de ellos e indicando suspender el uso de Vareniclina ante su aparición.

Un alerta de la FDA advierte sobre la asociación con eventos de depresión, agitación, ideación suicida y suicidio en personas con antecedentes psiquiátricos y sin ellos, tanto para Vareniclina como para Bupropión.[102] Otros estudios no han mostrado mayor incidencia de estos ni en la población general ni en ECA.[109,110] También se ha postulado que el riesgo de suicidio se relaciona con el tabaquismo en vez de las medicaciones recibidas.[111] Por otra parte, los resultados de dos estudios retrospectivos que incluyeron pacientes con enfermedad mental pre-existente, no mostraron mayor número de hospitalizaciones por eventos psiquiátricos en quienes recibían Vareniclina comparados contra terapia de reemplazo nicotínico.[112,113] Sin embargo, el número de casos reportados en la base de datos de la FDA sobre conducta suicida, autoagresión o depresión, fue superior para Vareniclina (OR 8,4 IC 95% 6,8 – 10,4) y Bupropión (OR 2,9 IC 95% 2,3 – 3,7) respecto de terapia de reemplazo nicotínico.[103] Según estos resultados, la Vareniclina muestra un aumento significativamente mayor y sustancial del riesgo mientras que el Bupropión tiene un riesgo menor. Se recomienda evaluar antecedentes de comorbilidad psiquiátrica e ideación suicida y sopesar la relación riesgo/ beneficios al indicar estos fármacos, dar pautas de alarma acerca de la aparición de cambios en el humor y comportamiento, monitorearlos y suspenderlas en caso de producirse este tipo de efecto adverso.

Efectos adversos cardiovasculares.

En 2011 la FDA emitió un alerta utilizando los datos del estudio de Rigotti: "Vareniclina puede asociarse a un pequeño riesgo aumentado de ciertos efectos adversos cardiovasculares en estos pacientes (…). El riesgo absoluto de efectos adversos cardiovasculares en relación a su eficacia es pequeño. Sin embargo los profesionales de la salud deben siempre sopesar los beneficios potenciales de Vareniclina contra sus riesgos potenciales cuando decidan usar esta droga en pacientes con enfermedad cardiovascular".[105,114] Un MA publicado en 2011 evaluó la asociación entre la aparición de efectos cardiovasculares graves (isquemia, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva, muerte súbita o muerte de causa cardiovascular) en pacientes que recibían Vareniclina comparados contra placebo.[115] Evaluamos formalmente este MA utilizando la herramienta del Centre for Evidence Based Medicine de la Universidad de Oxford y se lo consideró de buena calidad y sin sesgos de publicación. El MA incluyó 14 estudios con un total de 8216 participantes. El tratamiento con Vareniclina se asoció a mayor riesgo de eventos cardiovasculares serios (52/4908 en el grupo tratado y 27/3308 en el grupo control) lo que derivó en un OR de Peto de 1,72 (IC 95% 1,09–2,71; I_2= 0%). No se registraron diferencias en mortalidad entre los dos grupos (7/4908 en el grupo tratado y 7/3308 en el grupo control). El mayor número de eventos se encontró en el estudio con población con antecedentes cardiovasculares, pero el riesgo persistió elevado tras la exclusión de este estudio, lo que impide definir si esta población es la única expuesta.[105] Los autores afirmaron que el aumento de riesgo para todo evento era del 72 %, y que el número necesario para producir un evento (NND) entre pacientes con enfermedad cardiovascular era de 28 (IC 95% 13 - 213), partiendo de un riesgo anual de 5,57% acorde a los resultados del estudio de Rigotti con pacientes cardiovasculares estables[105]. Los autores reconocieron como limitaciones que los estudios evaluaban diferentes poblaciones y que ninguno tenía poder de muestra para detectar diferencias individuales en eventos cardiovasculares en cada población. El editorial acompañante señaló que el riesgo absoluto era de escasa magnitud (52/4908 1,06% en el grupo tratado y 27/3308 0,82% en el grupo placebo) con una diferencia absoluta de 0,24%.[116]

Un dictamen de la European Medicines Agency de la Unión Europea consideró que la relación riesgo/beneficio era favorable a su uso.[117,118] En el mismo se consideraba como limitaciones del MA el bajo número de eventos detectados, los tipos de eventos incluidos, la existencia de mayor pérdida de seguimiento en pacientes de la rama placebo, la falta de información de la secuencia temporal de eventos y la exclusión de estudios en que no hubo eventos adversos. En la correspondencia publicada en la revista los autores aclaran que, aunque el número de eventos sea pequeño, la diferencia resultó estadísticamente significativa y que la respuesta sólo podría provenir de estudios con grandes números de pacientes que no han sido realizados aun. Además, defienden la exclusión de estudios sin eventos en ambas ramas según el manual de la Colaboración Cochrane y que el análisis empleado (intención de tratar) ajusta por las diferencias en el seguimiento entre las dos ramas.[119]

Otro intercambio publicado, fue acerca del uso del método de Peto para calcular el OR, pero los autores respondieron que con el método de Mantel-Haentzel produjo resultados similares y que el método de Peto es el de elección cuando existen pocos eventos.

Otro MA publicado posteriormente incluyó los estudios excluidos por el MA antes citado y modelizó un número distinto de eventos cardiovasculares basados en una definición más dura (muerte de causa cardiovascular, IAM y ACV). Para este grupo, la asociación no era significativa (OR 1,91 IC 95% 0,86 - 4,24).[120] Evaluamos el texto que nos aportaron sus autores con la misma herramienta de calidad del CEBM y se lo halló con deficiencias metodológicas: no se aclaran aspectos de la búsqueda bibliográfica y del rol de los revisores y se tomaron distintos resultados clínicos como relevantes. Por lo tanto este MA no permite excluir la existencia de riesgo. Cuando existen dos MA con resultados no concordantes se debe seleccionar para la toma de decisiones aquel que presente mayor solidez metodológica.[121] La FDA ha solicitado a los fabricantes un nuevo MA a fin de aclarar la evidencia de aumento de riesgo cardiovascular especialmente en personas sin antecedentes.[122]

Situación en el esquema de tratamiento.

Algunas autoridades nacionales (Australia, Nueva Zelanda) e instituciones (Administración de Veteranos, EE.UU.) han establecido que esta medicación se utilice solamente bajo supervisión de equipos especializados o bien luego de fracasos con la TRN o Bupropión.[108,122,124]

Puesta en contexto del riesgo cardiovascular

De acuerdo con los resultados de MA el riesgo de eventos cardiovasculares es mayor para el grupo tratado, es de pequeña magnitud en términos absolutos y la mayoría de los eventos registrados se produjeron en pacientes con patología cardiovascular previa.[105] El NND computado para un aumento de riesgo de 0,24% es de 417. Los autores del MA utilizando una estimación de riesgo aumentado del 9,8% obtienen un NND de 28 (obtenido de un riesgo basal del 5,57% por ser tabaquistas cardiovasculares más un aumento de 0,72%).[105] Realizando un cálculo de NND sobre los eventos registrados en el estudio de Rigotti el NND es de 71.[105]

Para poner en perspectiva este dato consideraremos la disminución de riesgo de eventos que los pacientes podrían tener por dejar de fumar. El número necesario de pacientes tratados (NNT) con Vareniclina para obtener una cesación exitosa es de 10 (23 para la TRN y 20 para Bupropión).[95] La reducción de mortalidad por eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad coronaria ha sido determinada en un 36%.[125] En mujeres en los primeros 5 años de cesación se produce una disminución del 61% de mortalidad por eventos cardiovasculares y 42% de disminución de mortalidad por ACV.[126]

La relación riesgo beneficio varia drásticamente según sea el NND definido. A medida de ejemplo se presentan en la tabla los riesgos asociados al tabaquismo y los beneficios de la cesación en distintos escenarios de NND (provenientes del MA de Singh y de las cartas en que se cuestionó su cálculo).[115,119,127] Se considera para esta estimación una cesación exitosa al año de 3% sin tratamiento.[128] En la medida en que el NND se acerca a 417 (cálculo según riesgo absoluto) el balance parece favorecer el tratamiento con Vareniclina de los fumadores con enfermedad cardiovascular estable. Pero, en la medida en que el NND tenga valores entre 13 a 28 (acorde al cálculo del MA de Singh et al) el balance sería desfavorable al tratamiento. En ambos casos, hay que tener en cuenta de que se trataría de eventos serios, que se darían mayormente en pacientes cardiovasculares estables (aunque no puede descartarse que se produzcan en personas asintomáticas) y que se cuenta con otras opciones terapéuticas[115]. La evidencia disponible al momento actual no nos permite determinar el NND real.

Se recomienda ofrecer tratamiento farmacológico junto con la consejería para la modificación del comportamiento ya que es más efectiva que cada una de las intervenciones por separado.

Se dispone de drogas efectivas y de adecuado perfil de seguridad para dejar de fumar: Terapia de reemplazo Nicotínico y Bupropión. Se recomienda estas drogas como tratamiento farmacológico de primera línea del intento de abandono.

	Calculo de riesgo anual de eventos serios cardiovasculares sobre 100 fumadores con enfermedad cardiovascular estable tratados con Vareniclina (NNT = 10)				Cálculo de 100 fumadores sin tratamiento activo (dejan 3 al año)
Distintas estimaciones de NND (anual)	**13**	**28**	**213**	**417**	**0**
Sufrirían un evento asociado a Vareniclina al año	**7**	**4**	**0.4**	**0.2**	**0**
Sufrirían un evento asociado a tabaquismo al año	**2**	**2**	**2**	**2**	**5**

CONCLUSION: El estado actual de la evidencia impide alcanzar conclusiones sólidas acerca de este aspecto. Existen dudas razonables con respecto a la seguridad cardiovascular de la Vareniclina que requiere de mayor investigación. El beneficio de eficacia es claro, por lo cual se sugiere evaluar en cada caso la relación riesgo beneficio acorde al perfil de cada fumador y exponiendo al paciente la información disponible. Por todo esto, acorde a la graduación de la fuerza de las recomendaciones por el sistema GRADE, esta recomendación es tipo 2. Por la naturaleza controversial de este aspecto al momento de redacción de esta GPC se seguirá evaluando la evidencia periódicamente para poder ponderar el potencial impacto del efecto adverso. Por lo tanto, la presente guía sugiere que esta medicación se utilice en la cesación acorde a la evidencia de efectividad, pero que quienes la prescriban discutan con sus pacientes la información disponible al momento actual. Asimismo se debe tener precaución en su uso en personas con antecedentes cardiovasculares y alertar a los pacientes acerca de la aparición de síntomas de alteraciones del ánimo y que suspendan su uso ante ellos. (Calidad de evidencia Moderada)

La combinación de parches con chicles o con spray nasal de Nicotina; y la asociación de parches de Nicotina con Bupropión son más efectivas que cada uno por separado. Se recomienda reservar las combinaciones para personas con alta dependencia, o antecedentes de fracaso de intentos previos con monoterapia. (Recomendación tipo 1)

La eficacia de combinaciones de fármacos fue evaluada por la guía estadounidense. El uso de una combinación de parches de nicotina con chicles, y de parches de nicotina con spray nasal durante más de 14 semanas se asoció a un OR de 3,6 para cesación (IC 95% 2,5 - 5,2). La combinación de parches con Bupropión se asoció a cesación de OR de 2,5 (IC 95% 1,9 - 3,4).[3]

La combinación de parches con chicles o con spray nasal de Nicotina; y la asociación de parches de Nicotina con Bupropión son más efectivas que cada uno por separado. Se recomienda reservar las combinaciones para personas con alta dependencia, o antecedentes de fracaso de intentos previos con monoterapia.

Los resultados de un MA anterior acerca de dos formas de terapia de reemplazo nicotínico habían encontrado menos eficacia.[129] El uso de dos medicaciones implica un aumento de costos, por lo que el panel recomienda que se reserven las combinaciones para pacientes de alta dependencia (más de 20 cig/día y quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse). (Calidad de evidencia Alta)

La Nortriptilina y la Clonidina son efectivas para dejar de fumar pero se recomienda reservarlas como segunda línea de tratamiento bajo supervisión estricta por sus efectos adversos. La combinación de parches de nicotina y Nortriptilina también es efectiva como tratamiento de segunda línea. (Recomendación tipo 1)

Los resultados de un MA de la colaboración Cochrane mostraron que la Nortriptilina aumenta la probabilidad de cesación comparada con placebo (OR 2,03 IC 95% 1,48 - 2,78).[101] Aunque el Bupropión demuestra mayor efectividad, la diferencia no es estadísticamente significativa (RR 1,7 IC 95% 0,7 – 4,1).[130] El OR combinado para cesación de la Clonidina es de 1,89 (IC 95% 1,30 - 2,74) sobre un número limitado de estudios y con aparición de efectos adversos dependientes de la dosis.[131] Resultados similares se obtuvieron en el MA de la guía estadounidense.[3] El efecto adverso más relevante de la Nortriptilina es hipotensión ortostatica.[132] Estas medicaciones se consideran de segunda línea y puede plantearse su uso ante fracaso con las medicaciones de primera línea en varios intentos. No se encuentran fácilmente disponibles en nuestro medio. La combinación de parches y Nortriptilina es marginalmente superior al uso del parche (OR 2,3 IC 95% 1,3 - 4,2).[3] (Calidad de evidencia Alta)

Los tratamientos farmacológicos no se recomiendan en forma sistemática en fumadores de pocos cigarrillos (menos de 10 por día), en adolescentes y en embarazadas por carecer de evidencia suficiente o por existir contraindicaciones para su uso en estos grupos de personas (Recomendación tipo 2)

Los ensayos clínicos de medicaciones suelen excluir a adolescentes y embarazadas. Las recomendaciones de los fabricantes excluyen a los menores de 18 años. Un MA de ECA realizados en jóvenes entre 12 y 20 años encontró que la farmacoterapia no es efectiva en producir cesación (RR 1,38 IC 95% 0,92 – 2,07 I_2 =0.0%).[133] La evidencia acerca de medicaciones en embarazadas se discute en las recomendaciones para ese grupo. En cuanto a los fumadores de pocos cigarrillos, es razonable suponer que las medicaciones que son efectivas en grupos de mayor consumo diario también lo son en ellos, aunque no se recomienda su uso de manera sistemática. (Calidad de evidencia Moderada)

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CESACION: ACTIVIDAD FISICA Y AUMENTO DE PESO

Se sugiere aconsejar la actividad física en el intento de cesación para regular el aumento de peso, sumar efectividad a las demás estrategias y obtener los efectos saludables propios de la actividad física (Recomendación tipo 2).

Una publicación del grupo Cochrane incluyó estudios con diferentes tipos de programas de ejercicio y duraciones variables del seguimiento. El efecto directo del ejercicio como única estrategia sobre la cesación fue de poca magnitud.[134] La evidencia también sugirió que el ejercicio retrasa el aumento de peso cuando se lo combina con un programa cognitivo-conductual.[135] (Calidad de evidencia Moderada). Por esto, la recomendación específica del ejercicio como tratamiento para dejar de fumar es débil. Por otra parte, existe abundante evidencia de los efectos saludables de la actividad física. (Calidad de evidencia Moderada)

Se sugiere atender al aumento de peso con estrategias nutricionales, actividad física y tratamiento farmacológico. El Bupropión de liberación prolongada, los chicles y comprimidos dispersables de nicotina de 4 mg morigeran la ganancia de peso durante el tratamiento de cesación. (Recomendación tipo 2).

La mayoría de los que dejan de fumar ganan peso. Aunque en general no superan los 4,5Kg, un 10% del total pueden aumentar hasta 13,5 Kg.[136-139] Las mujeres tienden a ganar ligeramente más peso que los hombres.[140] El mayor riesgo se evidencia en menores de 55 años y fumadores de más de 25 cigarrillos al día.[138,141] El aumento de peso después de dejar de fumar parece deberse tanto a una mayor ingesta, como a una disminución del gasto metabólico de reposo y a la supresión de los efectos anorexígenos de la nicotina en el sistema nervioso central.[142]

No hay datos convincentes de que las intervenciones de consejo diseñadas específicamente para mitigar la ganancia de peso durante el proceso de dejar de fumar sean efectivas.[3] Programas individualizados, dietas de muy bajas calorías y el TCC se asociaron con reducciones de la ganancia de peso inmediata y a largo plazo, pero no fueron claramente exitosos en mantener la cesación.[143,144] La actividad física no produce cambios de peso a corto plazo, pero es efectiva al año.[143]

Algunos tratamientos farmacológicos no recomendados para cesación ensayados en este contexto como la dexfenfluramina, fluoxetina, fenilpropamina y naltrexona, limitaron la ganancia de peso al final del tratamiento pero este efecto no se mantuvo al año.[143] La Terapia de reemplazo nicotínico (en particular los chicles y los comprimidos dispersables de 4 mg), retrasa el aumento de peso. Parece haber una relación dosis-respuesta entre mayor uso del chicle y menor ganancia de peso. El Bupropión también muestra eficacia para retrasar la ganancia de peso.[145-147] Sin embargo este efecto sólo se evidencia durante el tratamiento farmacológico.[143,148,149] La Vareniclina podría tener algún efecto en retrasar la ganancia de peso, pero los estudios comparativos muestran menos eficacia en este aspecto que el Bupropión.[143] (Calidad de evidencia Moderada)

TRATAMIENTOS NO AVALADOS

No se recomienda el uso de tratamientos farmacológicos con insuficiente evidencia de efectividad (benzodiacepinas, betabloqueantes, citisina, acetato de plata, canabinoides) o con evidencia de ineficacia (inhibidores de la recaptación de serotonina, naltrexona, mecamilamina). (Recomendación tipo 1)

No se recomienda el uso de propuestas con insuficiente evidencia de efectividad: cigarrillo electrónico, glucosa, acupuntura tradicional, electroestimulación, bioinformación/biofeedback, deprivación sensorial; o evidencia de ineficacia: laser, hipnosis. Las terapias aversivas son efectivas pero se desaconseja su uso por ocasionar alta exposición al humo de tabaco. (Recomendación tipo 1)

La citisina es un agonista del receptor nicotínico utilizado en Europa. Los estudios existentes son de pobre calidad, aunque sugieren que podría ser efectiva.[150] Al momento de la redacción de la última versión de la Guía se publicó un ECA en el que se encontró que la citisina durante 25 días fue más efectiva que placebo, según la tasa de cesación al año (8,4% contra 2,4%, RR 2,44, IC 95% 0,6 – 6,1*). Los efectos adversos gastrointestinales fueron los más frecuentes (51%) en el grupo tratado.[151]

Un meta-análisis de los estudios realizados con acetato de plata encontró poca evidencia para respaldar su uso.[152] La evidencia acerca de mecamilamina y lobelina es también negativa.[153,154]

El meta-análisis de la guía estadounidense no demostró efectividad de los inhibidores de la recaptación de serotonina (OR 1,0) ni de la naltrexona (OR 0,5).[3] De forma similar, ensayos clínicos de naltrexona no lograron mostrar su eficacia para lograr la cesación (OR 1,26 IC 95% 0,80 – 2,01).[155] Los resultados de un meta-análisis de la collaboración Cochrane coinciden en la falta de evidencia de efectividad de fluoxetina, paroxetina, sertralina y venlafaxina.[101] Las benzodiacepinas y el metoprolol no han demostrado efectividad.[156]

El Rimonabant a dosis de 20 mg aumentaba las posibilidades de cesación OR 1,50 (IC 95% 1,10 – 2,05) y moderaba la ganancia de peso, pero la evidencia de que lograra mantener la cesación no era concluyente. El Taranabant en dosis de 2 a 8 mg, moderó la ganancia de peso a corto plazo. Ambos canabinoides fueron retirados del mercado por sus fabricantes.[157]

Dos meta-análisis han demostrado la ineficacia de la acupuntura tradicional como tratamiento del tabaquismo con OR 1,1 (IC 0,7-1,6) y 1,36 (1,07 - 1,72 con limitaciones metodológicas importantes).[3,158] El meta-análisis de la colaboración Cochrane incluyó intervenciones como láser o electroestimulación y no encontró bibliografía científica que apoyara su uso. Una revisión independiente del grupo Cochrane de 11 ensayos de hipnoterapia no encontró suficientes datos para respaldarla como tratamiento para dejar de fumar.[159] El número de estudios fue insuficiente para valorar con exactitud la eficacia de otros tipos de asesoramientos y terapias conductuales, como retroalimentación fisiológica y terapia de deprivación sensorial.[160] Las técnicas aversivas han sido desaconsejadas no sólo porque su eficacia es cuestionable sino porque además aumentan la exposición al humo de tabaco.[3,161] La evidencia para el uso de glucosa es negativa.[162]

El cigarrillo electrónico ha sido objeto de una evaluación negativa por parte de las autoridades nacionales (ANMAT) y de la FDA. Su seguridad y

> No se recomienda el uso de propuestas con insuficiente evidencia de efectividad: cigarrillo electrónico, glucosa, acupuntura tradicional, electroestimulación, bioinformación/biofeedback, deprivación sensorial; o evidencia de ineficacia: laser, hipnosis.

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES: R1 a R32

La **identificación** de las personas que fuman puede realizarse en distintos lugares de la **historia clínica** -y sistemas informáticos-, como la epicrisis, la lista de problemas activos, la carátula y otros. También es de interés registrar si es fumador pasivo (si hay convivientes fumadores y si su hogar y lugar de trabajo es ALH o no).

El **consejo** debe ser **claro, firme y personalizado,** asociado a la situación clínica individual: "es importante que deje de fumar ahora y yo puedo ayudarle", "no basta con disminuir la cantidad en algún periodo de la vida", "fumar poca cantidad u ocasionalmente también es peligroso". Puede ser útil brindar información acerca de los beneficios a corto y a largo plazo de dejar de fumar (ver ANEXO 10).

Cada paso de una **intervención** mínima o breve, puede ser realizado por distintos miembros del equipo de salud y así sumar mayor tiempo de contacto y variedad de estilos de comunicación.

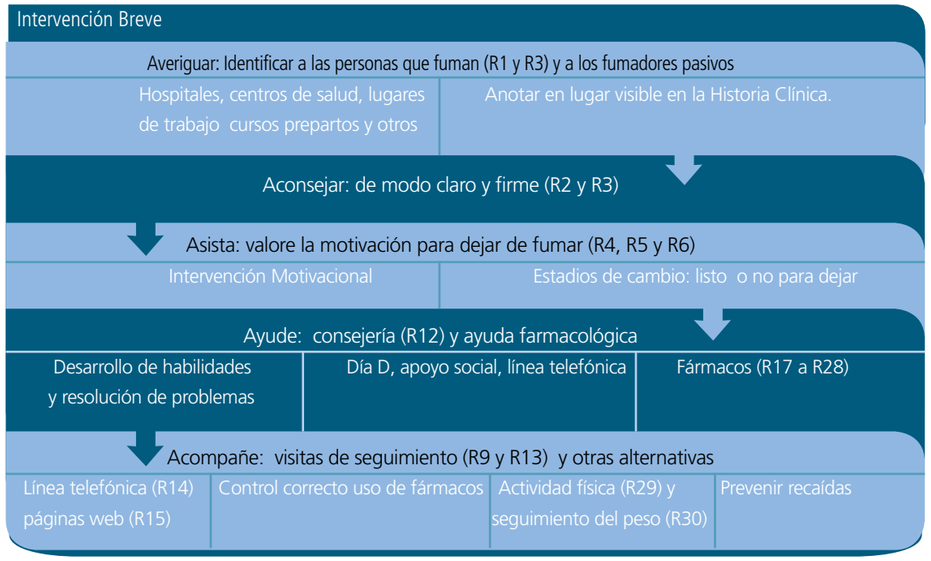
La nemotecnia de la **Intervención Breve** más difundida comprende cinco pasos: **A**veriguar el estatus tabáquico, **A**consejar la cesación, **A**sistir y evaluar si está listo para dejar, **A**yudar con herramientas conductuales (acordar un día "D") y farmacológicas; y **A**compañar con el seguimiento. Estas intervenciones están integradas a la atención habitual sin importar el motivo de consulta[63] (figura 2).

El orden y contenido de cada paso de esta intervención puede ser variable según criterio del interviniente. También se ha sintetizado en dos pasos: **A**verigüe y **A**ctúe; o bien en tres pasos: **A**verigüe, **A**conseje y Derive; **A**verigüe, **A**conseje y **A**ctúe. Otra forma de resumir los componentes de la intervención es el **ABC** (**A**sk: **A**verigüe, **B**rief **A**dvice: Aconseje, **C**essation Support: Actúe).[164]

Ayudar a quienes están listos para dejar se centra en estrategias simples: acompañamiento y consejería para el **cambio del comportamiento** (fumar); planificar la **fecha de abandono** (Día D) y ofrecer **ayuda farmacológica** si no hay contraindicación.

Los integrantes del equipo de salud que reciben entrenamiento intervienen más en sus pacientes.[165] La Guía estadounidense realizó un MA de los estudios disponibles, encontrando que el entrenamiento en el componente de provisión de tratamiento (**A**yudar) triplica las posibilidades de que se provea tratamiento. La combinación del entrenamiento y el registro sistemático en la historia clínica duplica las posibilidades de que se interrogue el estatus de fumador (**A**veriguar). El entrenamiento combinado con el registro sistemático, quintuplica las posibilidades de que se fije un día para dejar y duplica las posibilidades de que se provean materiales de ayuda y se fije una fecha de seguimiento (**A**compañar).[3] Fijar un día D es un componente habitual de las estrategias de cesación y de los ensayos clínicos en los que se evalúan los fármacos.

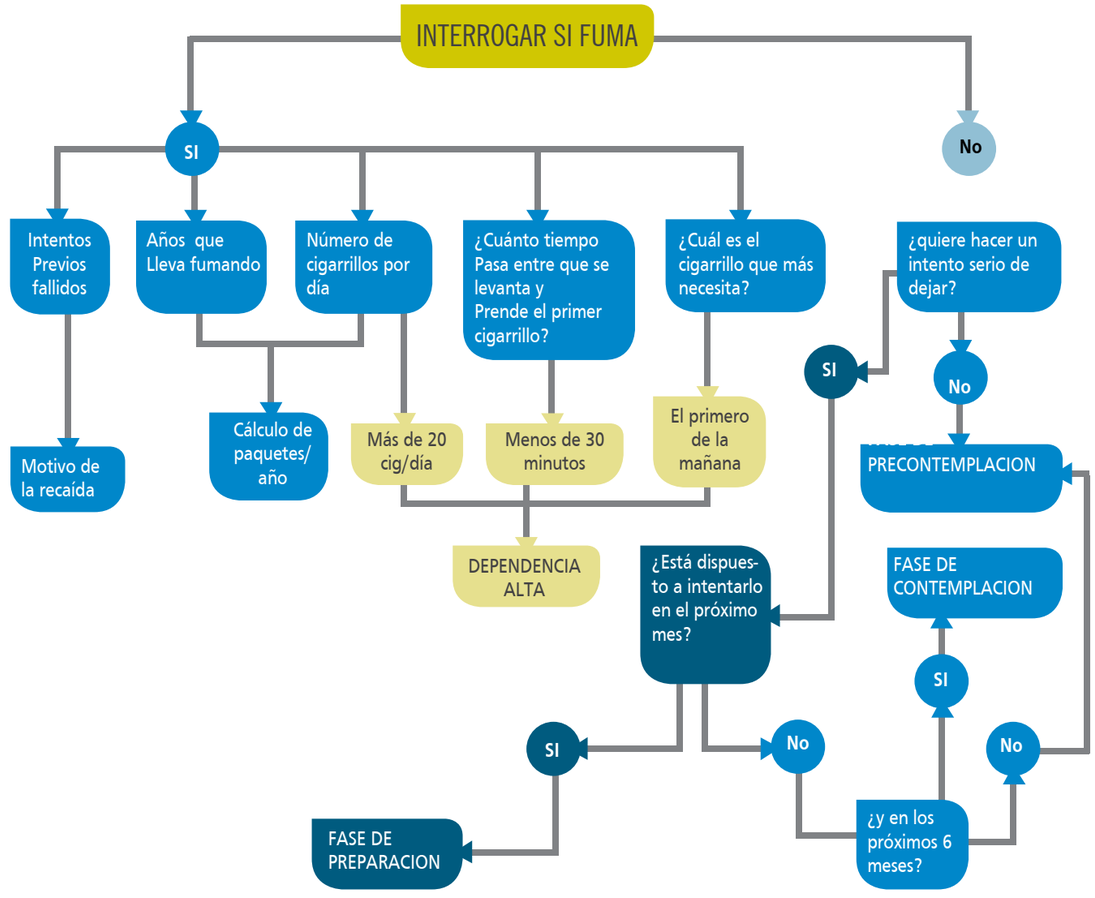
Figura2



EVALUACION INICIAL DE LA PERSONA QUE FUMA

La evaluación del fumador, incluirá información básica (cantidad de cigarrillos que fuma, año de inicio, paquetes/año, intentos previos) y también pueden resultar de utilidad la realización de distintos test (ej.: dependencia física a la Nicotina (ANEXO 8) motivación y otros).

Figura 3: Conjunto inicial de datos diagnósticos. Modificado de Torrecilla García et al.[166,167]



INTERVENCION MOTIVACIONAL DEL EQUIPO DE SALUD

La entrevista motivacional es un estilo de comunicación directivo, centrado en la persona, que se emplea para despertar un cambio al ayudar a la persona a explorar y resolver su ambivalencia.[64,168] La tarea del profesional, es dar el consejo y también **motivar-aumentar la probabilidad de que el paciente siga las acciones para el cambio.** La entrevista motivacional se centra en el manejo de la ambivalencia, que es la situación en la que una persona tiene sentimientos contradic-

torios sobre algo. Esta es normal en la adicción, donde un fumador oscila entre las razones para cambiar y las razones para continuar igual. La persona considera y rechaza el cambio a la vez, mientras que persiste en comportamientos repetitivos que le hacen daño. **Las preguntas abiertas y la escucha reflexiva** ayudan a dirigirse hacia el cambio y tomar una decisión.

Se trata de ayudar de forma concreta a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas tanto del presente como los potenciales, derivados de sus comportamientos.

Este abordaje se basa en **expresar empatía, escuchar en forma reflexiva, explicitar la discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia.** Estas herramientas tienen como objetivo ayudar a resolver la ambivalencia (Tabla 2). Todas estas intervenciones más que técnicas, son un modo de ser en la atención de los pacientes.

La ambivalencia no es totalmente racional por lo cual es importante mantenerse cerca de los sentimientos, valores y creencias de la persona. En cuanto a los valores se hace referencia a tener en cuenta que lo que es valorado por algunas personas podría no tener la misma importancia para otras. **Las expectativas o creencias** sobre los posibles resultados tanto positivos como negativos pueden basarse en mitos, resultados y experiencias previas tanto propias como de otros fumadores.

La actitud **empática**, está asociada con efectos terapéuticos positivos. Implica una escucha que clarifique y amplíe el significado que cada persona le da a sus vivencias. El profesional no impone su propio punto de vista. Así se brinda un marco de aceptación -que no es sinónimo de aprobación o acuerdo- donde también hay espacio para que el equipo de salud difiera en los puntos de vista.

Resumir los principales puntos de lo charlado en varias oportunidades refuerza la empatía. Esto confirma, por un lado, que se le ha escuchado, y por otro, posibilita que la persona escuche de nuevo sus propias afirmaciones tanto las ambivalentes como las motivacionales. Estos resúmenes permiten que se examine en forma simultánea lo positivo y lo negativo, a la vez que se integran otros elementos de evaluación objetiva, con comentarios de terceros. Siempre en un tono colaborador permitiendo que la persona añada información o la pueda rectificar.

La confrontación, en cuanto estilo, no es adecuada para promover la motivación. La argumentación es un método deficitario para inducir el cambio. El fumador al sentir que se le imponen los valores desde afuera, puede generar una reacción adversa con aumento de la resistencia a cambiar. El fumador debe presentar sus propias razones para cambiar. Defender un argumento provoca defensividad. La resistencia es una señal que indica que se deben cambiar las estrategias que se han estado utilizando.

En cambio, **la confrontación en cuanto objetivo puntual, forma parte del proceso** y es parte de la ayuda. Se trata de ver y aceptar la realidad, para que se la pueda cambiar de manera satisfactoria. El objetivo de la confrontación es verse a uno mismo y a la situación de una forma clara. Puede ser el primer paso para el cambio. Entonces aquí se trata de explicitar la discrepancia entre la conducta actual y los objetivos que se quieren conseguir para colaborar al cambio.

Durante todo el proceso, es importante favorecer las **afirmaciones automotivadoras**. Esto es, cuando el fumador presenta sus razones para dejar de fumar, es crucial que el equipo de salud exprese aceptación, refuerce la autoexpresión y estimule que continúe el análisis.La manera en que se reconoce el problema y se expresa automotivación puede ser más o menos explícita. Así, el fumador puede decir que tiene un problema; expresar preocupación por la dificultad que este problema implica; manifestar intención de cambio directa o indirectamente, mostrar optimismo respecto al cambio, etc. Se recomienda reforzar estos reconocimientos y afectos, ya sea de forma no verbal (asintiendo) o con frases de apoyo teniendo en cuenta que los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.

Es útil realizar un resumen del **balance decisional.** Esto consiste en enumerar los pros y los contras que siente la persona tanto por fumar como su percepción de lo que significaría dejar. Puede darse como tarea completar una planilla de pros y contras, para evaluar la repercusión del cambio tanto para la persona como para su entorno, en una gran gama de aspectos (salud, estéticos, económicos, familiares, sociales, afectivos, etc.).

La **autoeficacia** es la confianza en la propia habilidad para hacer frente a una tarea o desafío específico. La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional muy poderoso. Es importante implicar al paciente ya que la persona es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas. Es recomendable dar información que favorezca la autoeficacia (ej.: transmitir variedad de tratamientos disponibles o que millones de personas en el mundo lo han logrado) para ayudar al fumador a ser responsable de escoger y llevar a cabo su cambio personal.

Tabla 2: **Intervención motivacional del equipo de salud.**
(Extractado de Rollnick ,Miller y Butler.[64])

EXPRESAR EMPATÍA	* Recuerde que la aceptación facilita el cambio y aumenta la autoestima * Comprenda los sentimientos y perspectivas de los fumadores sin juzgar, criticar o culpabilizar: la ambivalencia es normal. * Trate al fumador como un aliado y no como un oponente. * Use preguntas abiertas para facilitar el diálogo y explorar la importancia que tiene para la persona el consumo de tabaco: ¿qué cree obtener del cigarrillo? ¿Qué cosas le gustan y cuáles le desagradan del hecho de fumar? * Use preguntas abiertas para explorar las preocupaciones y beneficios en relación con el abandono del tabaco: ¿Qué se imagina que ocurrirá si deja de fumar? ¿Qué le da miedo de imaginarse sin fumar? * Respete que cada fumador tenga sus propias razones para cambiar
ESCUCHAR DE MANERA REFLEXIVA	* Escuche reflexivamente: acepte y comprenda la perspectiva de los fumadores sin que esto signifique estar de acuerdo con ella. * Mantenga una actitud reflexiva aunque la persona muestre resistencia: * Refleje las palabras y significados del fumador. Utilice las mismas palabras del paciente para entrar más fácilmente en su marco interno. * Resuma los principales puntos de lo charlado. * Acepte como normales los sentimientos y las inquietudes del fumador (temor a engordar, a volverse irritable o a perder atractivo) * Apoye la autonomía del paciente y su derecho a elegir o rechazar el cambio. * Responda de una manera comprensiva y de modo válido para el fumador.
EXPLICITAR LA DISCREPANCIA	* Ayude a tomar conciencia de las consecuencias del fumar y su discordancia con lo deseado en muchos órdenes de la vida. Ej.: valora la calidad de vida y el cigarrillo es una amenaza para ello. * Analice la discrepancia entre la conducta actual -con sus consecuencias- y los objetivos más importantes que desea lograr. Ej.: hace cosas para estar saludable pero fuma, hace muchas cosas para cuidar a sus hijos pero fuma delante de ellos. * Refuerce y apoye las razones propias para dejar de fumar de cada persona.
EVITAR LA DISCUSIÓN	* No dé la impresión de tener respuestas para todo, esto lleva al paciente a un rol pasivo, o bien a no sentirse comprendido. * Pregunte más y explique menos: las preguntas ayudan a explicitar la ambivalencia y a que el mismo fumador se plantee resolverla. * Suministre información acorde a los intereses y necesidades de la persona. Evalúe esto a través de preguntas abiertas: ¿Qué beneficios cree que obtendría por dejar de fumar? ¿conoce la enorme reducción de riesgos a corto, mediano y largo plazo? * Sepa que atacar los argumentos del fumador genera defensividad. * Exprese los beneficios acorde a lo que le interesa a la persona.
DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA	* Tenga en cuenta que las percepciones pueden cambiar y así crearse un nuevo momento de cambio. * Evite el estilo confrontativo (no se trata de convencer). * Evite dar órdenes o poner “etiquetas”. * No mantenga una relación entre “experto” y “paciente”. * No imponga puntos de vista, sólo sugiéralos

FOMENTAR LA AUTOEFICACIA

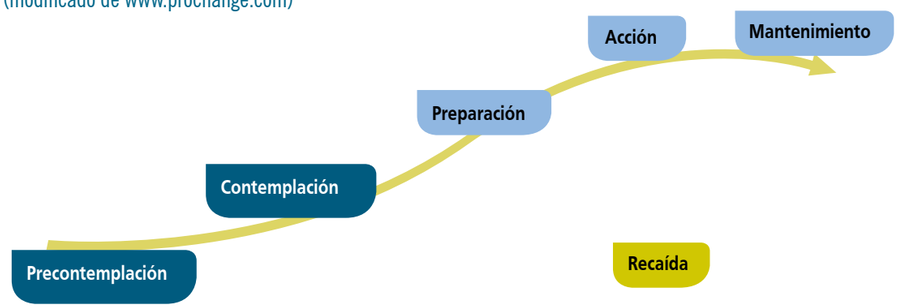
* Manifieste confianza en la posibilidad de éxito ya que esto aumenta la sensación de autoeficacia de la persona.
* Fomente el compromiso para el cambio: "hay tratamientos efectivos"
* Repase la experiencia y los éxitos pasados para utilizarlos como base de aprendizaje para este intento actual.
* Pacte pequeños avances hacia el cambio:
  - Llamar a la Línea telefónica de ayuda 0800-999-3040
  - Leer información (ej. páginas Web: www.msal.gov.ar/tabaco) sobre estrategias y beneficios de dejar de fumar.
  - Cambiar el patrón de consumo (no fumar en lugares cerrados o en el auto).
  - Preguntar a conocidos que lo lograron cómo lo hicieron.

ESTADIOS DE CAMBIO: ESTAR LISTO O NO PARA DEJAR DE FUMAR

Las intervenciones en cesación, comprenden la valoración de las disposición del fumador ante el cambio (si está o no preparado para dejar). En este sentido, el modelo transteorético tiene un uso muy extendido y aceptado. Describe cinco estadios: **precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.** Los primeros marcan poca relación con el cambio, a diferencia de la preparación y acción en que la persona lo considera una prioridad. La progresión entre una etapa y la siguiente se plantea como secuencial, aunque pueden ocurrir recaídas desde los estadios tempranos.[169]

Las personas en **precontemplación** no perciben la necesidad de cambiar su comportamiento. Las personas en contemplación evalúan la posibilidad de hacer un intento de dejar en un futuro al haber considerado los pros y contras, aunque existe una ambivalencia que les impide pasar inmediatamente a la acción. En estas etapas -los que no están listos para dejar- las preguntas abiertas son la estrategia principal.
Las personas en **preparación** están listas para realizar un intento de dejar en los próximos 30 días y están tomando acciones concretas. La fase de **acción** comprende las estrategias cercanas al día D hasta los 6 primeros meses de abstinencia. Se considera que aquellos que dejaron hace más de 6 meses se hallan en la etapa de **mantenimiento.**

Figura 4. Los estadios de cambio (modificado de www.prochange.com)



Las intervenciones derivadas de este modelo, aplican varios elementos a partir de la identificación del estadio en que se encuentre el fumador. Se requiere la re-evaluación en distintos momentos del proceso para constatar el progreso -o no- de estadio.

Se pueden sintetizar en que **están listos**, cuando en el balance decisional los pros superan los contras de dejar de fumar. Algunas herramientas a implementar con los que están en esta etapa consisten en: evaluar las consecuencias que tendrá el cambio para sí y para los demás; ver el cambio como una prioridad; y el compromiso. Estos son los elementos para trabajar.
Dentro de las estrategias más cercanas a la cesación, se sugiere el identificar el apoyo social, hacer pública la decisión del cambio (anunciar que va a dejar de fumar) y poner una fecha para el abandono (día D) -entre otras-. Durante los primeros seis meses de cesación, las estrategias se dirigen a ayudar a la persona a estar atenta y combatir los impulsos de recaída, registrar los beneficios de no fumar e incorporar conductas más saludables.

Otros autores han demostrado que los intentos no programados de dejar son más exitosos que los programados.[170] Se ha cuestionado el modelo transteorético ya que su eficacia no está claramente probada, pero las intervenciones basadas en este modelo se hallan ampliamente difundidas y presentan claridad didáctica.[171]

CONSEJERÍA PRÁCTICA EN PERSONAS LISTAS PARA DEJAR DE FUMAR

Las **herramientas de consejería para el cambio de comportamiento** (fumar) constituyen el asesoramiento práctico y se dirigen a varias áreas (Tabla 3).

- **Manejo de los estímulos:** estrategias para afrontar y reducir los estímulos gatillo del deseo de fumar (accesibilidad y facilitadores de consumo), reconocer las situaciones de riesgo de volver a fumar (acontecimientos, estados de ánimo y actividades), adquirir información útil sobre la naturaleza de la adicción, su síndrome de abstinencia y predisponentes a la recaída.
- **Desarrollo de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas** para el manejo del estrés, la ansiedad y otros afectos negativos.
- **Apoyo social:** identificar y pedir ayuda a las personas que pueden tener efecto positivo en este proceso. Sumar contención en líneas telefónicas de apoyo, 0800-999-3040 y otros.

Dentro de las estrategias más cercanas a la cesación, se sugiere el identificar el apoyo social, hacer pública la decisión del cambio (anunciar que va a dejar de fumar) y poner una fecha para el abandono (día D)

Los formatos de tratamiento de la cesación: grupales, individuales y telefónicos, son altamente costo-efectivos para dejar de fumar. Por ello, todos se deben jerarquizar y promover, a la vez que se recomienda tener en cuenta las preferencias de los usuarios.
Existe una relación dosis-respuesta entre el tiempo de la intervención y la tasa de éxito, es decir, cuanto más tiempo los profesionales de la salud dedican a la conse-

Tabla 3: **Asesoramiento práctico: Resolución de problemas y desarrollo de habilidades** (Adaptado y modificado de Fiore et al[3].)

ASESORAMIENTO PRÁCTICO		
MANEJO DE ESTIMULOS Y DESARROLLO DE HABILIDADES	Reconocer las **SITUACIONES de RIESGO** de volver a fumar	Es importante que cada fumador identifique sus propias situaciones de riesgo. Estos pueden ser **acontecimientos, estados de ánimo y actividades** que incrementan el riesgo de fumar o recaída: • Estar con otros fumadores • Tomar alcohol, café, bebidas con xantinas (mate, bebidas cola) • Situaciones de disforia y estrés: sentimientos negativos, estar bajo presión o tensión, sentirse angustiado o ansioso. • Accesibilidad y facilitadores de consumo: tener cigarrillos en la casa y convivientes fumadores. • Visitar lugares fuertemente asociados al hecho de fumar (ej.: casinos, reuniones con fumadores, etc.)
	Desarrollar **HABILIDADES de AFRONTAMIENTO y de RESOLUCION de PROBLEMAS**	• **Anticiparse** y evitar situaciones desencadenantes (ej.: comunicar a otros fumadores que por un tiempo evitará algunas reuniones con ellos, o bien solicitar que estas sean en ALH) • Aplicar estrategias **cognitivas** que le permitan reducir los estados de ánimo negativos (ej.: repetirse que es un logro muy importante y que lo está haciendo muy bien) • Lograr **cambios del estilo de vida** que reducen el estrés, mejoran la calidad de vida y reducen la exposición a los facilitadores del consumo (actividad física, reducir alcohol y otras) • Introducir estrategias **conductuales** para manejar el estrés y el deseo de fumar: distraer la atención, cambiar las rutinas, hacer algo placentero, bañarse, escuchar música, técnicas de relajación, leer, hacer actividad física y muchas más. • Planificar 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 sin azúcar.
APOYO BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALU D	Informar sobre la **NATURALEZA** del **TABAQUISMO** y dar **CLAVES** para el **ÉXITO**	• Informar sobre la naturaleza adictiva de la nicotina, los síntomas de abstinencia y su periodo de duración. • Remarcar que la urgencia por fumar cede al cabo de 2 a 3 minutos y que la estrategia sustitutiva (y no tener cigarrillos consigo) es clave para atravesar este momento de urgencia. • Alertar que sólo una "pitada" puede implicar una recaída.
	ESTIMULAR al abandono del tabaco y a la **AUTOEFICACIA**	Transmitir confianza en la capacidad de lograrlo: • que existe tratamiento efectivo para dejar de fumar. • que millones de personas como él ya han dejado de fumar en todo el mundo.
	Ofrecer **CUIDADO**. Responder **INQUIETUDES**. Desmitificar **TEMORES**	• Ofrecer ayuda en forma directa. • Preguntar cómo se sienten con el hecho de dejar de fumar. • Estar abierto a las expresiones de duda, temores o sentimientos ambivalentes acerca del dejar de fumar.
APOYO SOCIAL Y FAMILIAR	Favorecer la **ELABORACION** del proceso de **ABANDONO**	Preguntar y favorecer la reflexión 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.
	Solicitar **SOPORTE SOCIAL** y **FAMILIAR**	• Trabajar sobre la contención familiar y social. • Informar el "Día D" a familiares y amigos. • Estimular la generación de ambientes libres de tabaco en la casa, en vehículos y en el trabajo. Solicitar la cooperación de su entorno. • Recurrir a líneas telefónicas de ayuda • Participar de grupos de discusión presenciales o por Internet
	Facilitar el desarrollo de **HABILIDADES** para **CONSEGUIR SOPORTE**	• Ayudar a identificar a las personas que le brindan contención y apoyo en el proceso de recuperación y pedirles ayuda explícita (pedir que no fumen en su presencia y que no le ofrezcan cigarrillos, alertar al entorno social sobre sus posibles cambios transitorios en el humor, etc.) • Informarlos sobre existencia de líneas de ayuda telefónica **0800-999-3040.**
	Estimular el dar **SOPORTE a OTROS FUMADORES**	• Ser apoyo de otros fumadores para que dejen de fumar. • Invitar a otras personas a sesiones para dejar de fumar

ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS PARA EL INTENTO DE ABANDONO

Usar fármacos en el intento de abandono es una estrategia altamente costo-efectiva. Con su implementación, las tasas de éxito se elevan al doble o triple. Su acción se centra en el control de síntomas de abstinencia y obtienen su mejor rendimiento cuando son parte de una estrategia de consejería y seguimiento para dejar de fumar, ya sea presencial o telefónica. Su uso apropiado se dirige a quienes están decididos a realizar un intento serio de abandono, dado que su eficacia se reduce significativamente en quienes no están preparados para dejar y resulta así un uso inadecuado e ineficiente.

Excepto en adolescentes, embarazadas y en los fumadores de pocos cigarrillos, los intentos de abandono se benefician de los fármacos a tal fin. Se presentan como fármacos de primera línea a la TRN y Bupropión. La Vareniclina es una droga altamente efectiva, cuya seguridad está en revisión actual.

Las mismas opciones farmacológicas se pueden utilizar tanto en el marco de la intervención breve como de la intensiva. No hay evidencia que oriente a la elección farmacológica específica para cada fumador. Esta se realiza habitualmente en base a condiciones clínicas, contraindicaciones, preferencias, disponibilidad, tasa de adherencia, costo, etc.

En cuanto a la terapia de reemplazo nicotínico, se presenta en tabla 4 un esquema orientativo de uso de TRN como monoterapia. Si se apunta a reemplazar en un 80% la nicotina absorbida del cigarrillo se requerirán dosis superiores a estas.[172] La indicación se acompaña de la explicación práctica en dosis, modo y tiempo de uso (Tabla 5).

Usar fármacos en el intento de abandono es una estrategia altamente costo-efectiva.

Tabla 4: **Orientación de la dosis diaria de TRN según el consumo diario de cigarrillos.**

Cigarrillos diarios	Nicotina absorbida por día al fumar (mg)	Orientación para la sustitución diaria con Terapia de Reemplazo con Nicotina (como monoterapia)				
		Chicles o comp 2 mg	Chicles o comp 4 mg	Parches 10 cm^2	Parches 20 cm^2	Parches 30 cm^2
10	15	4 - 6	-	1	1	-
20	30	8 - 10	6 - 8	-	-	1
30	45	-	10 - 12	-	-	1 - 2

Tabla 5: **Dosis e instrucciones prácticas de los fármacos de la Cesación**

	Tratamiento Farmacológico de la Cesación Tabáquica	
	Dosis e Instrucciones	**Duración**
Parches de Nicotina 7, 14 o 21 mg/ 24 hs	Venta libre. Contraindicaciones relativas: precaución en arritmias graves, angina inestable y dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio. Embarazo: Droga clase D. Efectos adversos más frecuentes: Alteración del sueño, sueños vívidos, reacciones cutáneas leves (cambiar el lugar cada día). Se puede usar alguna crema con corticoides si la irritación es moderada. Suspender en caso de reacción severa (menor al 5%). Instrucciones: Desde el día D. Para los que fuman más de 15 cig/día o prenden su primer cigarrillo dentro de la primera hora del día recomendar de 21 mg/día. Colocar por la mañana sobre piel sana, seca y lampiña (preferentemente abdomen y hombros). Dejar actuar 24 hs y cambiar por un nuevo parche en otra zona. En caso de insomnio sacarlo de noche. Luego de 8 semanas se puede suspender sin descenso de dosis. Existe evidencia de seguridad del uso concomitante de parches y la conducta de fumar.[173] Presentación: TTS 30: (liberan 21 mg nicotina) por 7 y por 21 parches; TTS 20: (liberan 14 mg nicotina) por 7 y por 21 parches; TTS 10: (liberan 7 mg nicotina) por 7 y por 21 parches	8 semanas
Chicles de Nicotina 2 y 4 mg	Venta libre (con o sin sabor). Contraindicaciones relativas: trastornos odontológicos que no permitan la masticación de chicles. Precaución dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio o arritmias graves o angina estable. Embarazo: Droga clase D. Efectos adversos más frecuentes: hipo, eructos, dispepsia, dolor de la articulación témporo mandibular. Instrucciones: Iniciar desde el día D. Sugerir los de 2 mg en fumadores de menos de 20 cig/día y los de 4 mg para los de alta dependencia. Usar un chicle cada 1 a 2 horas (hasta 24 chicles por día). Masticar lentamente hasta obtener un sabor picante o intenso. Entonces dejar en reposo varios minutos en el carrillo de la boca y luego repetir la masticación hasta obtener nuevamente dicho sabor y reposar nuevamente. Repetir esta masticación intermitente durante media hora o hasta que se pierda el sabor. Evitar bebidas ácidas (café, jugos cítricos) y alimentos desde los 15 minutos previos y durante su uso. Presentación: cajas de chicles de 2 o de 4 mg por 24 o por 30 unidades.	Al menos 6 semanas
Spray Nasal de Nicotina 1mg por dosis (0,5 mg por disparo)	Venta bajo receta. Contraindicaciones relativas: Evitar en pacientes con hiperreactividad bronquial severa. Usar con precaución en arritmias graves, angina inestable y dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio. Embarazo: Droga clase D. Efectos adversos más frecuentes: Irritación nasal moderada o intensa los primeros días (se atenúa en las semanas posteriores). Posible dependencia al spray. Instrucciones: un disparo en cada fosa nasal (total 1 mg por dosis). Comenzar con 1 a 2 dosis por hora. Aumentar de acuerdo a los síntomas de abstinencia. Dosis mínima recomendada 8 dosis al día. Límite máximo 40 dosis /día (5 dosis/hora). Aplicar hacia el tabique nasal y no inhalar. Presentación: envases por 200 aplicaciones de 0,5 mg (100 dosis)	12 semanas
Comprimidos dispersables de Nicotina 2 y 4 mg	Venta libre Contraindicaciones relativas: precaución dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio o arritmias graves o angina inestable. Embarazo: Droga clase D. Efectos adversos más frecuentes: hipo, nauseas y pirosis. Cefalea y tos en las de 4 mg. Instrucciones: Iniciar desde el día D. Sugerir los de 2 mg en fumadores de menos de 20 cig/día y los de 4 mg para los de alta dependencia. Usar un comprimido cada 1 a 2 horas (hasta 24 comprimidos por día). Dejar que se disuelva en la boca. No tragar ni masticar. Evitar bebidas ácidas (café, jugos cítricos) y alimentos desde los 15 minutos previos y durante su uso. Presentación: envases de 2 o de 4 mg por 24 comprimidos.	12 semanas

Bupropión	Bajo receta archivada. Exige seguimiento médico. Contraindicaciones: epilepsia, alguna convulsión alguna vez en la vida, antecedente de traumatismo de cráneo grave (fractura craneana, pérdida de conocimiento prolongada). Trastornos de la conducta alimentaria. Cualquier situación clínica o fármacos que predisponga a convulsiones (ej: hipoglucemiantes, insulina, teofilina, antipsicóticos, antidepresivos, corticoides sistémicos). Ingesta de IMAO. Alcoholismo activo. Precaución: Diabetes, antirretrovirales. Embarazo Droga clase C. Efectos adversos más frecuentes: alteración del sueño, boca seca, cefalea, reacciones alérgicas. ADVERTENCIA: se describen en algunos casos ánimo deprimido y agitación y aparición de hipertensión durante el tratamiento. El efecto adverso más grave es la aparición de convulsiones (1/1000), por lo que el comprimido es de liberación prolongada y se evita en situaciones que predispongan a convulsiones (ver arriba). Como la eficacia es similar a 150 mg/día como a 300 mg/día, con la menor dosis se reducen la tasa de eventos adversos y se reducen costos. **NUNCA tomar dos comprimidos juntos.** Instrucciones: Comenzar 1 a 2 semanas antes de la fecha de abandono del tabaco. **Dosis total de 150 mg: 1** comprimido matinal como único tratamiento. **Dosis total de 300 mg**: comenzar con 1 comprimido matinal por 3 días y a partir del 4to día, agregar el segundo comprimido con 8 hs de diferencia del primero (intentar que la segunda dosis quede antes de las 18 hs para evitar insomnio). Nunca tomar dos comprimidos juntos. La dosis total no debe exceder los 300 mg. Recomendar baja toma de alcohol.	**7 a 12 semanas**
Vareniclina	Venta bajo receta médica. Exige seguimiento médico. Contraindicaciones: ajustar dosis en insuficiencia renal y diálisis. Embarazo Droga clase D. Efectos adversos más frecuentes: nauseas, alteraciones del sueño y sueños vívidos. Usar con precaución al conducir o usar maquinaria pesada. ADVERTENCIA: se han descrito casos de ánimo deprimido, agitación, trastorno de conducta, ideación suicida y suicidio, por lo que se recomienda preguntar antecedentes psiquiátricos. Evitar ante portación de arma (ej. policías, agentes de seguridad y otros). Podría asociarse a un número aumentado de eventos cardiovasculares en personas con patología cardiovascular estable. Está en revisión si este riesgo incluye a personas sin este antecedente. Se requiere relevamiento de antecedentes cardiovasculares y psiquiátricos y monitoreo cercano durante el tratamiento. Instrucciones: Primera semana: 0,5 mg por la mañana los primeros 3 días. A partir del 4º día: 0,5 mañana y tarde. A partir de la segunda semana: 1 mg mañana y tarde hasta completar 12 semanas. Planificar DIA D entre los 7 a 10 días de haber iniciado el fármaco. Puede elegirse tratamiento de 1 mg/día (0,5 cada 12 hs o 1 mg cada 24 hs) para reducir insomnio y nauseas. Presentación: caja de inicio con una semana de comprimidos de 0,5 mg (11 compr.) y 3 semanas de compr. de 1 mg (21 comp.). Cajas de 56 compr. de 1 mg para 4 semanas de tratamiento.	**12 semanas**

Distintos modelos de cuando usar Vareniclina:	Recomendación **Australia 2011**: indicar en el marco de un tratamiento integral de cesación. Considerar otras opciones terapéuticas en pacientes con enfermedades importantes tanto psiquiátricas como clínicas (ej. epilepsia, EPOC, enfermedad cardiovascular). Han sido reportados serios efectos psiquiátricos en personas con y sin antecedentes: advertir a TODOS los pacientes que suspenda el fármaco y consulte rápidamente ante cambios o síntomas inusuales en el humor, pensamiento o conducta. Advertir a los pacientes que Vareniclina parece tener un leve riesgo aumentado de eventos cardiovasculares severos.	
	Recomendación **Nueva Zelanda 2011**: indicar en el marco de un programa de cesación y en caso de dos fracasos previos con TRN (al menos uno en el marco de un programa de cesación); o luego de intentos previos Bupropión o Nortriptilina. Sólo se cubre un tratamiento por año.	
	Recomendación **Inglaterra 2009**: indicada como parte de un programa de apoyo comportamental y en pacientes que quieren dejar.	

IMPACTO DEL TABAQUISMO EN LA NUTRICION Y ESTRATEGIAS NUTRICIONALES EN LA CESACION

El tabaco presenta efectos nocivos que afectan directamente el estado nutricional, ya que aumenta la utilización de vitaminas y nutrientes inorgánicos, altera el perfil lipídico, favorece la pérdida de calcio y genera radicales libres -entre otras alteraciones-. A esto se suma que el cigarrillo altera el metabolismo de la glucosa, ejerce cierto efecto anorexígeno por liberación de dopamina –entre otros neurotransmisores- y provoca disminución de los sentidos del olfato y el gusto.[174]
El organismo utiliza vitaminas y nutrientes inorgánicos para protegerse de los radicales libres producidos por el consumo de tabaco. Por ello, las concentraciones de estos nutrimentos en los fumadores pueden encontrarse disminuidas y sus necesidades ser mayores.[175]
Mientras una persona fuma, la nicotina disminuye la ingesta alimentaria, alarga el intervalo entre comidas, acelera el tránsito gastro intestinal y cambia el metabolismo de la glucosa. El fumar además altera el olfato y el gusto, aporta tóxicos y aumenta la producción de radicales libres. Así el fumador tiende a un menor ingreso calórico, carencia nutricional de vitaminas y minerales, y aumento del consumo de sal y de grasas para compensar la falta de percepción de sabores, al mismo tiempo que el cigarrillo favorece la distribución de grasa a nivel abdominal (obesidad ginoide).
Al dejar, se aumenta la ingesta en unas 250-300 Kcal/día y se enlentece el metabolismo transitoriamente en 100 kcal/día. Así se atribuye las dos terceras partes del aumento de peso a la mayor ingesta (aumento del apetito y de la actividad oral), y lo restante a la disminución del consumo energético.

A partir del primer mes comienza a normalizarse el apetito hasta retornar a los valores basales con el correr de los meses.[180,181] En algunos casos el aumento de peso puede ser transitorio.[182,183]
La mayor ganancia se correlaciona con el número de cigarrillos, edad (jóvenes), sexo (mujeres), bajo IMC de base, sedentarismo, embarazo y bajo status socioeconómico.[180,181]

	FUNCIÓN	SITUACION EN EL FUMADOR	FUENTE
Vitamina A betacarotenos	**Vit A:** Colabora en la integridad y regeneración de la piel y mucosa. **Betacarotenos:** antioxidante, modulación inmunitaria, prevención del agotamiento tisular de Vit A[176]	Concentraciones séricas más bajas de vitamina A, sin que éstas sean francamente deficientes.	Lácteos, huevos, carnes blancas ó rojas, hígado y riñón, zapallo, zanahorias, espinacas, acelga y frutos rojos.
Vitamina C	Antioxidante abundante en los líquidos extracelulares: captación de radicales superóxido, peróxido de hidrógeno, de hipoclorito, de hidroxilo, etc. Interviene en la respuesta frente a los procesos infecciosos e inflamatorios	Descenso del 20 a 30% por aumento en la excreción, recambio y utilización. Los fumadores requieren aumentar a 40 g/ día[177]	Tomate, pimiento, zanahoria, pepino, radicheta, rúcula, naranja, kiwi, mandarina, pomelo, melón, limón y frutilla.
Ácido Fólico	Interviene en la síntesis de ácidos nucléicos y en la producción de glóbulos rojos y blancos.	Disminución de las concentraciones plasmáticas y eritrocíticas[177]. Consumir éstos alimentos al menos tres veces por semana.	hígado vacuno, espinaca, brócolis, espárragos, acelga, radicheta, rúcula, berro, etc.
Vitamina E	Antioxidante para sustancias lipídicas, inactiva a los radicales peróxido.	Mayor recomendación que los no fumadores: 15mg	Aceite de girasol, maíz, soja, de germen de trigo, frutas secas.
Vitamina B12 y B6	**B12:** interviene en la producción de Glóbulos rojos y función neurológica. **B6:** Colabora con el sistema inmunitario y la función neurológica.	Concentraciones reducidas. **B12:** Es de exclusivo origen animal. Tener en cuenta en fumadores vegetarianos **B6:** alimentos 2 ó 3 veces por semana es la cantidad mínima necesaria para un aporte regular.	**B12:** Leche, huevo, yogurt, carnes y vísceras. **B6:** cereales integrales (arroz, trigo), levadura de cerveza, germen de trigo, lentejas, papa, banana y harina de avena
Vitamina D y Calcio	**Vit D:** interviene en la absorción del calcio. Activación mediada por la luz solar. **Calcio:** interviene en los movimientos musculares y en la constitución ósea.	50 % menos de cantidad de vit D. La nicotina acelera la función osteoclástica con aumento del riesgo de osteoporosis y fracturas. Requerimiento diario: un litro de leche (o equivalentes)	Leche, huevo, yogur, queso, hígado. Exponerse entre 5 a 10 minutos al sol en los horarios recomendados.
Nutrientes Inorgánicos	**Cobre y Zinc:** componentes de la superóxido dismutasa que inactiva radicales libres **Hierro:** componente de la hemoglobina de los GR	Varios metales tóxicos, como el arsénico, el cadmio y el níquel, contenidos en el humo del tabaco, se depositan en los tejidos[175] El cadmio del tabaco compite con el zinc el cobre y el hierro por sitios de absorción en la mucosa intes-	**Zinc:** lácteos, legumbres, levaduras, frutos secos, carnes, cereales integrales. **Cobre:** nueces, legumbres, carnes, cereales integrales. **Hierro:** carne, hígado vacuno, legumbres, vegetales de hojas ver-

ESTRATEGIAS NUTRICIONALES PARA REGULAR EL AUMENTO DE PESO AL DEJAR DE FUMAR Y TENER UNA ALIMENTACION SALUDABLE.

Tener en cuenta:

Los beneficios del abandono del tabaco son muy superiores al aumento de peso

El patrón de grasa corporal es saludable en los que dejan de fumar: mejor índice cintura-cadera (predictor de diabetes y de patología coronaria)[178]

Al dejar se elevan de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) [179]

Es importante que el abandono del tabaquismo se acompañe de estrategias para controlar la ganancia de peso. Los cuidados nutricionales y el aumento de la actividad física son factores claves.[184] Las intervenciones farmacológicas más efectivas son Bupropión y Nicotina oral de 4 mg.

Hay fumadores que pueden necesitar una intervención nutricional individualizada: pacientes con metabolopatías, obesidad actual o antecedente, y quienes aumenten rápidamente de peso durante la cesación.

Reforzar en las consultas de seguimiento la importancia de incorporar y sostener una alimentación variada, equilibrada, completa y organizada; y contar con un aporte adecuado de fibras, vitaminas y minerales -especialmente proveniente de vegetales y frutas-.
www.msal.gov.ar/argentina-saludable

RECORDAR:
La Circunferencia de Cintura NO debe superar los 80 cm en mujeres y 94 cm en hombres.

Los cuidados nutricionales y el aumento de la actividad física son factores claves.

Reforzar en las consultas de seguimiento la importancia de incorporar y sostener una alimentación variada, equilibrada, completa y organizada.

Mejorar la calidad de la alimentación:

EVITAR o REDUCIR	PREFERIR...
Leche y yogur entero	Leche y yogur descremados
Manteca y margarina	Queso untable descremado
Frituras y salteados	Alimentos cocidos al horno, al vapor, a la parrilla, a la plancha.
Quesos duros (gruyere, roquefort, fontina, Mar del Plata, reggianito)	Queso fresco de bajo tenor graso
Aderezos comunes (mayonesa, salsa golf, mostaza y ketchup)	Aderezos light (con moderación por su alto contenido en sodio)
Fiambres	Carne fría desgrasada, lomito, jamón cocido desgrasado
Gaseosas con azúcar , bebidas ricas en azúcar, alcohol	Agua potable, aguas saborizadas reducidas en azúcares, agua con gas, jugos de frutas naturales
Cereales refinados (arroz blanco, pan blanco)	Cereales integrales (arroz y pan integral o de salvado) y hortalizas
Tortas, tartas dulces, azúcar y miel	Frutas frescas (principalmente las de estación) y frutas secas (con moderación para evitar aumento de peso; ej: nueces, almendras, avellanas, pasas de uvas)

Estrategias nutricionales para regular el aumento de peso y tener una alimentación saludable

	CONSEJOS
✓	Evite saltear comidas o pasar mucho tiempo sin ingerir alimentos. Realice cuatro comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Consuma porciones chicas. Inicie las comidas principales con sopas y otros alimentos que sacian.
✓	Empiece sus actividades con un buen desayuno. Las colaciones ayudan a no llegar con mucho apetito a la próxima comida.
↓	Evite el acopio de comida fácil de ingerir y que aportan numerosas calorías, como alfajores, galletitas dulces, etc.
↑	Aumente la fibra y sume: pan de salvado, frutas con cáscaras, vegetales de hojas (acelga, espinaca, lechuga, radicheta, rúcula, etc.), arroz integral, salvado de avena, brotes de sojas. Consuma frutas y hortalizas, preferentemente con cáscara y en trozos grandes (5 porciones al día= 400g/día). Como referencia, en las comidas principales las verduras de todo tipo y color deberían ocupar la mitad del plato.

↑	A mayor variedad de colores en el consumo diario de frutas y hortalizas, mayor será el aporte de nutrientes en su alimentación
↑	Los lácteos y derivados son ricos en calcio, proteínas de alta calidad, fósforo y vitaminas del complejo B. Consuma al menos 3 porciones a lo largo del día preferentemente descremados.
✓	Consuma de 3 a 4 veces por semana variedad de carnes rojas y blancas magras. Ej.: nalga, peceto, cuadril, cuadrada. Saque la grasa visible y consuma el pollo sin la piel. Disminuya el consumo de fiambres y embutidos
↑	Consuma grasas Monoinsaturadas: su representante principal es el ácido oleico – Omega 9- que ayuda a reducir el colesterol total y LDL, aumenta el colesterol HDL y mejora la presión arterial. Se encuentran en el aceite de oliva y de girasol, paltas y aceitunas.
↑	Consuma grasas Polinsaturadas que aportan ácidos grasos esenciales (indispensables por no ser sintetizados por el organismo), ayudan a reducir el colesterol LDL, aumentan HDL, contribuyen a una buena salud mental y cardiovascular. Incluyen: Los omegas 3 en pescados, semillas de lino, chía, aceite de soja, nueces y avellanas. Los omega 6 en aceites de girasol, maíz y soja. También presente en el aceite de oliva, cereales integrales, porotos de soja, germen de trigo, semillas de girasol y frutas secas.
↑	Incorpore pescado a su alimentación porque favorece el aumento de colesterol HDL y disminuye el colesterol malo LDL. Las frutas secas disminuyen el colesterol total en sangre, consúmalas con moderación.
↓	Modere el consumo de facturas, tortas, masitas, galletitas, golosinas y dulces para evitar sobrepeso y caries.
↑	Los líquidos dan saciedad: consuma **2 a 3 litros de agua por día**. Complemente con sopas ó caldos caseros de verduras ó caldos light bajos en sodio. También aporte líquidos a través de la gelatina (bajos en calorías), infusiones (té, mate), jugos y gaseosas reducidas en azúcar.
!	Cocine sus alimentos **sin sal** y condimente con hierbas aromáticas o ajo para aumentar su sabor.
↓	Disminuya las porciones: usar un plato más pequeño al habitual. Identifique los alimentos concentrados en calorías de los cuales disminuir la porción (tortas, dulces, tartas, fiambres, embutidos, facturas, masas, etc.)
✓	Coma lentamente para darle tiempo al proceso de la saciedad: bocados chicos, masticar bien los alimentos, apoyar los cubiertos entre bocado y bocado, tomar líquido y prestar atención al sabor de cada preparación. Evitar ver TV mientras come.

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA RECOMENDACIÓN DE LA ACTIVIDAD FISICA

La OMS recomienda sumar 30 minutos diarios de AF cotidiana para mantener y generar salud.[185] El fumar disminuye la capacidad cardiorespiratoria y aumenta el tiempo de recuperación post ejercicio. Tanto el daño estructural como la intoxicación de monóxido que aporta el cigarrillo afecta el estado físico aun en personas jóvenes y en buena condición física.[186] Durante el proceso de cesación (acción y mantenimiento) aumenta el rendimiento ya que en 48 hs se normaliza el CO. Esta mejoría se consolida en los tres a seis meses siguientes.

La **actividad física** se refiere a las actividades que hacen que el cuerpo se mueva (ej.: trabajar en el jardín, llevar el perro a caminar, bailar, usar las escaleras en lugar del ascensor). **Los ejercicios** son una forma de actividad física que es específicamente planeada, estructurada y repetitiva (ej.: usar aparatos, ir a un gimnasio, tomar clases de tai chi o de ejercicios aeróbicos). Ambos se refieren a movimientos concientes que queman calorías y ayudan a mejorar la habilidad para hacer las actividades diarias.

Al **evaluar,** tener en cuenta dos aspectos fundamentales: aptitud física (condiciones de salud) y objetivo.

Evaluar la **aptitud física** especialmente en mayores de 35 años, en quienes hace un tiempo que no practican ningún deporte y en aquellos con sobrepeso o alguna enfermedad crónica o intercurrente.

Objetivo: es importante empezar desde el estado físico actual y avanzar paulatinamente hacia el que se desea alcanzar. El esfuerzo debe ser pequeño al principio, e ir incrementándolo a medida que se adquiere una mejor forma física. De este modo evitaremos riesgos, sobrecargas y los "abandonos".

Al **indicar** actividad física, ayudar a superar las **barreras** para realizarla y dar información útil de los **beneficios** que se obtienen.

EJEMPLOS DE BARRERA PARA REALIZAR AF	POSIBLES SOLUCIONES
Pensar que se está en forma cuando en realidad no es así, o creer que no disponemos de una buena condición física para hacer ejercicio	Se puede realizar AF a toda edad y psicomotricidad (incluso sentado en una silla).
El cansancio al final de la jornada	Se cansan más los que fuman y los que no hacen AF regular.
Excesivo trabajo	Planifique sus fines de semana en espacios al aire libre que lo predispongan a hacer AF. Realice pausas en el trabajo. Camine durante la jornada laboral.
Creer que AF es sólo aquello que resulta extenuante y lo que nos deja doloridos.	Planificar la AF acorde a la capacidad de movimiento y de esfuerzo actual.
Tener una actividad laboral sedentaria	Subir escaleras y evitar el ascensor; evitar los teléfonos internos y caminar hasta otras oficinas o sectores; evitar solicitar el servicio "delivery" e ir personalmente a comprar. Existen programas para PC que dirigen pausas activas en la oficina.
Pensar que hace frio y me puedo enfermar si salgo	La AF mejora el sistema inmune y las defensas.
Tener artritis, artrosis y dolores musculares	El ejercicio físico, mejora y fortalece las articulaciones y reduce la tasa de dolor. Se puede hacer actividad física incluso en una silla.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FISICA EN LA SALUD
Reduce el riesgo de muerte prematura.
Reduce hasta en un 50% el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 o cáncer de colon. Reduce hasta un 30% la chance de desarrollar cáncer de mama.
Mejora la función cardiorespiratoria. Aumenta el rendimiento psicofísico. Contribuye a prevenir la hipertensión arterial y a mejorar la elasticidad de los vasos sanguíneos. Favorece la vasodilatación y mejora la tasa de oxígeno con eliminación de CO.[187]
Estimula la osteogénesis. Contribuye a prevenir la osteoporosis y a disminuir hasta en un 50% el riesgo de sufrir una fractura de cadera.
Disminuye el riesgo de padecer dolores lumbares, dorsales y cervicales. Contribuye al desarrollo, fortaleza, tono, armonía, coordinación y flexibilidad de la musculatura y articulaciones. Mejora el equilibrio.
Libera endorfinas. Contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad, la depresión y los sentimientos de soledad. Mejora la calidad de vida.
Ayuda a controlar el peso y a disminuir riesgo de obesidad hasta en un 50%. Aumenta el metabolismo y mejora el perfil de colesterol.
Contribuye a preservar las funciones mentales en el adulto mayor (comprensión, memoria, concentración).

Al **prescribir** tener presente las cuatro variables que regulan el gasto calórico y el consumo de oxígeno:

1. **Tipo:** aeróbica/anaeróbica, fuerza, flexibilidad, equilibrio, coordinación, postura
2. **Frecuencia:** veces por semana
3. **Duración:** tiempo total de la sesión de entrenamiento o actividad realizada
4. **Intensidad:** fuerza que se le imprime a la actividad a realizar: Leve – moderada- severa

Además sume consejos prácticos y saludables:

* Ropa cómoda, calzado adecuado y acorde al clima. Si elige utilizar máquinas o utensilios (bicicleta, remo, pesas, etc.) debe asesorarse sobre su correcta forma de uso.

* Recordar que la práctica de ejercicio físico regular exige un mayor aporte energético y de algunos nutrientes (sobre todo vitaminas y minerales).

* Es importante hidratarse al hacer actividad física.

La elección dependerá de aspectos tan diversos como el propio estado físico, la disponibilidad de tiempo o la accesibilidad. Proponga la alternativa de ejercicio físico que más se acerque a la vida de la persona que está dejando de fumar.
Hay muchas formas de ponerse en marcha en medio de las actividades cotidianas que están al alcance de la mayoría. (Ver ejemplos en el gráfico a continuacion).

Comenzar el día con unos minutos de suaves ejercicios de estiramientos (ANEXO 9)

Subir y bajar lentamente por las escaleras (apoyar todo el pie) (ANEXO 9)

Generar breves **caminatas** regulares: favorecen El ritmo cardíaco, la resistencia y el estado físico general. Es particularmente conveniente para los fumadores, ya que reduce las ganas de fumar y lo prepara para un esfuerzo mayor mientras recupera estado físico. Elegir caminar en lugar de utilizar el coche en recorridos cortos, comprar en comercios que estén un poco más lejos, tomar y bajar del medio de transporte en otra parada, evitar los envíos a domicilio e ir hasta el negocio a buscar lo que necesitamos. Al pasear (caminatas) intentar ir cada vez un poco más lejos y más rápido. Llevar el perro a caminar.

Realizar pausas en el trabajo: estirar y fortalecer los músculos de los brazos, levantarnos y caminar. Dar una vuelta cada dos horas.

Trabajar en el jardín, jugar con los niños en lugares al aire libre.

Dormir sobre colchones rígidos para conservar la postura y lograr un sueño profundo

Andar en bicicleta (al aire libre o con una bicicleta fija). Es un buen ejercicio para fortalecer nuestro cuerpo y prevenir las enfermedades coronarias, ya que nos permite ejercitar nuestra resistencia y activar la circulación.

Otras alternativas

Correr, mejora la circulación general y el funcionamiento del metabolismo. Con el sudor se eliminan toxinas y residuos. Antes de empezar conviene una evaluación clínica.

Nadar, es relajante y moviliza toda la columna. Incide en el sistema circulatorio, regula la tensión arterial, aumenta la capacidad pulmonar y la oxigenación general, así como el sistema endocrino y el metabolismo. Fortalece la musculatura y aumenta la resistencia y la vitalidad.

Bailar, activa los músculos, trabaja las articulaciones y eleva el estado de ánimo. Es una forma excelente de mover el cuerpo sin darnos cuenta de que estamos haciendo ejercicio. La experiencia de aprender a movernos y dejarnos llevar por la música, la sensación de bienestar que produce, tener la mente y el cuerpo ocupados en una misma actividad, son elementos que nos ayudan a mantenernos sanos y a favorecer la pérdida de peso.

Gimnasia localizada. En casa, siguiendo sencillas tablas de ejercicios (ya sea en posición de pie como sentados), o en un gimnasio para los que gusten de la compañía y prefieran que los dirija un profesor. Esta forma de ejercitar el cuerpo es muy completa y además puede adaptarse a las necesidades y características de cada uno. Su práctica habitual aumentará nuestra fuerza, movilidad y resistencia. Resulta un camino para adquirir una buena forma física.

Aconsejamos que los lugares donde se realiza la actividad física, sean libres de humo de tabaco.

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS y ADOLESCENTES

NIÑOS Y ADOLESCENTES		
33*	TIPO 1	Se recomienda a los profesionales de la salud que atienden a niños que **interroguen a los padres** sobre el consumo de tabaco y les ofrezcan consejería para dejar de fumar, ya que es eficaz
		COMENTARIO A R33: Los niños son especialmente sensibles al humo ambiental de tabaco, en quienes puede producir otitis a repetición, infecciones y enfermedades obstructivas respiratorias, trastornos de la conducta y otros. Los niños y los adolescentes resultan beneficiados cuando los padres reciben información sobre el impacto del tabaquismo pasivo y se interviene durante la consulta pediátrica. Esto favorece la disminución de la exposición y promueve la cesación en los padres. Dar un fuerte consejo de escuela, hogar y automóvil libres de humo de tabaco.
34	TIPO 2	Se sugiere la consejería para la modificación del comportamiento en adolescentes fumadores ya que aumenta la tasa de cesación. No hay evidencia de efectividad de fármacos y no se recomienda su utilización rutinaria.

RECOMENDACIÓN TIPO 1/RECOMIENDA: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

RECOMENDACIÓN TIPO 2/SUGIERE: se balancea con menor margen los riesgos y beneficios (ej. fármacos), o la evidencia no lo muestra con consistencia (ej. Intervención); la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas, plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

EVIDENCIA QUE SUSTENTA LAS RECOMENDACIONES R33-R34

Se recomienda a los profesionales de la salud que atienden a niños que interroguen a los padres sobre el consumo de tabaco y les ofrezcan consejería para dejar de fumar, ya que es eficaz (Recomendación tipo 1)

El humo ambiental del tabaco afecta especialmente a los niños, en quienes puede producir otitis a repetición, enfermedades obstructivas e infecciones respiratorias y trastornos de la conducta -entre otros-.[3] Los niños y los adolescentes resultan beneficiados cuando los padres reciben información sobre el impacto del tabaquismo pasivo, lo que origina disminución de la exposición y promueve la cesación en los padres. En un estudio se demostró la factibilidad y eficacia de incorporar el tratamiento de cesación de los padres a la consulta pediátrica.[188,189] (Calidad de evidencia Moderada)

Se sugiere la consejería para la modificación del comportamiento en adolescentes fumadores ya que aumenta la tasa de cesación. No hay evidencia de efectividad de fármacos y no se recomienda su utilización rutinaria (Recomendación tipo 2).

En la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes en nuestro país (GYTS 2007), fumaba el 24,5 % de los adolescentes de 13 a 15 años (21,1 varones y 27,3 mujeres) y el 52% de los encuestados habían probado fumar cigarrillo alguna vez aunque sea 1 a 2 pitadas.[32]

La dependencia de la nicotina se establece rápidamente en el inicio de la experimentación del tabaco.[190-193] El equipo de salud tiene un importante rol en la prevención primaria y en el abandono del tabaquismo tanto de sus pacientes pediátricos como en los padres.[3] Sin embargo estas intervenciones en los jóvenes tienen limitada eficacia, siendo más efectivas en los padres.[194,195]

En cuanto al interés por dejar de fumar, los adolescentes presentan un perfil de motivación, similar a la de los adultos. Algunos estudios internacionales muestran que el 82% de los fumadores de 11 a 19 años está pensando en dejar de fumar y el 77% ha hecho un intento serio de dejar en el último año.[196,197] Esta motivación no se correlaciona de igual modo con las tasas de éxito: sólo el 4% de los fumadores de entre 12 y 19 años de edad deja de fumar por año y los intentos fallidos son más frecuentes que entre los adultos.[198-200] En un MA de 52 estudios en poblaciones de 10 a 20 años edad, más de la mitad había realizado múltiples intentos y el 92% había recaído al año. Los intentos eran igualmente frecuentes entre adolescentes mayores y menores de 16 años.[201] También se observa en esta etapa, que los intentos no suelen ser planificados y que no se plantean buscar ayuda.[200]

Existe evidencia de utilidad de diseñar programas de cesación específicos para adolescentes. Un MA encontró que los programas de cesación específicos para ellos, aumentan las posibilidades de cesación (OR 2,90 IC 95% 1,47 – 4,35).[202] De modo congruente, otro MA de siete estudios incluido en la guía estadounidense mostró que la consejería para dejar de fumar, se acerca a duplicar la tasa de cesación en adolescentes (OR 1,8 IC 95% 1,1 a 1,3) comparado con otras intervenciones como el consejo breve, los materiales impresos, los volantes o la evaluación especializada. Aunque la tasa de cesación es baja (11,6%) se puede interpretar que resulta de especial impacto dada la población estudiada.[3] Un tercer meta-análisis mostró que intervenciones basadas en el modelo transteorético se asociaron con un OR para cesación a un año de 1,70 (IC 95% 1,25 – 2,33). Este estudio incluyó once trabajos en los que habían empleado intervenciones motivacionales que también se acercaron a duplicar la tasa de cesación (OR 1,70 IC 95% 1,31 – 2,20).[203] En la misma línea, otro MA coincide en la eficacia de la entrevista motivacional en producir la cesación en adolescentes (OR 2,29 IC 95% 1,34 – 3,89).

Los resultados sobre la eficacia del tratamiento cognitivo conductual fueron similares, pero con las limitaciones de que varios estudios provenían de un mismo programa de cesación, el cual sumaba voluntariado y otras actividades, y que informan cesación puntual (OR 1,77 IC 95% 1,00 – 3,11).[203] Estos estudios evaluaron el uso de terapia de reemplazo nicotínico y Bupropión, sin encontrarse efectos significativos a largo plazo.[3,203] Un MA encontró que la terapia farmacológica en jóvenes fumadores de 12 a 20 años de edad, no tuvo un efecto significativo en la tasa de cesación a corto y mediano plazo, con seguimiento a 26 semanas. Los ECA examinados encontraron baja tasa de eventos adversos, aunque incluyeron pocos participantes.[133] (Calidad de evidencia Moderada)

RECOMENDACIONES PARA EMBARAZADAS

RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A LAS EMBARAZADAS QUE FUMAN A QUE DEJEN DE FUMAR		
35*	**TIPO 1**	Se recomienda **alertar a las embarazadas** acerca del riesgo del tabaquismo activo y pasivo (bajo peso al nacer, parto prematuro y otros) e implementar las distintas estrategias de consejería para la cesación (individual, grupal, telefónico, materiales escritos) ya que son efectivas.
		COMENTARIO A R35: Formatos efectivos incluyen: consejo médico de 2 a 3 minutos sobre los riesgos del tabaquismo en el embarazo; videos con información sobre obstáculos y consejos para dejar; asesoramiento de 10 minutos con una partera; material escrito específico; envío de cartas de seguimiento. Además son efectivos el asesoramiento de un profesional de educación para la salud junto a material escrito; una sesión de 90 minutos más llamadas telefónicas bimestrales durante el embarazo y mensuales después del parto.
36	**TIPO 2**	Se sugiere el uso de **preguntas múltiples** ya que aumentan las chances de respuesta sincera y facilitan la intervención de cesación durante el embarazo.
		COMENTARIO A R36: preguntas múltiples: ¿Dejó por el diagnóstico de embarazo?, ¿Redujo desde el diagnóstico de embarazo?, ¿Fuma igual que antes de quedar embarazada?, ¿Fuma de vez en cuando?, ¿No fuma ahora ni fumaba al enterarse del diagnóstico de embarazo? Utilizar este tipo de cuestionarios aumenta un 40% las chances de una respuesta sincera y facilita la intervención de cesación. Las respuestas positivas a cualquiera de las cuatro primeras preguntas requieren intervención, incluso si dejó al enterarse que estaba embarazada ya que el apoyo comportamental puede prevenir recaídas
37	**TIPO 1**	Se recomienda utilizar (si está disponible) **la medición de monóxido de carbono exhalado** en fumadoras embarazadas como medio de concientización, diagnóstico de estatus tabáquico y seguimiento de la cesación.
38*	**TIPO 1**	Se recomienda a todo el equipo de salud que participa en el cuidado de la embarazada, **realizar intervenciones en cada visita de control prenatal,** ya que se aprecian beneficios de la cesación en todos los momentos del embarazo.
		COMENTARIO A R38: La abstinencia en las primeras semanas de embarazo produce el mayor beneficio para el hijo y para la madre. Sin embargo dejar de fumar en cualquier momento de la gestación genera beneficios incluso en fases avanzadas.
15	**TIPO 2**	Se sugiere reservar **el tratamiento farmacológico con Terapia de reemplazo nicotínico** para aquella embarazada que no logre la cesación con la consejería, y consensuar con la paciente luego de informar los riesgos y beneficios de su uso.
		COMENTARIO A R39: El **uso de fármacos** está restringido en el embarazo. No está totalmente aclarada su seguridad. La terapia de remplazo nicotínico puede ser útil. Reservar su uso para el 2do o 3er trimestre para evitar potenciales efectos teratogénicos en el 1er trimestre.

RECOMENDACIÓN TIPO 1/RECOMIENDA: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

RECOMENDACIÓN TIPO 2/SUGIERE: se balancea con menor margen los riesgos y beneficios (ej. fármacos), o la evidencia no lo muestra con consistencia (ej. Intervención); la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas, plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

EVIDENCIA QUE SUSTENTA LAS RECOMENDACIONES R35 a R39

Se recomienda alertar a las embarazadas acerca del riesgo del tabaquismo activo y pasivo (bajo peso al nacer, parto prematuro y otros) e implementar distintas estrategias de consejería para la cesación (individual, grupal, telefónico, materiales escritos) que son efectivas. (Recomendación tipo 1)

El consumo de cigarrillos es uno de los principales factores de riesgo modificables de morbi-mortalidad en el embarazo.[204] Los efectos adversos del consumo de tabaco durante el embarazo y después del mismo incluyen mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, placenta previa, retraso del crecimiento intrauterino, síndrome de muerte súbita neonatal y otros muchos riesgos para la salud de la mujer y su hijo.[205-212]

El humo del cigarrillo contiene miles de componentes químicos, muchos de los cuales pueden producir toxicidad reproductiva. Son especialmente preocupantes el monóxido de carbono, la nicotina y los oxidantes.[213] Las concentraciones altas de monóxido del carbono tienen efectos neuroteratógenos.[214,215] Los oxidantes químicos probablemente contribuyen a un aumento del riesgo de complicaciones trombóticas y, al reducir la disponibilidad del óxido nítrico, contribuyen a provocar vasoconstricción placentaria y parto prematuro.[216,217] (Calidad de evidencia Moderada)

Cuanto antes se deje de fumar - antes de la concepción o en una fase temprana del embarazo- hay mayores beneficios. Pero dejar es beneficioso para la salud en cualquier momento de la gestación.[218,219] Se estima que el 20% o más de los casos de bajo peso al nacimiento podría evitarse abandonando el tabaco durante el embarazo.[3] La prevalencia de tabaquismo medida por autoreporte o mediciones biológicas en un estudio multicéntrico de 786 mujeres embarazadas fue del 16,8%.[220] Otro estudio multicéntrico que incluyó 678 casos, la prevalencia de tabaquismo por autoreporte fue de 19,8%. Un 64% de las fumadoras dejó espontáneamente al enterarse del embarazo. Se realizó COexh en 304 de estas gestantes (44,8%). El 22,8 % de las que dijeron no ser fumadoras, y el 7.6 % de las que dijeron que habían dejado tenían un COexh mayor de 10ppm, que es atribuible a tabaquismo actual.[221]

Es importante que el consejo médico se oriente a evitar todo consumo de tabaco durante la gestación. Según los resultados de un estudio multicéntrico de hospitales de Argentina un 47% de mujeres embarazadas recibió sólo la recomendación de disminuir el consumo (ej.: hasta 5 cigarrillos/día).[222] Una fumadora embarazada debe recibir apoyo y ayuda para dejar de fumar completamente durante el embarazo. También se les deben ofrecer intervenciones contra el tabaquismo a las mujeres que acuden a consulta preconcepcional y a toda consulta médica, porque el consumo de tabaco puede disminuir la fertilidad y algunos efectos adversos dañinos se producen en una fase temprana del embarazo.[3] (Calidad de evidencia Alta)

Los componentes de intervenciones de consejería que son efectivos en las embarazadas incluyen[3]:

- Consejo médico de 2 a 3 minutos en relación a los riesgos relacionados con el tabaquismo en el embarazo, videos con información sobre obstáculos y consejos para dejar de fumar; asesoramiento de 10 minutos con una partera; envío de cartas de seguimiento.[223]
- Material escrito de autoayuda específicos para la embarazada. Un MA que incluyó 12 estudios que comparaban la provisión de materiales de autoayuda contra el cuidado habitual, encontró que los materiales eran efectivos llegando casi a duplicar la tasa de cesación (Tasas de cesación 13,2% y 4,9% respectivamente, OR 1,83 IC 95% 1,23 – 2,73)[224]
- Asesoramiento (sesión de consejería de 10 minutos) con un profesional de educación para la salud más material escrito.[225]
- Una única sesión de 90 minutos más llamadas telefónicas bimestrales durante el embarazo y mensuales después del parto por un terapeuta.[226]

Estas estrategias se asociaron a casi duplicar los resultados de abstinencia prenatal (mas allá de las 24 semanas de gestación) OR 1,8 (IC 95 % 1,4 - 2,3).[3] Las intervenciones orientadas a la embarazada y su pareja en el embarazo avanzado y postparto pueden inducir la cesación en la pareja.[227] El apoyo telefónico puede prevenir la recaída a las 24 semanas postparto y promover otros comportamientos saludables.[228]

Resulta complejo determinar el efecto aislado de cada componente de apoyo comportamental en el tratamiento de la embarazada (consejo breve, tratamiento individual y grupal, apoyo telefónico) por lo que estas intervenciones deben articularse entre sí y proveerse en varios formatos.[229] (Calidad de evidencia Alta)

Se sugiere el uso de preguntas múltiples ya que aumentan las chances de respuesta sincera y facilitan la intervención de cesación durante el embarazo. (Recomendación tipo 2)

La pesquisa y el seguimiento del tabaquismo en la mujer embarazada presentan la dificultad de la tendencia a no reportar el consumo[230,231]. El uso de cuestionarios con preguntas múltiples, aumentan en un 40% las probabilidades de una respuesta sincera y facilita la intervención en cesación.[232]

Las afirmaciones según reflejen su situación:

* Ahora fumo, y fumo lo mismo que antes de enterarme que estaba embarazada
* Ahora fumo, pero menos desde que me enteré que estaba embarazada
* Fumo de vez en cuando/Dejé de fumar cuando me enteré que estaba embarazada
* No fumaba ni cuando me enteré del embarazo, ni tampoco ahora.

Las respuestas positivas a cualquiera de las cuatro primeras preguntas requieren intervención, incluso si dejó al enterarse que estaba embarazada ya que el apoyo comportamental puede prevenir recaídas. Este conjunto de preguntas cerradas ha sido validado en Argentina.[233] (Calidad de evidencia Moderada)

Se recomienda utilizar (si está disponible) la medición de monóxido de carbono exhalado en fumadoras embarazadas como medio de concientización, diagnóstico de estatus tabáquico y seguimiento de la abstinencia (Recomendación tipo 1)

La guía británica recomienda el uso de determinaciones de CO exhalado para aumentar la tasa de identificación de las embarazadas fumadoras y mejorar la intervención en caso de sospecha de consumo.[234] La presencia de valores mayores a 10 ppm puede deberse a tabaquismo o a la presencia de instalaciones de gas en mal estado. El costo de los equipos de medición conlleva una limitación potencial. (Calidad de evidencia Alta)

Se recomienda a todo el equipo de salud que participa en el cuidado de la embarazada, realizar intervenciones en cada visita de control prenatal, ya que se aprecian beneficios de la cesación en todos los momentos del embarazo. (Recomendación tipo 1)

La abstinencia en las primeras semanas de embarazo produce el mayor beneficio para el hijo y para la madre. Sin embargo, dejar de fumar en cualquier momento de la gestación genera beneficios incluso en fases avanzadas. Una revisión sistemática de la colaboración Cochrane revela que las intervenciones para promover la cesación en el embarazo avanzado disminuyen el tabaquismo (RR 0,94 IC 95% 0,93 -0,96), reducen la incidencia de bajo peso al nacer (RR 0,83 IC 95% 0,73 - 0,95) y de parto pretérmino (RR 0,86 IC 95% 0,74 - 0,98). El peso al nacer aumenta en un promedio de 53,91 gramos. Esta revisión también mostró que las intervenciones realizadas en las primeras etapas del embarazo disminuyen el consumo de tabaco entre un 3 y un 6%.[235] (Calidad de evidencia Alta)

Se sugiere reservar el tratamiento farmacológico con Terapia de reemplazo nicotínico para aquella embarazada que no logre la cesación con la consejería y consensuar con la paciente luego de informar los riesgos y los beneficios de su uso. (Recomendación tipo 2)

La efectividad de la terapia de reemplazo nicotínico en el embarazo fue evaluada por tres revisiones sistemáticas. La guía estadounidense no emitió ninguna recomendación tras evaluar 3 estudios.[3] El meta-análisis de la colaboración Cochrane incluyó cinco estudios, y encontró que el uso de nicotina es efectiva para la cesación y protege contra el tabaquismo en las últimas etapas del embarazo (RR 0,95 IC 95% 0,92 a 0,98).[235] La guía británica incluyó un estudio más reciente y descartó otro de los estudios del MA de la colaboración Cochrane. Así, obtienen un RR de 0,76 (IC 95% 0,85 a 1,09) lo que indica falta de evidencia de efectividad.[234] La evidencia tampoco permite afirmar que el uso de terapia de reemplazo influya sobre el bajo peso al nacer.[234] (Calidad de evidencia Alta)

El daño fetal de fumar es mediado por varias sustancias tóxicas en el humo del cigarrillo. La nicotina podría contribuir a los efectos adversos del cigarrillo durante el embarazo y podría dañar directamente al feto.[21] Los estudios en animales indican que puede producir insuficiencia uteroplacentaria por vasoconstricción, neurotoxicidad fetal que produce retraso o alteración del desarrollo cerebral, inhibir la maduración de las células pulmonares y aumentar el riesgo de síndrome de muerte súbita neonatal. Hay pocos estudios en seres humanos sobre los efectos de la nicotina pura en el embarazo. Algunos estudios de exposición breve a parches o chicles de nicotina han demostrado pequeños efectos hemodinámicos en la madre y el feto, generalmente menores que los que se ven con el consumo de cigarrillos.[236] (Calidad de evidencia Moderada)

Los ensayos clínicos de uso de TRN en embarazadas han ofrecido poca información sobre su seguridad. Un ECA de 250 mujeres aleatorizadas a parches de nicotina (15 mg) o a placebo durante 11 semanas no encontró datos de efectos adversos graves producidos por la nicotina.[237] Otro ECA también con parches de nicotina (15 mg) vs placebo (n=30 mujeres) no registró ningún efecto adverso serio en las que utilizaron TRN.[238]

Un estudio que había incluido a 181 mujeres (122 aleatorizadas a TCC más TRN y 59 a TCC

sola) encontró reacciones adversas graves en el 30% del grupo TRN contra 17% del grupo control. La reacción adversa más grave fue el parto pretérmino. Las diferencias se podrían explicar por la existencia de disparidades en los antecedentes de parto prematuro al inicio del estudio entre ambos grupos. A pesar de que los autores consideraron que los efectos adversos no podían vincularse al reemplazo nicotínico, el estudio fue terminado precozmente.[239] Un ECA posterior con chicles de nicotina que incluyó 194 participantes, no encontró diferencias significativas en los efectos adversos, aunque no llegó a demostrar eficacia en la tasa de cesación.[240]

Un estudio retrospectivo de cohorte mostró que el uso de TRN en mujeres que dejaron de fumar usando sustitutos de la nicotina durante las 12 primeras semanas del embarazo, se asoció a un aumento pequeño, pero significativo, de malformaciones congénitas en comparación con las madres que siguieron fumando durante el mismo período de embarazo.[241] Este estudio tiene múltiples problemas metodológicos importantes que dificultan la interpretación de sus resultados, con un número de casos de malformación muy pequeño en el grupo de TRN y tasas de prevalencia de malformaciones que -comparadas con el grupo control- tenían significación marginal.

Los abortos espontáneos pueden no ser detectados en el grupo de fumadoras. Finalmente, la mayoría de las mujeres que utilizan TRN lo hace durante el segundo o el tercer trimestre, y no se presentaron datos de efectos adversos en este grupo.

La seguridad no es categórica ya que una designación de "seguro" refleja la conclusión de que los beneficios de un fármaco superan a sus riesgos. Es muy probable que la nicotina tenga efectos adversos sobre el feto durante el embarazo. Es importante recordar que si bien el uso de TRN durante el embarazo expone a las mujeres embarzadas a la nicotina, seguir fumando las expone a los efectos adversos de la nicotina y también de otros numerosos productos químicos perjudiciales tanto para la mujer como para el feto. Se deben tener en consideración estas preocupaciones, en el contexto de datos no concluyentes, de que los medicamentos para dejar de fumar aumentan la tasa de cesación en fumadoras embarazadas. (Calidad de evidencia Moderada)

Se recomienda alertar a las embarazadas acerca del riesgo del tabaquismo activo y pasivo (bajo peso al nacer, parto prematuro y

Implementar en embarazadas distintas estrategias de consejería efectivas para la cesación: Individual, grupal, telefónica y materiales escritos, entre otras.

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES R35 A R39 EN MUJERES EMBARAZADAS QUE FUMAN

Según la ENFR, un 26% de las mujeres en edad fértil son fumadoras con un consumo promedio de 9,4 cigarrillos por día.[27] A su vez, un 34% están expuestas al humo de tabaco ajeno. Diversas encuestas muestran que un 15-20 % de las embarazadas en Argentina son fumadoras siendo este uno de los porcentajes más altos de América y del mundo. Entre las médicas fumadoras, el 15,5% no dejó durante el embarazo.

A la vez, el embarazo es un periodo especialmente receptivo de los cuidados de la salud.

El rol de los profesionales de la salud es detectar aquellas que siguen fumando para trabajar en conjunto la motivación, acompañarlas y ayudarles a que dejen con éxito.

Las intervenciones propuestas en esta guía, pueden incrementar las tasas de abandono del cigarrillo entre el 30 y el 70%. Estas estrategias requieren pocos minutos, pueden ser realizadas por todo el equipo de salud y se integran fácilmente a controles prenatales.

Si se encuentran disponibles, el uso de materiales específicos de autoayuda y la medición de monóxido de carbono para la mujer embarazada han demostrado aumentar las tasas de cesación y prevenir recaídas.

Tabla 6: La Intervención breve en la atención de la mujer embarazada que fuma

AVERIGUAR la situación de la EMBARAZADA respecto del TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO:

En cada control prenatal preguntar -y registrar- si la **mujer fuma y si está expuesta al humo de tabaco ambiental** en el hogar, en el trabajo, etc. Recuerde que algunas embarazadas no se atreven a declarar que son fumadoras, por eso es importante evitar las preguntas con respuesta si/no e implementar las de opción múltiple.

Cuestionario: ¿Fuma lo mismo que fumaba al quedar embarazada? ¿Fuma, pero menos que cuando quedó embarazada? ¿Fuma de vez en cuando? ¿Dejó de fumar al saber que estaba embarazada? ¿No fumaba cuando se enteró del embarazo, ni tampoco ahora?

ACONSEJE de modo FIRME y CLARO

- "Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud y la de su hijo".
- Dé confianza en que está a tiempo alcanzar todos los beneficios de la cesación en el periodo de la gestación en que se encuentra. No la culpabilice. Manifieste empatía.
- Recuérdele que no existe una cantidad mínima de cigarrillos que sea segura (el bajo peso al nacer se relaciona incluso con un sólo cigarrillo diario).
- Explique que existen tratamientos y lugares donde la pueden ayudar. (ej.: a muchas embarazadas les costaba dejar y pudieron con ayuda).

Recuerde que la mujer tiene derecho a esta información (ley de parto humanizado 25.929 art. 2 inc. K) a ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña o sobre ella misma. (2004).

Si está expuesta al HAT, explíquele de manera sencilla y convincente la importancia de que su hogar sea 100% libre de humo de tabaco. Si está expuesta en su trabajo, hable de la factibilidad de que esto se revierta. Anímela a hacer valer su derecho (ley nacional 26.687). **Si no fuma ni está expuesta al HAT,** refuerce la importancia que eso tiene para su salud y la de su bebé.

ANIME y EVALUE el nivel de MOTIVACION para DEJAR DE FUMAR

- Sepa que la mujer está especialmente atenta a hacer lo que sea posible para que su bebé sea sano.
- Ayude en un marco de confianza y comprensión (ej.: esto es difícil por la naturaleza adictiva de la nicotina).
- Evalúe cuáles son las barreras y temores que le impidieron hacerlo hasta ahora.
- Encuadre su interacción en el marco de la **entrevista motivacional**, que facilita resolver la ambivalencia en las adicciones (ver Tabla 2).
- De estar disponible, mida el valor de COexh para mostrar de modo claro la presencia de este gas tóxico. Así al dejar de fumar, la normalización de estos niveles pueden constituir un estímulo a seguir así en la lactancia. y durante el resto de su vida.

AYUDE

- Pídale que realice un listado personal de lo que ganará al dejar de fumar en el embarazo (ej.: sentirse más limpia para besar a su bebé. No transmitir una adicción)
- Sume recursos: instituciones que brindan tratamiento (**www.msal.gov.ar/tabaco**) y una línea gratuita con acceso desde todo el país: **0800-999-3040**
- Brinde una planilla de auto-registro del consumo para que anote en que momentos fuma y así poder ver a que situaciones se asocia. Propóngale una fecha cercana para dejar.
- Explíquele que los primeros días de la cesación, pueden aparecer momentos intensos de deseo de fumar. Estos craving, duran 1 a 2 minutos y merman a los pocos días o semanas. Brinde estrategias sencillas para "distraerse" en esos momentos (lavarse los dientes, tomar agua, llamar a alguien por teléfono, etc.)
- Haga hincapié en los beneficios que comenzarán a ocurrir desde el momento en que deje de fumar: "su bebé tendrá más oxígeno desde el primer día de haber dejado el cigarrillo", "los pulmones del bebé trabajarán mejor".
- Escuche todo temor de dejar de fumar como aceptable. Dialogue de qué modo compensar cada uno de ellos con otras estrategias (Tabla 3).

ACOMPAÑE en CADA VISITA de CONTROL PRENATAL

- Felicite por cada logro. Chequee que los convivientes no fumen dentro del hogar. Vuelva a ayudar en caso de recaída.
- Repase el apoyo social y familiar que tiene la embarazada para mantenerse sin fumar.
- Refuerce las medidas de cambio de comportamiento (ej.: tomar agua, no tener cigarrillos consigo, pasar largos ratos donde está prohibido fumar).
- Dialogue sobre los síntomas de abstinencia que están presentes. Recuérdele que eso es breve y que no se sentirá así en unos días.
- Actualice los beneficios que siente la mujer por este logro tan importante "tengo menos acidez desde que dejé de fumar", "estoy tranquila de que cuido mejor a mi bebé", "estoy contenta porque no me tengo que esconder para fumar", "desde que dejé de fumar discuto menos ya que antes se enojaban conmigo por esto".
- En las visitas más cercanas al parto, repase los beneficios a futuro inmediato: "es más probable que tu bebé y vos tengan juntos el alta", "ya no puede pasar el sabor de la nicotina a la leche materna", "las madres que dejan de fumar gozan de un mejor periodo de lactancia".
- Repase los beneficios a largo plazo por dejar de fumar. Fomente que siga así en la lactancia y después. Una mujer en edad fértil que deja de fumar, tiene chance de recuperar entre 10 a 25 años de vida. Esto puede interesarle a la mamá al proyectar su vida con la de este hijo por venir.
- Asocie los beneficios a largo plazo con el crecimiento del bebé: "cuando tu hijo cumpla un año, reducirás a la mitad el riesgo de tener un infarto."

RECOMENDACIONES PARA PERSONAS CON SITUACIONES CLINICAS PARTICULARES QUE FUMAN:

ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD PSIQUIATRICA A QUE DEJEN DE FUMAR		
40	TIPO 2	Se sugiere que la terapia comportamental en **personas con enfermedad psiquiátrica que fuman,** sea particularmente intensivo y prolongado dado que estas personas experimentan mayor tasa de recaída que la población general de fumadores.
		COMENTARIO A R40: No hay datos suficientes sobre la conveniencia y riesgos de dejar de fumar según la fase de la enfermedad.
41	TIPO 2	En persona fumadora con antecedentes de **Depresión o esquizofrenia**, se sugiere el uso de Bupropión y/o Terapia de Reemplazo Nicotínico por ser efectivas.
		COMENTARIO A R41: usar con precaución y monitorear los síntomas de cambios en el humor y de recaída de la enfermedad de base.
42	TIPO 2	Se sugieren las terapias comportamental y farmacológica en **personas con abuso de sustancias**, ya que presentan una prevalencia de tabaquismo mucho mayor que la población general, y sus consecuencias negativas se potencian.
		COMENTARIO A R42: Los pacientes en tratamiento con antipsicóticos atípicos evidencian mayor respuesta al Bupropión que los tratados con antipsicóticos estándar

RECOMENDACIÓN TIPO 1/RECOMIENDA: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

RECOMENDACIÓN TIPO 2/SUGIERE: Se balancea con menor margen los riesgos y beneficios (ej. fármacos), o la evidencia no lo muestra con consistencia (ej. Intervención); la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas, plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

EVIDENCIA QUE SUSTENTA LAS RECOMENDACIONES R40 –R42

Se sugiere que la terapia comportamental en personas con enfermedad psiquiátrica, sea particularmente intensivo y prolongado dado que estas personas experimentan mayor tasa de recaída que la población general de fumadores (Recomendación tipo 2)

Las personas con enfermedades psiquiátricas tienen mayor prevalencia e intensidad de tabaquismo que la población general.[242,243] Aunque los trastornos psiquiátricos pueden aumentar el riesgo de recaída, los resultados de una revisión sistemática sugieren que las tasas de cesación son similares a la de la población general.[244] Los tratamientos de cesación no farmacológicos son efectivos en estos pacientes.[245,246] En pacientes con antecedentes depresivos el tratamiento comportamental orientado a los síntomas anímicos agrega un beneficio al tratamiento de cesación (RR 1,45 IC 95% 1,01 – 2,07).[247] La cesación tabáquica puede exacerbar los síntomas en pacientes internados por patología psiquiátrica y empeorar la depresión de personas con antecedentes de enfermedades afectivas.[248-251] No existen datos concluyentes acerca de la conveniencia y los riesgos de dejar según la fase de la enfermedad, o si los tratamientos para la depresión y la cesación deben ser indicados de forma secuencial o simultánea.[247] Algunos datos sugieren que la depresión recurrente (más que el antecedente de un sólo cuadro depresivo) está relacionada a mayor recaída o baja tasa de éxito. El tratamiento debe ser indicado con precaución y monitoreo de efectos adversos, dado que se describe la posibilidad de aparición de síntomas de desestabilización del estado de ánimo y de recaída de la enfermedad de base. (Calidad de evidencia Moderada)

En personas con antecedentes de Depresión o esquizofrenia, se sugiere el uso de Bupropión y/o Terapia de Reemplazo Nicotínico por ser efectivas. (Recomendación tipo 2).

La guía estadounidense realizó un MA que incluyó cuatro estudios comparando antidepresivos (Bupropión y Nortriptilina) contra placebo en pacientes con antecedentes de depresión. Los resultados del MA mostraron que el Bupropión y la Nortriptilina, aumentan las tasas de abandono a largo plazo (OR 3,42 IC 95% 1,70 - 6,84). Tener en cuenta que estos estudios incluyeron intervenciones psicosociales intensivas para todos los participantes.[3]

Se ha reportado asociación de la Vareniclina y Bupropión con depresión, agitación, ideación suicida y suicidio tanto en personas con antecedentes psiquiátricos como sin ellos.[102] Otros estudios no han mostrado mayor incidencia de efectos comportamentales adversos en la población general y en la incluida en ECA.[109,110] Se ha postulado que el riesgo de suicidio se relaciona con el tabaquismo en vez de las medicaciones recibidas.[111] Se recomienda evaluar antecedentes de comorbilidad psiquiátrica e ideación suicida y sopesar la relación riesgo/ beneficios al indicar estos fármacos. Al usarlos, se deben dar pautas de alarma acerca de la aparición de cambios en el humor y comportamiento, monitorearlos y suspenderlas en caso de producirse ese efecto adverso.

El Bupropión y la TRN pueden ser eficaces para el tratamiento del tabaquismo en pacientes con esquizofrenia, mejorar sus manifestaciones y los síntomas depresivos.[245,252-254] Los resultados de dos MA recientes coinciden en reportar que el Bupropión se acerca a triplicar las tasas de cesación al mes (OR 2,7 IC 95% 1,3 – 5,7) y a los 6 meses (RR 2,78 IC 95% 1,02 – 7,58) sin aparición de síntomas anímicos negativos o positivos.[255,256] Los pacientes tratados con antipsicóticos atípicos pueden responder mejor al Bupropión para el tratamiento del tabaquismo que los que utilizan otro tipo de antipsicóticos.[254] La evidencia actual es insuficiente para determinar si los fumadores con trastornos psiquiátricos pueden beneficiarse más de los tratamientos para el tabaquismo ajustados a sus trastornos/síntomas psiquiátricos que de los tratamientos estándar.[257,258] Se recomienda el seguimiento de la farmacocinética de los medicamentos psicoactivos que puede ser modificada por las medicaciones para dejar.[3] (Calidad de evidencia Alta)

Se sugieren las terapias comportamental y farmacológica en personas con abuso de sustancias, ya que presentan una prevalencia de tabaquismo mucho mayor que la población general, y sus consecuencias negativas se potencian. (Recomendación tipo 2)

En una revisión de la literatura que por su falta de homogeneidad no permitió hacer un MA, las tasas de cesación en adictos a sustancias varían en un 7% a 60% inmediatamente después de la intervención, y entre 13% y 27% a los 12 meses.[244] Tanto el tratamiento comportamental como la medicación son eficaces para los fumadores que están recibiendo tratamiento para la dependencia química.[244,259-261] Hay pocos datos de que las intervenciones para el tabaquismo interfieran con el abandono de otras adicciones.[58,260,262-266] Un estudio sugiere que la aplicación de intervenciones para dejar de fumar en forma simultánea a intervenciones para la dependencia del alcohol puede comprometer los resultados de abstinencia del alcohol, aunque no hubo diferencias en las tasas de abstinencia tabáquica.[267] Un MA de intervenciones breves simultáneas para reducir el alcoholismo y el tabaquismo no mostró que estas tengan impacto en reducir el consumo de tabaco.[268] (Calidad de evidencia Moderada)

INTERNADOS, CIRUGIAS, EPOC, CARDIOPATIA, VIH Y ONCOLÓGICOS.

RECOMENDACIONES PARA SITUACIONES CLINICAS ESPECIALES		
43	TIPO 2	Se sugiere en toda **persona internada** averiguar si fuma y registrarlo e intervenir intensivamente con consejería sobre cesación y ambientes libres de humo (ALH). Además, programar un seguimiento -al menos telefónico- durante el mes posterior al alta aumenta significativamente las tasas de abstinencia
44	TIPO 2	Se recomienda que los pacientes programados para **cirugía** sean alentados a dejar de fumar previamente a la operación ya que mejora su evolución postoperatoria
		COMENTARIO A R44: La sola internación aumenta la chance de cesación. Se recomienda incluir el status tabáquico en la historia clínica (ej: en la lista de problemas activos y en la epicrisis).
45	TIPO 2	Se sugiere el uso de TRN (excepto contraindicación médica) en toda **persona internada** con síntomas de abstinencia para lograr cesación durante la internación y tras el alta. Se sugiere precaución en su uso en pacientes internados en UTI y en Postoperatorios de Cirugía de Revascularización Miocárdica
46	TIPO 1	Se recomiendan las terapias comportamental y farmacológica (Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión) en la cesación tabáquica de pacientes con **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)** ya que son efectivos.
		COMENTARIO A 46: La EPOC es consecuencia directa del cigarrillo en el 80% de los casos. La cesación aumenta la sobrevida y la calidad de vida específicamente en esta situación clínica. Vareniclina: Si bien los estudios demuestran la eficacia de Vareniclina, existe evidencia que sugiere un mayor riesgo de efectos adversos cardiovasculares que requiere mayor investigación.
47	TIPO 1	Se recomienda intervenir en toda persona fumadora con **enfermedad cardiovascular** con terapia comportamental, ejercicio y medicaciones de primera línea (Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión) ya que son efectivas
		COMENTARIO A R47: el cigarrillo es el mayor factor de riesgo cardiovascular evitable. Se recomienda interrogar sobre consumo de tabaco y aconsejar la cesación –incluso de pocos cigarrillos-. Consumir cuatro cigarrillos por día duplica el riesgo de infarto agudo de miocardio. Vareniclina: Si bien los estudios demuestran su eficacia, existe evidencia que sugiere un mayor riesgo de efectos adversos cardiovasculares que requiere mayor investigación.
48	TIPO 1	Se recomienda aconsejar dejar de fumar e indicar tratamiento a los **fumadores VIH** (+) ya que esto mejora específicamente la sobrevida y la calidad de vida en personas con esta situación clínica.
49	TIPO 2	Se sugiere intervenir en fumadores con **patología oncológica** ya que la entrevista motivacional, la asociación de consejo y medicación son efectivos.
		COMENTARIO A R49: la cesación mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de aparición de un segundo tumor, mientras que seguir fumando se asocia a mayor toxicidad y menor efecto de quimioterapia.

RECOMENDACIÓN TIPO 1/RECOMIENDA: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

RECOMENDACIÓN TIPO 2/SUGIERE: se balancea con menor margen los riesgos y beneficios (ej. fármacos), o la evidencia no lo muestra con consistencia (ej. Intervención); la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas, plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

EVIDENCIA QUE SUSTENTA LAS RECOMENDACIONES R43 – R49

Se sugiere en toda persona internada averiguar si fuma y registrarlo e intervenir intensivamente con consejería sobre cesación y ambientes libres de humo (ALH). Además programar un seguimiento -al menos telefónico- durante el mes posterior al alta aumenta significativamente las tasas de abstinencia (Recomendación tipo 2)

Un meta-análisis que incluyó 33 estudios demostró que la consejería que incluía seguimiento de más de un mes se asoció a cesación (OR 1,65 IC 95% 1,44 a 1,90). La adición de tratamiento con terapia de reemplazo nicotínico o Bupropión implicó un beneficio marginalmente superior.[269] Las estrategias empleadas incluyeron tratamiento cognitivo/conductual en la mayoría de los estudios, folletos o videos de autoayuda, orientación telefónica y visitas durante la internación, y recordatorios en la historia clínica para los médicos y enfermería. Las intervenciones comportamentales se asocian a tasas de cesación significativamente más altas que el cuidado habitual en pacientes internados por eventos cardiovasculares graves, en particular si se prolongan al menos durante 3 meses de seguimiento (OR 1,62 IC 95% 1,17- 2,24). Se requiere tratar a 9 pacientes para lograr una cesación (Calidad de evidencia Alta).[270]

Se recomienda que los pacientes programados para cirugía sean alentados a dejar de fumar previamente a la operación ya que mejora su evolución postoperatoria (Recomendación tipo 2).

Un meta-análisis de 5 estudios mostró que intervenciones para promover la cesación tabáquica antes de la cirugía, se asociaron a menos aparición de complicaciones postoperatorias (RR 0,56 IC 95% 0,41 – 0,78) y a mayor tasa de cesación al año (RR 1,61 IC 95% 1,12- 2,33).[271,272] Las intervenciones intensivas son las que mayor beneficio reportaron.[271] Otro meta-análisis reciente de nueve trabajos no encontró evidencias de que dejar de fumar en las 8 semanas previas a la cirugía se asociara con complicaciones postoperatorias (RR 0,78 IC 95% 0,57 – 1,07).[273] Según otro MA el riesgo relativo (denotando efecto protector) para toda complicación es de 0,76 (IC 95% 0,69 – 0,84 I2= 15%), para complicaciones de la cicatrización de 0,73 (IC 95% 0,61 – 0,87, I_2: = 0%) y para complicaciones respiratorias 0,81 (IC 95% 0,70 – 0,93 I2:= 7%).[274] Por lo tanto se puede aconsejar la cesación a los pacientes en el tiempo próximo a la cirugía. Los resultados del MA antes citado indican que el riesgo se reduce un 19% por cada semana de cesación por lo que es de interés lograrlo lo más precozmente posible.[274] (Calidad de evidencia Alta)

Se sugiere el uso de TRN (excepto contraindicación médica) en toda persona internada con síntomas de abstinencia para lograr cesación durante la internación y tras el alta. Se sugiere precaución en su uso en pacientes internados en UTI y en Postoperatorio de Cirugía de Revascularización Miocárdica (Recomendación tipo 2)

En el meta-análisis antes citado se incluyeron 6 estudios que habían evaluado el uso concomitante de medicación y consejería en pacientes internados.[269] Cinco estudios habían usado TRN y uno sólo Bupropión. El Bupropión no fue superior al placebo. Por el contrario, agregar TRN al consejo aumentaba 47% las chances de dejar de fumar comparado con placebo o no usar drogas. El efecto no alcanzó significación estadística (OR 1,47 IC 95% 0,92 - 2,35) y no era compatible con el desempeño de la TRN en pacientes no internados. De todas formas la TRN podría estar indicada durante la internación no sólo para ayudar a dejar sino para tratar los síntomas agudos de abstinencia de nicotina. No existen trabajos con Vareniclina en internados. Dos estudios con limitaciones metodológicas sugieren que la TRN podría ser perjudicial en los pacientes de Terapia Intensiva y en el postoperatorio de Cirugía de Revascularización Miocárdica.[275,276] El Bupropión no demostró aumentar la tasa de cesación en internados con pacientes con síndrome coronario agudo.[277] (Calidad de evidencia Moderada)

Se recomiendan las terapias comportamental y farmacológica (Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión) en la cesación tabáquica de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ya que son efectivos. (Recomendación tipo 1)

La enfermedad pulmonar obstructiva es una de las consecuencias más graves del consumo de tabaco y puede atribuirse hasta el 80% de los casos al tabaquismo.[278] La cesación tabáquica es una de las medidas que han demostrado disminuir la mortalidad y la morbilidad, al disminuir la velocidad de deterioro de la función respiratoria.[279] Un MA de 9 ECA con seguimiento a un año estimó que las tasa de cesación en esta población son del 3,3% para la intervención breve, 6,4% para el tratamiento intensivo y 13,2% para la farmacoterapia (OR 2,4, 4,7 y 9,8 respectivamente comparados contra el cuidado habitual).[280] De forma similar, otro MA de ECA mostró que la combinación de tratamiento de modificación del comportamiento y la terapia de reemplazo nicotínico aumentaban de forma muy marcada las posibilidades de cesación (OR 5,08 IC 95% 4,32 - 5,97). La efectividad de este esquema podría estar sobreestimada porque ambos MA incluyeron un estudio con gran cantidad de pacientes.[281] La combinación de Bupropión y de tratamiento comportamental también resultaron efectivas (OR 3,32 IC 95% 1,53 - 7,21). El tratamiento de modificación comportamental aislado no demostró efectividad (OR 1,82 IC 95% 0,96 - 3,44) (Calidad de evidencia Alta).[282] Un ensayo clínico demostró efectividad de Vareniclina comparada con placebo en pacientes EPOC leves a moderados (OR 4,08 IC 95% 2,13 - 7,67). En este estudio se registró un evento cardiovascular grave en un paciente tratado, pero no se registraron otros efectos adversos significativos.[104] Se recomienda sopesar el beneficio de esta medicación con el riesgo de potenciales efectos adversos. (Calidad de evidencia Moderada)

Se recomienda intervenir en toda persona fumadora con enfermedad cardiovascular con terapia comportamental, ejercicio moderado y medicaciones de primera línea (terapia de reemplazo nicotínico y Bupropión) que son efectivas (Recomendación tipo 1)

El cigarrillo es el mayor factor de riesgo cardiovascular evitable y la cesación disminuye significativamente la mortalidad cardiovascular.[125,283] Se recomienda interrogar sobre consumo de tabaco y aconsejar la cesación –incluso de pocos cigarrillos- ya que el consumo de cuatro cigarrillos por día, duplica el riesgo de infarto agudo de miocardio.[50]

En los fumadores con comorbilidad cardiovascular demostraron efectividad las intervenciones psicosociales y el ejercicio.[284-292] La consejería se asoció a mayor cesación que el cuidado habitual en los resultados de un MA de 11 estudios (OR 1,97 IC 95% 1,37 – 2,85) y en otro de 14 estudios (RR 1,51 IC 95% 1,18 – 1,93).[293,294] Un MA de la colaboración Cochrane encontró que la eficacia de diversas estrategias era similar (apoyo comportamental: OR 1,69 IC 95% CI 1,33 – 2,14; apoyo telefónico: OR 1,58 IC 95% 1,28 – 1,97; materiales de autoayuda: OR 1,48 IC 95% 1,11 – 1,96).[295]

Entre los fármacos la nicotina en parches, chicles o inhalador y el Bupropión de liberación prolongada han demostrado efectividad, aunque en un estudio el efecto del Bupropión no fue significativo a largo plazo.[296-298] El MA antes citado evaluó 4 ECA de TRN y Bupropión encontrando que estos tratamientos farmacológicos aumentaban significativamente la tasa de cesación a 6 o 12 meses (OR 1,72 IC 95% 1,15 – 2,57).[293] Una revisión sistemática mostró que las tasas de abstinencia a 12 meses para el tratamiento activo en pacientes con enfermedad coronaria fueron: chicle de nicotina 27,3% , Bupropión 18,5%, inhalador bucal de nicotina 16,9%, parche de nicotina 11,1%, y terapia comportamental 20,0%.[296] (Calidad de evidencia Moderada). Como se mencionó previamente, un estudio de diseño de cohorte retrospectivo sugiere que la TRN podría ser perjudicial en los pacientes en postoperatorio de Cirugía de Revascularización Miocárdica.[276] Un ECA de Vareniclina en pacientes con enfermedad cardiovascular estable demostró efectividad (OR 3,14 IC 95% 1,93-5,11 para cesación al año).[105] En este estudio se produjeron 7% de eventos cardiovasculares en el grupo tratado y 5% en el grupo placebo, diferencia no significativa, pero que originó un alerta de la FDA sobre el riesgo de eventos cardiovasculares graves. (Calidad de evidencia Moderada) (ver comentario desarrollado de la R25)

Se recomienda aconsejar dejar de fumar e indicar tratamiento a los fumadores VIH (+) ya que esto mejora específicamente la sobrevida y la calidad de vida de personas en esta situación clínica. (Recomendación tipo 1)

Los fumadores VIH positivos tienen mayores tasas de mortalidad y peor calidad de vida que los pacientes positivos no fumadores.[299-302] Los fumadores con serología positiva para el VIH parecen tener mayor riesgo de presentar enfermedad neumocóccica invasiva e infecciones del sistema nervioso central que las personas no infectadas por el VIH.[300,303] Además, el tabaquismo en personas VIH (+) se asocia a mayor riesgo de infecciones oportunistas y neumotórax espontáneo.[304-307] Estos pacientes están más motivados para dejar de fumar en forma comparable a cualquier otra población.[308] En una encuesta realizada a 128 infectólogos en nuestro país, se

encontró que el 89% recomendaba dejar de fumar a sus pacientes pero sólo un 23% aplicaba estrategias de cesación.[309] La información sobre eficacia en esta población es escasa ya que ningún ECA la examinó a largo plazo. Un estudio de seguimiento de 3 meses indicó que la ayuda telefónica disminuía indicadores de ansiedad y depresión en pacientes HIV (+) en cesación.[310] Los resultados de un estudio piloto de un programa de cesación indican que los tratamientos eficaces también lo son en esta población.[311] (Calidad de evidencia Moderada)

Se sugiere intervenir en fumadores con patología oncológica ya que la entrevista motivacional, la asociación de consejo y medicación son efectivos (Recomendación tipo 2)

Es importante impulsar a los fumadores con cáncer a que dejen porque esto mejora la calidad de vida, disminuye el riesgo de desarrollar un segundo tumor y permite mejorar su sobrevida.[312-314] Seguir fumando se asocia a mayor toxicidad y menos efectos de los tratamientos.[315-317] Un MA demostró que los pacientes con estadios precoces de cáncer de pulmón que siguen fumando tienen mayor riesgo de mortalidad por todas las causas (IR 2,94 IC 95% 1,15 – 7,54) y recurrencia (IR 1,86 IC 95% 1,15 – 7,54). En pacientes con estadios limitados el seguir fumando se asoció además a mayor riesgo de desarrollo de un segundo tumor (HR 4,31 IC 95% 1,09 – 16,98).[318] La recaída en el tabaquismo se produce en un 42% de los pacientes con cáncer de pulmón.[319] La detección de un cáncer es un "momento de enseñanza" ideal, que puede aprovecharse para que proponer la cesación total, que es la medida que tiene el mayor impacto positivo. [320] En un ECA de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, la consejería administrada en 10 sesiones por enfermeras y el uso de medicación (TRN y/o Bupropión) produjeron un 47% de abandono del tabaco a 6 meses contra 31% con cuidados usuales (p<0.05)321. 5).[321] Los resultados de varios estudios indican que intervenciones motivacionales y de consejería telefónicas podrían promover la cesación en pacientes oncológicos de forma efectiva.[322, 323,324] Un MA de 8 ECA no demostró claramente la efectividad de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos a corto plazo (RR 1,04 IC 95% 0,74 – 1,47) y largo plazo (RR 1,18 IC 95% 0,78 – 1,78) para producir la cesación comparados con el cuidado habitual.[325] (Calidad de evidencia Moderada)

El Programa Nacional de Control del Tabaco ha elaborado manuales de autoayuda que pueden descargarse en www.msal.gov.ar/tabaco

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR EL SEGUIMIENTO

La recaída es un evento frecuente en la cesación y se recomienda preverla en el seguimiento.

Pueden ser necesarios múltiples intentos para alcanzar una cesación prolongada. La elevada motivación, el deseo de dejar en el periodo menor a un mes, la presencia de apoyo social y la autoconfianza se asocian a la abstinencia y son factores de buen pronóstico.

Los factores que se asocian a recaída incluyen: índices de dependencia física elevada, la presencia de estrés y comorbilidad psiquiátrica, otros fumadores en el hogar o en el ambiente social.[321]

No hay suficiente evidencia para recomendar ningún tipo de apoyo comportamental específico, aunque hay indicios que señalan que identificar y resolver las situaciones que llevan a fumar serían de utilidad (Tabla 7).

Otras estrategias potencialmente útiles son: el uso de múltiples formatos de intervención, el aumento del tiempo y del número de visitas de seguimiento, y la extensión del tratamiento farmacológico.[326] Es útil que el equipo de salud siga alentando la cesación total o ayude a fijar un nuevo intento en caso de recaída.

Tabla 7: Estrategias de intervención en personas que dejaron de fumar recientemente.

FELICITAR POR TODO ÉXITO Y ESTIMULAR A MANTENERSE ABSTINENTE

Utilizar preguntas abiertas para facilitar la expresión de aspectos relevantes del abandono:

- Beneficios: para la salud y bienestar; el logro, la independencia al no fumar, económicos, sociales, familiares y otros. **Cada aspecto del éxito:** duración sin fumar, sobrellevar la abstinencia, la ventaja de haberse manejado adecuadamente. Haber pedido ayuda. Haber aprendido. Creatividad para vencer el craving, etc.
- Aspectos negativos vinculados a la abstinencia o de falta de soporte social: cambios en el ánimo, aumento de peso, convivencia con fumadores, coincidencia con eventos estresantes.
- Comprobar el uso correcto de la medicación (si la está tomando): dosis, horarios, efectos adversos, etc.

PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LOS EXFUMADORES Y EJEMPLOS DE CONSEJERÍA

Falta de apoyo para dejar de fumar:

- Programar visitas o llamadas telefónicas de seguimiento
- Animar a que llame a la línea telefónica de ayuda 0800-999-3040
- Ayudar a la persona a identificar apoyo en su entorno
- Derivarlo a asesoramiento intensivo individual o grupal

Estado de ánimo negativo y depresión:

- Evaluar la intensidad de los síntomas
- Ofrecer derivación o tratamiento según los casos

Síndrome de abstinencia intenso o prolongado:

- Intensificar la consejería y las estrategias farmacológicas: actividad física, tomar agua, actividades relajantes, asociar fármacos, aumentar dosis, etc.

Ganancia de peso:

- Recomendar el inicio o el incremento de actividad física.
- Tranquilizar y explicar que puede haber una leve ganancia de peso autolimitada.
- Insistir en que es más importante lo que está ganando al dejar de fumar.
- Recomendar una alimentación sana y saludable. Sugerir sustitutos de bajas calorías (caramelos y chicles).
- Mantener los fármacos que retrasan la ganancia de peso (Bupropión, chicles de 4 mg de Nicotina y comprimidos dispersables de Nicotina).
- Derivar a un especialista en nutrición.

Recaídas puntuales (deslices):

- Repasar el uso continuo de la medicación.
- Animar a retomar el objetivo de abstinencia completa.
- Tranquilizar a la persona ya que es frecuente que ocurra un desliz, incluso en procesos exitosos.
- Tomarlo como aprendizaje.
- Ofrecer derivación a tratamiento intensivo.

ANEXOS

ANEXOS 1 a 6: ELABORACIÓN DE LA GUÍA

ANEXO 1: Consenso y Jerarquización de las Preguntas Clínicas con formato PICO.

Las Preguntas Clínicas (PC) son la matriz metodológica tanto de la búsqueda sistemática y tabla de evidencia, como de la redacción de las recomendaciones. La estructura de las PC comprende: **P**aciente/ población, **I**ntervención, **C**omparación, **O**utcome-Resultado (PICO) (Tabla A.1.).[9,327] El tipo de pregunta se refiere al alcance: promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento. En nuestro caso, la mayor parte de las PC fueron de tratamiento.

Tabla A. 1: matriz de preguntas clínicas PICO

DEFINICION/ ALCANCE/ TIPO DE PREGUNTA	PACIENTE/ POBLACION/ PROBLEMA	INTERVENCION	COMPARACION CON OTRA INTERVENCION	OUTCOME RESULTADO	VALORACION/
Definición	Población o problema al cual nos referimos	Intervención o factor de exposición que es de interés	Comparación con otra exposición si corresponde	Resultado de interés	
Consejo	Descripción de un grupo de pacientes similares al de interés en realizar mi recomenda-	¿Cuál es el principal aspecto/acción o intervención en la que usted está interesado? (ej. Causa, diagnóstico o tratamiento)	¿Cuáles son las otras opciones o alternativas que	¿Qué esperamos que suceda en el paciente?	

Se elaboraron las PC en forma sistemática. Fueron generadas en consonancia con las aéreas clínicas relevantes de los alcances y objetivos, usuarios y destinatarios. Se consensuaron veintiséis preguntas clínicas. Estas fueron jerarquizadas mediante la aplicación de una matriz de criterios ponderados para la identificación de las PC relevantes en base a su prioridad.

En una redacción más amena, las PC seleccionadas fueron:

¿Cuál es la efectividad de que se **interrogue y registre** el estado de fumador en cada contacto con el equipo de salud? ¿Cuál es la eficacia del Consejo de cesación del equipo de salud?
¿Cuáles son las estrategias **motivacionales** efectivas **(entrevista motivacional, mediciones biológicas)** para producir un intento de dejar de fumar?

¿Cuál es la eficacia de las intervenciones basadas en **las etapas de cambio?**
¿Cuáles son los **formatos e intervenciones** efectivos en cesación: **individual, grupal, materiales escritos, intervención breve, intervención intensiva, líneas telefónicas, páginas web y mensajes de texto?**
¿Cuáles son las estrategias efectivas y **seguras** para el tratamiento de embarazadas y personas con enfermedades asociadas relacionadas: **respiratorias, cardiológicas, internados, quirúrgicos,** con antecedentes de enfermedad **psiquiátrica y adictos?** ¿ Cual es el beneficio de la cesación en fumadores con **neoplasias**, VIH)?
¿Cuál es la efectividad de los tratamientos **farmacológicos individualmente y combinados?**
¿Cuál es la **duración** efectiva del tratamiento farmacológico para la cesación? ¿Es recomendable tratar **farmacológicamente a los fumadores de pocos cigarrillos?**

¿Cuáles son los tratamientos que **no recomienda** la GPC ya sea por evidencia de ineficacia o por falta de evidencia?
¿Cuál es la eficacia del **ejercicio** en la cesación?
¿Cuáles son las intervenciones efectivas para limitar **aumento de peso asociado a la cesación?**
El comparador fue el cuidado habitual (o la no intervención). El resultado principal de medida de efectividad fue la tasa de cesación a 6 o más meses (criterios de Russell) eligiéndose de estar disponible el criterio más estricto (ej. validación bioquímica)[8]. Para algunas situaciones se incluyeron resultados clínicos referentes a la calidad de vida. Las preguntas fueron presentadas y discutidas por el panel de expertos.

ANEXO 2. Valoración de los potenciales conflictos de intereses: Panel de consenso. Declaración de independencia Editorial: Equipo Técnico Elaborador.

Un conflicto de interés existe cuando el juicio profesional referente a un interés primario (tal como el bienestar del pacientes o la validez de los resultados de la investigación) puede ser influenciado por un interés secundario (tal como el beneficio financiero o rivalidad personal).
Existe un conflicto de interés cuando el profesional experto (o alguien con quien la/el experto/a mantiene una relación personal cercana) o la institución en la cual trabaja, posee algún interés financiero o de otra naturaleza que podría influenciar su opinión.
Cuando se decide participar en la elaboración de una guía de práctica clínica, se asume la responsabilidad de revelar todas las relaciones personales y económicas que puedan influir en las recomendaciones de la misma.
Cada uno de los integrantes del panel señaló explícitamente si existen o no conflictos potenciales con un cuestionario específico a tal fin con la validez de declaración jurada.

En el cuestionario se valoraron los últimos cinco años:

1. Si ha aceptado de alguna organización o entidad comercial que pueda verse afectada financieramente por los resultados de las recomendaciones de la GPC:
Reembolso por concurrir algún simposio o evento científico relacionado con el tema de la guía; honorario para dictar una conferencia o charla relacionado con el tema de la guía; honorario para la educación dentro de la organización relacionado con el tema de la guía; fondos/ beca / subsidio para realizar alguna investigación relacionada con el tema de la guía; honorarios por consultas o asesoramiento relacionado con el tema de la guía.

2. Si ha sido contratado por alguna organización que pueda verse afectada financieramente a partir de las recomendaciones de la GPC, si posee acciones o bonos de alguna organización o entidad comercial que pueda verse afectada financieramente a partir de las recomendaciones de la GPC.

3. Si posee propiedad actual de una droga, tecnología o proceso (ejemplo: posesión de patente) que sea parte del tema a tratar o esté vinculado a éste.

4. Si en los últimos cinco años ha actuado como experto/consultor/director u otra posición, remunerado o no, en entidades comerciales que tenga intereses en el tema a tratar, o una negociación en curso referida a perspectivas de empleo, u otra asociación.

5. Si tiene otros intereses financieros competentes

6. Otra clase de conflictos de intereses:

   - Una relación cercana con alguna persona que pueda tener ciertos intereses en la publicación de su estudio o revisión.
   - Una relación de compañerismo o rivalidad académica con alguna persona que pueda tener ciertos intereses en la publicación del estudio o revisión.
   - Ser miembro de un grupo político o de interés especial que pueda tener ciertos intereses en la publicación del estudio o revisión.
   - Una convicción personal o religiosa profunda que pudo haber afectado la publicación del estudio o revisión.

VALORACION:

Diecinueve miembros del panel, contestaron que NO a TODOS los ítems. En dos casos, refirieron antecedente de participación breve en algún ensayo clínico en (2006 y 2007 en cada caso) y declararon que no estaba vigente ese vínculo ni que influenciaba en su participación.

Declararon vigencia de algún vínculo de financiamiento: tres participantes por honorarios en disertaciones y un participante por funciones secundarias en un ensayo clínico. Estos profesionales participaron en distintos subgrupos en el consenso formal (Grupo Nominal). De este modo se favoreció la participación de distintos sectores y la neutralización de potenciales conflictos de intereses.
Por otra parte, los traslados desde el interior del país fueron cubiertos por el Ministerio de Salud de la Nación.
Las declaraciones individuales se encuentran disponibles en la Dirección de ENT.

DECLARAÇION DE INDEPENDENCIA EDITORIAL: EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR

Esta guía fue impulsada y realizada por el Ministerio de Salud de la Nación. El equipo técnico elaborador está compuesto por consultores propios y consultores externos. Se declara que el equipo técnico gozó de independencia editorial en la redacción de las recomendaciones.

ANEXO 3. Búsqueda sistemática y análisis de la evidencia: AGREE + SIGN

1. Estrategias de búsqueda de GPC y criterios de inclusión

Se realizó una búsqueda sistemática de Guías internacionales disponibles en castellano e inglés. La misma se realizó por internet utilizando los descriptores "smoking cessation" y "guidelines", "tabaquismo", "cesación", "guías" inicialmente se tomó el periodo 2005-2011. Los resultados fueron revisados de manera independiente por dos metodólogos, con el objeto de identificar los trabajos potencialmente relevantes. En el caso de guías que actualizaban documentos previos, se revisaron los documentos originales.
Se utilizaron varios motores de búsqueda: Google
http://www.google.com.ar/
Google Académico
http://scholar.google.com.ar/
Pubmed
http://www.pubgle.com/buscar.htm
Pubgle
http://www.pubgle.com/buscar.htm
Trip Database
http://www.tripdatabase.com/
National Guideline Clearinghouse.
www.guidelines.gov
Excelencia Clínica
http://www.excelenciaclinica.net/index.php/search
Centre for Evidence Based Medicine
http://www.cebm.net
Guías de Práctica Clínica en el Centro Nacional de Salud (España)
http://www.guiasalud.es/home.asp
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
http://www.sign.ac.uk/
Atención Primaria en la Red
http://www.fisterra.com/
Guidelines International Network
http://www.g-i-n.net
International Network of Agencies for Health Technology Assessment
http://www.inahta.org/
Evaluación de Tecnologías de la Salud (Chile).
http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_temas/g_evaluacionde_tecnologias_delasalud/guiasmetodologicas.html.
La búsqueda inicial devolvió un alto número de resultados (1.040.000 en la búsqueda de Google). En un primer examen, se descartaron duplicaciones y sitios espejo; y se descargaron los documentos disponibles en texto completo. Se complementó con revisión manual de materiales aportados por los expertos temáticos. Se obtuvieron 250 documentos potencialmente adecuados. Se individualizaron 62 documentos de especial relevancia (GPC, RS y MA). Ante la gran cantidad de documentación disponible se ajustó la búsqueda de GPC al periodo 2007-2011 ya que la mayoría de las guías internacionales fueron actualizadas en este período y coincide con la introducción de nuevas herramientas farmacológicas. De 50 documentos identificados, 35 eran GPC y fueron objeto de la revisión crítica (Tabla A. 2 y Tabla A. 3).

Tabla A. 2:

Criterios de Inclusión de GPC (todos los criterios debían estar presentes).
a) Documentos que contengan recomendaciones explícitas para el tratamiento del tabaquismo en el primer nivel de atención. b) Documentos que en su título o resumen contengan al menos uno de los siguientes términos: "Guía", "Guía de Práctica Clínica", "Recomendaciones", "Consenso" para los documentos en castellano y "Guideline", "Clinical Practice Guideline", "Recommendations", "Consensus" para los documentos en inglés. c) Documentos cuya fecha de elaboración sea igual o mayor al año 2007.
Criterios de Exclusión de GPC (sólo uno de estos criterios fue razón de exclusión):
d) Documentos no disponibles en idioma español o inglés. e) Documentos cuya versión completa no pueda ser recuperada. f) Documentos que constituyan revisiones narrativas de la literatura elaborados por uno o más autores, estudios de prevalencia, observacionales o experimentales.

Tabla A. 3:

	Título	País de origen	Año	Institución de origen
1	Treating Tobacco Use and Dependence	EE.UU.	2008	U.S. Department of Health and Human Services[3]
2	Tabaquismo. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica	España	2008	Sociedad Científica Española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías[328]
3	Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy	Unión Europea	2007	European Respiratory Society[329]
4	Smoking Cessation and smokefree environment for tuberculosis patients	Francia	2010	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease[330]
5	How to stop smoking in pregnancy and following childbirth (PH 26)	Reino Unido	2010	National Institute for Health and Clinical Excellence[234]
6	Integrating smoking cessation into daily nursing practice	Ontario, Canadá	2007	Registered Nurses Association of Ontario[62]
7	Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo	Uruguay	2009	Ministerio de Salud Publica[331]

8	Guía Nacional para el Manejo del Tabaquismo	Paraguay	2010	Programa Nacional de Control del Tabaquismo. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social[332]
9	Smoking Cessation Update	Escocia, Reino Unido	2007	Health Scotland and action on smoking & health Scotland[333]
10	Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces. (PH10)	Reino Unido	2008	National Institute for Health and Clinical Excellence[334]
11	Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar	España	2009	Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo[335]
12	Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación	España	2008	Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica[336]
13	Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia	CABA, Argentina	2010	Ministerio de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires[337]
14	Smoking Cessation Guidelines	Nueva Zelanda	2007	Ministry of health[164]
15	Varenicline for smoking cessation (TA 123)	Reino Unido	2010	National Institute for Health and Clinical Excellence[338]
16	Smoking cessation pharmacotherapy: an update for health professionals	Australia	2009	The Royal Australian College of General Practitioners[339]
17	Clinical Practice Guideline on Smoking Cessation	Portugal	2008	Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência[340]
18	Guía nacional de abordaje técnico al tabaquismo	Perú	2010	Colegio médico del Perú[341]
19	Dynamic Guidelines for Tobacco Control in Canada	Canadá	2008	Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment[342]

20	Smoking Cessation. Clinical practice guidelines	Virginia, EE.UU.	2009	Virginia premier health plan, Inc.[343]
21	A guide to smoking cessation in Scotland. Helping smokers to stop. Brief interventions	Escocia, Reino Unido	2010	Health Scotland and Action on Smoking & Health Scotland[344]
22	Smoking Cessation During Pregnancy: Guidelines for Intervention	Washington, EE.UU.	2009	Washington State Department of Health[345]
23	Tabaquismo. Abordaje en atención primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia	Andalucía, España	2007	Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria[346]
24	Smoking Cessation Guidelines	Brasil	2008	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia[347]
25	Counseling and Interventions to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease in Adults and Pregnant Women	EE.UU.	2009	U.S. Preventive Services Task Force[348]
26	Smoking cessation in HIV-infected patients	New york, EE.UU.	2008	New York state department of health AIDS Institute[349]
27	Guideline for Tobacco Cessation and Secondhand Smoke Exposure	Colorado, EE.UU.	2009	Colorado Clinical Guidelines Collaborative[350]
28	Actualizaciones latinoamericanas sobre prevención y tratamiento del tabaquismo	América Latina	2010	Asociación latinoamericana del tórax[351]
29	Guidelines for clinical care. Smoking cessation	Michigan, EE.UU.	2009	University of Michigan Health System[352]
30	Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar	La Rioja, España	2010	Gobierno de La Rioja[353]
31	Guía de tabaquismo para enfermería	España	2009	Enfertabac[354]

32	Guía del tabaquismo	España	2011	Fisterra[355]
33	Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España	España	2008	Comité nacional para la prevención del tabaquismo. Ministerio de sanidad y consumo[356]
34	Brief intervention and referral for smoking cessation in primary care and other settings (PH1)	Reino Unido	2010	National Institute for Health and Clinical Excellence[63]
35	Smoking Cessation During Pregnancy Guide	EE.UU.	2011	American College of Obstetricians and Gynecologists[357]

2. Revisión Crítica de las GPC: Calidad por método AGREE y pertinencia.

La **calidad** de las GPC fue evaluada utilizando el método AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Este instrumento ha sido validado como un marco sistemático para el análisis de los componentes claves de la calidad de las guías.[39] Distingue seis áreas que suman 23 criterios: (1) alcance y objetivo; (2) participación de los implicados; (3) rigor en la elaboración; (4) claridad y presentación; (5) aplicabilidad e (6) independencia editorial. Las GPC fueron calificadas en estos 23 criterios por tres observadores independientes (Fig. A. 1). Los resultados de la evaluación fueron volcados en una planilla de Excel ®. Los desacuerdos entre los evaluadores fueron resueltos por consenso. Aquellas GPC cuyo puntaje estandarizado superó al 60% en cuatro o más dominios –entre ellos "rigor en la elaboración" – y fue mayor al 30% en los restantes, fueron consideradas "muy recomendadas" y utilizadas como insumos de esta guía.[9] (Figuras A. 2)

Guías muy recomendadas

- Treating Tobacco Use and Dependence.[3]
- How to stop smoking in pregnancy and following childbirth. NICE (PH 26).[234]
- Integrating smoking cessation into daily nursing practice.[62]
- Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. NICE (PH10).[334]
- Varenicline for smoking cessation NICE (TA 123).[338]
- Brief intervention and referral for smoking cessation in primary care and other settings NICE (PH1).[63]

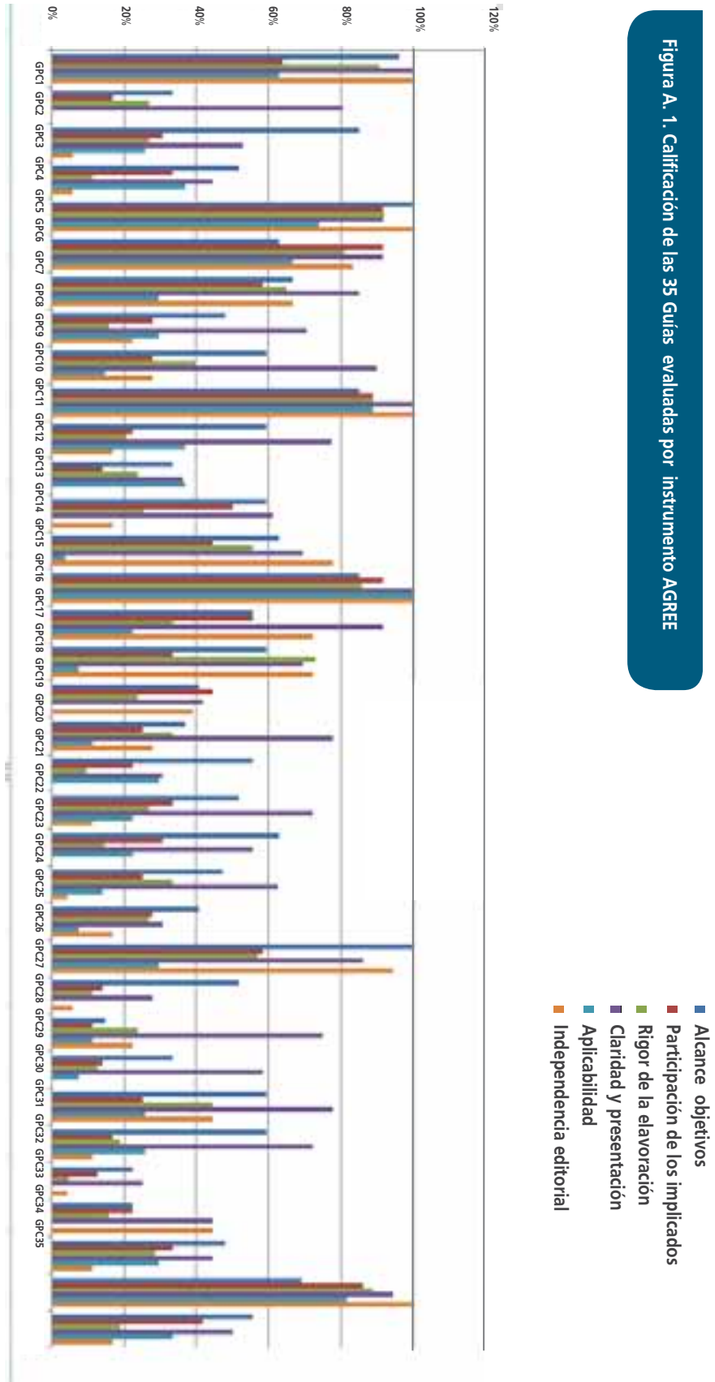
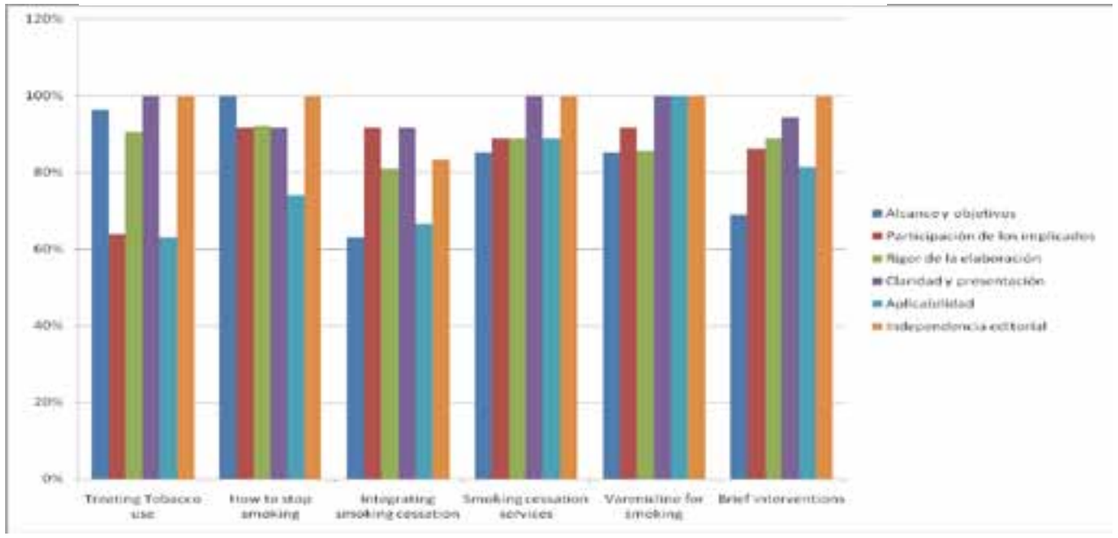


Figura A. 1. Calificación de las 35 Guías evaluadas por instrumento AGREE

Figura A. 2: Puntaje según el instrumento AGREE de las guías altamente recomendables



Se analizó su **pertinencia** conforme a los objetivos y alcances planteados para la Guía en desarrollo. La pertinencia depende de la concordancia para la población, el ámbito y el tipo de intervención entre las GPC y la guía en elaboración. Este análisis fue realizado por dos metodólogos independientes utilizando un instrumento que contiene cada uno de los componentes y emplea una escala de concordancia del 0 al 2 (0 = ausente; 1 = baja; 2 = elevada).[9] Las situaciones de diferencia de criterio entre los dos revisores, fueron resueltas por consenso informal.

A partir de allí se trabajo con las de más alta calidad y pertinentes. Las mismas, junto con revisiones sistemáticas y meta-análisis, fueron utilizadas para responder las Preguntas clínicas en la **tabla de evidencia** utilizando un instrumento adaptado por la Guía de la Academia Nacional de Medicina.[9,358]

3. Búsqueda sistemática y Revisión Crítica de MA y RS (SIGN).

La respuesta a las preguntas clínicas fue completada con la búsqueda de RS y MA relevantes.
Los motores de búsqueda principales fueron Google Scholar y Pubmed utilizando los términos "meta-analysis AND smoking cessation" para cada la palabra clave (intervención), de cada pregunta clínica Se incluyeron aquellos documentos posteriores al año 2005, accesibles en texto completo en inglés o español (Tabla A.4. y Fig. A. 3.).

Tabla A. 4:

Criterios de Inclusión de Meta-análisis (todos los criterios debían estar presentes).
a) Publicación en el año 2005 o posterior. b) MA referidos a la eficacia de intervenciones en el tratamiento del tabaquismo. c) MA que informan tasa de cesación. d) MA que informan la medida de efecto de la intervención en forma de OR o RR.
Criterios de Exclusión de MA (sólo uno de estos criterios fue considerado razón suficiente para excluir el MA):
e) Documentos no disponibles en idioma español o inglés. f) Documentos cuya versión completa no pueda ser recuperada. g) Documentos que constituyan revisiones narrativas de la literatura elaborados por uno o más autores o que no incluyan resultados originales.

Se seleccionaron setenta y seis revisiones sistemáticas y meta-análisis que fueron evaluados formalmente mediante el instrumento SIGN (Tabla A.7).[41] A estos se sumaron siete MA anteriores a 2005 en los que se basaban algunas recomendaciones de las GPC seleccionadas (Tabla A.5). En el caso de discrepancia de criterios, estas fueron resueltas mediante análisis formal de las RS y por consenso del Equipo Elaborador. Estos estudios se emplearon como insumos y complementaron a las Guías muy recomendadas.

Figura A. 3: Flujograma de resultados de la búsqueda sistemática de MA

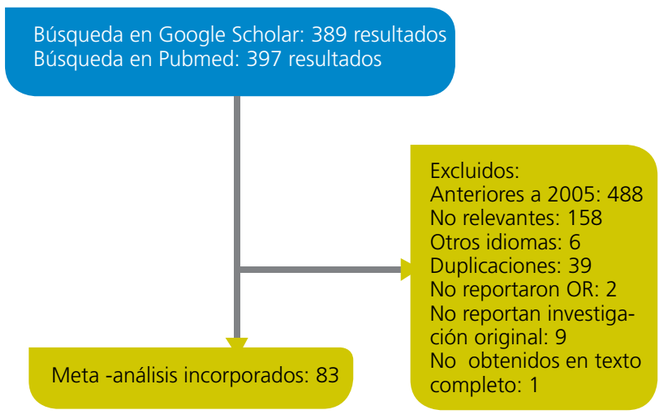


Tabla A. 5: Meta-análisis incluidos como insumo de la Guía

Primer autor del MA	Calidad metodológica
Aziz[270]	Buena
Bancej[201]	Buena
Barnes[159]	Buena
Barth[295]	Buena
Bize[160]	Buena
Bize[68]	Buena
Cahill[95]	Buena
Cahill[60]	Buena
Cahill[157]	Buena
Civljak[84]	Buena
David[155]	Buena
Dennis[228]	Regular
Dhippayom[132]	Regular
Eisenberg[89]	Buena
Eisenberg[293]	Regular
Etter[90]	Buena
Etter[150]	Regular
Filion[229]	Buena
Gierisch[247]	Buena
Gourlay[131]	Buena
Grimshaw[203]	Buena
Hajek[161]	Buena
Heckman[66]	Buena
Hettema[67]	Buena
Hoogendoorn[280]	Buena
Hughes[93]	Buena
Hughes[101]	Buena
Hughes[156]	Buena
Huttunen-Lenz[294]	Buena
Kim[133]	Buena
Kimura[97]	Buena
Lai[65]	Buena
Lancaster[47]	Buena
Lancaster[77]	Buena
Lancaster[87]	Buena
Lancaster[152]	Buena
Lancaster[153]	Buena
Lindson[76]	Buena
Ludvig[296]	Regular
Lumley[235]	Buena
McCambridge[268]	Regular
Mills[274]	Buena
Mills[94]	Buena
Mills[92]	Buena
Mottillo[75]	Buena
Myers[273]	Buena
Myung[82]	Buena
Myung[96]	Buena
Naughton[224]	Buena
Nayan[325]	Regular
Pan[74]	Regular
Park[359]	Buena
Parsons[143]	Buena
Parsons[318]	Buena
Perkins[100]	Buena
Prochaska[58]	Buena
Ranney[227]	Buena
Rice[49]	Buena
Riemsma[59]	Buena
Rigotti[269]	Buena
Sandoya[120]	No evaluable
Shah[129]	Buena
Shahab[83]	Buena
Singh[115]	Buena
Spring[144]	Buena
Stead[48]	Buena
Stead[78]	Buena
Stead[80]	Buena
Stead[154]	Buena
Stead[91]	Buena
Strassmann[282]	Buena
Sussman[202]	Buena
Thomsen[272]	Buena
Thomsen[271]	Buena
Tonstad[109]	Buena
Tsoi[255]	Buena
Tzelepis[81]	Buena
Ussher[134]	Buena
Wagena[130]	Buena
Weiner[256]	Buena
White[158]	Buena
Whittaker[85]	Buena
Wu[88]	Buena

ANEXO 4. Elaboración de las Recomendaciones y Sistema GRADE de valoración de la evidencia y fuerza de las recomendaciones (http://www.gradeworkinggroup.org/)

Las recomendaciones se elaboran como respuesta a las PC. Según la concordancia con las recomendaciones de las guías seleccionadas, se distinguen tres **Tipos de preguntas clínicas**[10]:

Tipo 1: pueden ser respondidas mediante la **ADOPCIÓN** directa de las recomendaciones:
Responde en forma clara a la PC; es concordante con las recomendaciones contenidas en otras guías; está sustentada en evidencia de alto grado; existe una baja o nula probabilidad de que una nueva evidencia la modifique sustancialmente; está claramente formulada y no es ambigua; es aplicable al contexto local.

Tipo 2: pueden ser respondidas mediante la **ADAPTACIÓN** de recomendaciones (elaboración parcial). No la responde una recomendación pero si una RS; ligeras incongruencias entre guías, redacción poco clara, etc.

Tipo 3: pueden ser respondidas mediante elaboración de **NOVO**
No cumplen los requisitos de las anteriores. Requiere una búsqueda sistemática específica, selección, apreciación crítica y síntesis a partir de estudios primarios.

La tabla de evidencia, se construyó transcribiendo tanto la recomendación (GPC), como la evidencia (GPC, MA-RS, referencias bibliográficas, tipo de estudio, comentarios de posibles sesgos o limitaciones de los estudios) que respondían total o parcialmente a cada PC. En el 73% de las PC se realizó ADOPCION de recomendaciones. En las restantes fue adaptación con búsqueda de RS-MA que las sustentaran. Sólo una pregunta requirió de elaboración de NOVO. Así se pudieron responder todas las preguntas clínicas e identificar recomendaciones AGER.

Sistema de valoración de la evidencia: GRADE

La **calidad de la evidencia** indica hasta qué punto podemos confiar en que el estimador del efecto es correcto, y la **fuerza de una recomendación** significa hasta qué punto podemos confiar en que poner en práctica una recomendación conllevará más beneficios que riesgos. El GRADE propone realizar juicios secuenciales acerca de: 1) La calidad de la evidencia de los diferentes estudios para cada uno de los resultados importantes; 2) Los resultados clave para una decisión; 3) La calidad global de la evidencia para estos resultados clave; 4) El balance entre beneficios y riesgos y, 5) La fuerza de las recomendaciones.
La **fuerza de las recomendaciones**, resultará de consideraciones acerca de la evaluación de los 4 criterios: las variables de resultado claves, la calidad de la evidencia, el balance entre beneficios y riesgos, la contextualización de la evidencia a las circunstancias específicas (valores y preferencias), la incertidumbre sobre el riesgo basal, así como la consideración de los costes (utilización de recursos). Las categorías de recomendaciones sugeridas por GRADE son: Hazlo (do it), probablemente hazlo (probably do it), no recomendación, probablemente no lo hagas (probably don't do it), no lo hagas. (don't do it).

Tabla A. 6: Representación de la calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación según el GRADE[1]

CALIDAD DE LA EVIDENCIA	
Alta calidad	⊗⊗⊗⊗
Moderada calidad	⊗⊗⊗ O o B
Baja calidad	⊗⊗ OO o C
Muy baja calidad	⊗ OOO o D
FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	
Recomendación fuerte para el uso de una intervención	↑↑ o tipo 1
Recomendación débil para el uso de una intervención	↑ ? o tipo 2
Recomendación débil contra el uso de una intervención	↓ ? o tipo 2
Recomendación fuerte contra el uso de una intervención	↓↓ o tipo 1

El sistema GRADE permite calificar de forma independiente la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación ya que no sólo la calidad de la evidencia incide en la fuerza de una recomendación. Las recomendaciones FUERTES (tipo 1), son aquellas que cumplan con todas las siguientes condiciones:
C1: Basarse en evidencia de alta calidad (AGER)
C2: Estimar un balance positivo entre los beneficios para los pacientes que traerá aplicar la recomendación y los riesgos con los que puede asociarse
C3: Estimar que la recomendación será aceptable para los pacientes a los cuales se aplicará
C4: Estimar que la aplicación de la recomendación se asociará a un incremento nulo, leve o moderado del uso de recursos, que el sistema de salud podrá asumir y sustentar.

Tabla A. 7: Definición y alcance de las recomendaciones tipo 1 (fuertes) y 2 (débiles)[1]

Grado de la recomendación/ descripción	Beneficio contra riesgo y costos	Implicancias para la práctica clínica	Implicancias para los pacientes	Implicancias para la salud pública
TIPO 1 Recomendación fuerte RECOMIENDA	El balance beneficio/riesgo y de uso de recursos es claramente	La recomendación se aplica a la mayoría de los pacientes	La mayoría de las personas querrían recibir la intervención y sólo una minoría no lo querría	La recomendación puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones
TIPO 2 Recomendación débil SUGIERE	El balance beneficio/riesgo y de uso de recursos tienen un margen estrecho	La mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad. Ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores	La mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos no lo querrían	Es necesario un debate sustancial con la participación de todos los interesados

VALORACION DE LOS CRITERIOS DEL GRADE POR EL PANEL:

Se constituyó un panel de consenso por profesionales del equipo de salud de distintas profesiones, especialidades y regiones del país. El C1 se valoró por vía virtual de marzo a mayo del 2011.
Los criterios C2, C3 y C4 se valoraron mediante técnica de GRUPO NOMINAL para el Consenso Formal. Los participantes del PANEL fueron aleatorizados por estratificación en cinco grupos de cinco a seis personas cada uno. Por razones de fuerza mayor, tres participantes lo hicieron a distancia por internet.

VALORACION DEL CRITERIO 1 (C1) La calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia fue analizada inicialmente por el equipo elaborador (AGREE + SIGN). Se disponía de MA de alta calidad para responder la mayoría de las preguntas clínicas.

La calificación del SIGN se basa principalmente en el diseño del estudio y la calidad metodológica (Tabla A.8.) y fue compatibilizado con los criterios del GRADE. Los aspectos en los que se basa la evaluación del GRADE son el diseño, la calidad metodológica, la consistencia y si la evidencia es directa o indirecta. (Tabla A. 9.)

El **diseño del estudio** se refiere al tipo de estudio: se considera que la calidad de la evidencia es alta para el Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) y baja para los estudios observacionales.

La **calidad metodológica** hace referencia a los métodos utilizados y a su realización para cada resultado. La valoración de la evidencia puede bajar en (-1) (-2), en función de las limitaciones metodológicas de los ECA; y aumentar o disminuir en el caso de los estudios observacionales.

La **consistencia** se refiere a la similitud en las estimaciones del efecto entre los estudios para las variables de resultado. Si hay inconsistencias importantes sin una causa que lo explique, la calidad puede igualmente disminuir (-1).

El tipo de **evidencia directa o indirecta** indica hasta qué punto los sujetos, las intervenciones, las comparaciones y los resultados de los estudios son similares a la pregunta de nuestro interés. En el caso de existir algún grado de incertidumbre acerca de si la evidencia es directa, se disminuye una o dos categorías. Otros aspectos que podrían disminuir la calidad de la evidencia son disponer de datos imprecisos y sospechar un sesgo de información (reporting bias). (Tabla A. 4).

Tabla A. 8: Niveles de evidencia acorde al grupo SIGN[41]

NIVEL DE EVIDENCIA	DISEÑO DE ESTUDIO
1 ++	MA de alta calidad, RS de ECA, o ECA con muy bajo nivel de sesgo
1 +	MA bien realizados, RS o ECA con bajo riesgo de sesgo
1 -	MA, RS o ECA con alto riesgo de sesgo
2 + +	RS de alta calidad de estudios de cohorte o de casos y controles
2 +	Estudios de casos y controles o de cohorte con bajo riesgo de confusión estadístca o sesgo y moderada probabilidad de que la relación sea causal
2 -	Estudios de casos y controles o de cohorte con alto riesgo de confusión estadística o sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos (ej. series de casos, reporte de casos)
4	Opinión de expertos

Tabla A. 9: Criterios GRADE para evaluar la calidad de la evidencia.[42]

Calidad de la evidencia	Diseño de estudio	Disminuir si*	Aumentar si*
Alta	ECA	Importante (-1) o muy importante (-2) limitación de la calidad del estudio Inconsistencia importante (-1) Alguna (-1) o gran (-2) incertidumbre acerca de la que evidencia sea directa Datos escasos o imprecisos (-1) Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1)	Asociación: evidencia de una fuerte asociación: RR > 2 ó < 0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1). Evidencia de una muy fuerte asociación RR > 5 ó < 0,2 basada en evidencia sin posibilidad de sesgos (+2) Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Moderada			
Baja	Estudio observacional		
Muy baja	Cualquier otra evidencia		

Como puede apreciarse en el cuadro GRADE, el grado más alto de calidad corresponde al diseño de ECA y no contempla los MA. Se compatibilizaron ambas clasificaciones para incluir alto nivel de calidad que reflejan los MA: MA con resultados congruentes, un MA de alta calidad sin otros MA con resultados contradictorios o ECA de muy buena calidad y el nivel moderado MA con resultados mutuamente contradictorios y MA y/o ECA con limitaciones metodológicas.
Todos estos componentes descritos clasifican la calidad de la evidencia para cada variable de resultado. La calidad de la evidencia es un juicio acerca de la fuerza con la que confiamos en que las estimaciones del efecto son correctas. El juicio se basa en el tipo de estudio, el riesgo de sesgo, la consistencia de los resultados entre diversos estudios y la precisión de la estimación total entre estudios. Para cada resultado clínico la calidad de la evidencia se califica como:

- **Calidad alta (A):** es muy poco probable que nuevos estudios modifiquen nuestra confianza en el resultado estimado;
- **Calidad moderada (B):** es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y que éstos puedan modificar el resultado
- **Calidad baja (C):** es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y que éstos puedan modificar el resultado;
- **Calidad muy baja (D):** cualquier resultado estimado es incierto

PANEL DE CONSENSO: CRITERIO 1 (C1) ¿La recomendación se basa en evidencia de alta calidad?

Los participantes realizaron la valoración de las recomendaciones en relación a la calidad de la evidencia que la sustenta. Así se han seleccionado las recomendaciones denominadas AGER (Recomendaciones con alto grado de evidencia o de alta calidad) como insumo de los siguientes criterios y momentos del consenso formal. Todas las recomendaciones obtuvieron entre el 93 al 100% de votos positivos.
En el caso de la Guía Nacional, la mayor parte de la evidencia proviene de meta-análisis, y en pocos casos en estudios aislados.

GRADE: CRITERIO 2 (C2) El balance entre beneficios y riesgos

Es aconsejable que los juicios sobre el balance entre beneficios y riesgos, se lleven a cabo antes de considerar los costes y teniendo en cuenta tanto las variables claves como las importantes. Las preguntas a responder son: ¿Cuál es la magnitud del beneficio y hasta qué punto los resultados son reproducibles y precisos?, ¿Cuál es la magnitud del riesgo, daño y la carga que representan y hasta qué punto los resultados son reproducibles y precisos? ¿Hasta qué punto los beneficios superan a los riesgos, daños y la carga que representan? ¿Los beneficios compensan a los riesgos, los daños y la carga que representan?
Este balance se clasifica en: beneficios netos, balance entre beneficios y riesgos, balance incierto, ausencia de beneficios netos y riesgos netos.
Hazlo (''recomendamos" o ''deberíamos recomendar") es un recomendación fuerte (Tipo 1) a favor de, e indica que los beneficios claramente sobrepasan los riesgos y que la gran mayoría de personas bien informadas harían la misma elección (alta confianza, poca incertidumbre). En este caso la mayoría de los pacientes recibirían la intervención sin necesidad de ayuda en la decisión y no se esperaría mucha variación en la práctica clínica. Probablemente hazlo (''sugerimos", ''podríamos", 'consideramos"), es una recomendación débil (tipo 2) a favor de, e indica que muchas personas bien informadas harían la misma elección, pero un grupo sustancial no la llevaría a cabo (incertidumbre significativa) y que los beneficios y los riesgos están equilibrados o son inciertos. En este caso será particularmente útil la discusión de los pros y los contras con los pacientes y se espera mayor variabilidad en la práctica clínica. Este mismo razonamiento se aplicará a la recomendación de no hacer y probablemente no hacer.

PANEL DE CONSENSO: CRITERIO 2 (C2) ¿Estima que la aplicación de esta recomendación conllevará un balance positivo entre los beneficios y los riesgos para los pacientes?

PANEL DE CONSENSO CRITERIO 3 (C3): ¿Estima que la recomendación será aceptable para los pacientes a quienes se aplicará?

PANEL DE CONSENSO CRITERIO 4 (C4): ¿Estima que la aplicación de la recomendación se asociará a un incremento nulo, leve o moderado del uso de recursos, que el sistema de salud podrá asumir y sustentar?

Se aplicó la técnica de grupo nominal para generar consenso en relación a los criterios arriba mencionados para todas las recomendaciones. Se consideró que se llegaba a consenso con el acuerdo positivo o negativo de al menos un 75 % del grupo en relación a la fuerza de cada recomendación. En caso de no lograrse consenso para la fuerza de una recomendación, se procedía a la lectura anónima de las objeciones de cada participante y se solicitaba una nueva opinión en una segunda vuelta, y así sucesivamente hasta llegar a consenso. Luego de dos vueltas de análisis, si no se había logrado consenso, se exponía en el plenario para la determinación de la fuerza de las recomendaciones AGER cuestionadas. Al plenario ingresaron 3 R (dos como NO consenso y otra como consenso negativo). Luego del plenario, dos quedaron como fuertes y la tercera fue sacada de la guía como resultado del consenso negativo, quedando 49 recomendaciones finales.

VALORACION de la apropiabilidad de las recomendaciones DÉBILES/TIPO 2. Consenso formal con la técnica DELPHI-RAND

Una vez valorada la fuerza de las recomendaciones, el panel pudo separar recomendaciones fuertes y débiles. El objetivo de la fase siguiente fue **generar un método formal para reflexionar y decidir acerca de cuan apropiado resulta incluir las recomendaciones débiles** o que generan desacuerdo, en la guía. Para ello, se utilizó el método Delphi modificado (RAND).[43]

En relación a las **débiles/tipo 2, el panel reconoció que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes** de acuerdo a sus valores y preferencias, estado y condiciones clínicas específicas, y posibilidades del sistema de salud; o que no ha podido ponerse de acuerdo al respecto. Por eso, para evaluar si es apropiado incluirlas en la guía, se propuso una reflexión más profunda dentro del panel.

Para ello cada miembro del panel reflexionó sobre las **ventajas y desventajas** que tendría incluir esa recomendación. De este balance, surgió la ponderación final.

La unidad de análisis fue cada recomendación individual y fue puntuada del 1 a 9, en relación a lo apropiado de incluir la recomendación en la guía: 1. **Absolutamente NO** apropiado, 2. **NO** apropiado, **3 Probablemente NO** apropiado, 4. **No estoy seguro** pero creo que NO, 5. **Me da igual**, 6. **No estoy seguro** pero creo que SI, 7. **Probablemente SI** apropiado, 8. SI apropiado y 9. **Absolutamente SI** apropiado
Resultado: todas las recomendaciones tipo 2 (débiles), fueron valoradas como apropiadas para ser incluidas en la Guía.

PARTCIPACIÓN DE PACIENTES:

El panel, realizó una evaluación de la aceptación de los pacientes en el GRADE (C2 y C3). En el panel participaron representantes de grupos de autoayuda de ex fumadores. Se publicó en las páginas web para la lectura de distintos pacientes para su comprensión y revisión. Se continúa trabajando con las preferencias y puntos de vista de los pacientes en la etapa de implementación.

REVISIÓN EXTERNA:

La versión PRELIMINAR de esta Guía se presentó a la revisión externa de un panel de expertos. (ANEXO 6) También se publicó en las páginas web
www.msal.gov.ar/ent y www.msal.gov.ar/tabaco para a la opinión de actores involucrados en el tratamiento de cesación tabáquica como consultores de la línea telefónica y profesionales de variadas especialidades y de la comunidad en general que enviaron sus aportes.

ACTUALIZACIÓN:

Se realizará una actualización de la Guía a los cinco años de la presente versión o bien cuando cambios en la evidencia lo justifiquen.

ANEXO 5. RECOMENDACIONES CLAVES E INDICADORES (*) Seleccionadas por consenso formal por el equipo elaborador de las Recomendaciones tipo 1.

N°	TABLA DE RECOMENDACIONES CLAVES
	EVALUACION DEL ESTATUS DEL FUMADOR Y CONSEJO ANTITABAQUICO 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 (en un lugar visible de la Historia Clínica) ya que esto aumenta la tasa de intervención por parte del equipo de salud.
2	Se recomienda a todos los profesionales médicos y de enfermería brindar un **breve consejo** de varios minutos para dejar de fumar a todas las personas que fuman, porque incrementa las tasas de cesación.
	COMENTARIO A R2: Una vez identificado el fumador, el consejo claro, firme y personalizado, constituye una estrategia asequible y eficaz. Los fumadores reconocen que esta intervención del profesional de la salud tiene una fuerte influencia en su decisión de dejar de fumar. La efectividad del consejo fue evaluada especialmente en profesionales médicos y de enfermería sin embargo es razonable extrapolar la eficacia al consejo impartido por otros miembros del equipo de salud. Esta acción demanda poco tiempo e implementada masivamente, genera un gran impacto sanitario.
	INTERVENCIONES PARA AUMENTAR LA MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR
6	Se recomienda al equipo se salud utilizar la **entrevista motivacional** como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento. Este enfoque aumenta tanto el número de intentos de abandono como la tasa de cesación.
	INTERVENCIONES PARA LAS PERSONAS QUE REALIZAN UN INTENTO DE DEJAR DE FUMAR: INTENSIDAD Y MODALIDADES
8	Se recomienda que las **intervenciones breves** sean brindadas especialmente por profesionales médicos y de enfermería en el primer nivel de atención, con extensión a todo el equipo de salud y ámbitos de atención, ya que son efectivas.
	COMENTARIO A R8: Las Intervenciones Breves comprenden: **A**veriguar el estatus tabáquico, **A**consejar la cesación, **A**sistir y evaluar si está listo para dejar, **A**yudar con herramientas conductuales (acordar un día "D") y farmacológicas; y **A**compañar con el seguimiento. Estas intervenciones están integradas a la atención habitual sin importar el motivo de consulta.
9	Las **intervenciones breves de hasta tres minutos por cada contacto** aumenta significativamente las posibilidades de abstinencia. Y si el tiempo de contacto es **entre 3 y 10 minutos** aumentan aun más la efectividad. Por ello, se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar.
14	Se recomienda el uso de **líneas telefónicas con seguimiento** para ayudar al fumador, ya sea como único formato de tratamiento o bien como apoyo al equipo de salud, ya que su uso aumenta las tasas de cesación y son de amplio acceso.
	COMENTARIO A R14: línea telefónica gratuita de atención al fumador del Ministerio de Salud de la Nación **0800-999-3040**, con acceso desde todo el país. Son altamente costo-efectivas y contribuyen a generalizar y a normalizar la cesación.
	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CESACIÓN TABÁQUICA
17	Se recomienda ofrecer **tratamiento farmacológico junto con la consejería** para la modificación del comportamiento ya que la combinación es más efectiva que cada una de las intervenciones por separado.
	COMENTARIO A R17: La suma de las dos estrategias aumenta cerca de un 40% las probabilidades de cesación comparada con el uso de medicación sola y se acerca a duplicar las probabilidades de abstinencia comparada con el uso de consejería para la modificación del comportamiento en forma aislada
18	Se dispone de **drogas efectivas y con adecuado perfil de seguridad para dejar de fumar:** Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión. Se recomiendan estas drogas como tratamiento farmacológico de primera línea del intento de abandono.
	TRATAMIENTOS NO AVALADOS
31	No se recomienda el uso de **tratamientos farmacológicos** con insuficiente evidencia de efectividad (benzodiacepinas, betabloqueantes, citisina, acetato de plata, canabinoides) o con evidencia de ineficacia (inhibidores de la recaptación de serotonina, naltrexona, mecamilamina).
	COMENTARIO A R31: Se ha publicado un trabajo (2011) que demuestra cierta efectividad de la citisina pero la magnitud del efecto y los efectos adversos impiden que se la avale al momento actual.
32	No se recomienda el uso de **propuestas con** insuficiente evidencia de efectividad: cigarrillo electrónico, glucosa, acupuntura tradicional, electroestimulación, bioinformación/biofeedback, deprivación sensorial; o evidencia de ineficacia: laser, hipnosis. Las terapias aversivas son efectivas pero se desaconseja su uso por ocasionar alta exposición al humo de tabaco.
	ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
33	Se recomienda a los profesionales de la salud que atienden a niños **que interroguen a los padres** sobre el consumo de tabaco y les ofrezcan consejería para dejar de fumar ya que es eficaz.
	COMENTARIO A R33: Los niños son especialmente sensibles al humo ambiental de tabaco, en quienes puede producir otitis a repetición, infecciones y enfermedades obstructivas respiratorias, trastornos de la conducta y otros. Los niños y los adolescentes resultan beneficiados cuando los padres reciben información sobre el impacto del tabaquismo pasivo y se interviene durante la consulta pediátrica. Esto favorece la disminución de la exposición y promueve la cesación en los padres. Dar un fuerte consejo de escuela, hogar y automóvil libres de humo de tabaco.
	RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A LAS EMBARAZADAS QUE FUMAN A QUE DEJEN DE FUMAR
35	Se recomienda **alertar a las embarazadas** acerca del riesgo del tabaquismo activo y pasivo (bajo peso al nacer, parto prematuro y otros) e implementar distintas estrategias de consejería para la cesación (individual, grupal, telefónico, materiales escritos) ya que son efectivas.
	COMENTARIO A R35: Formatos efectivos incluyen: consejo médico de 2 a 3 minutos sobre los riesgos del tabaquismo en el embarazo; videos con información sobre obstáculos y consejos para dejar; asesoramiento de 10 minutos con una partera; material escrito específico; envío de cartas de seguimiento. Además son efectivos el asesoramiento de un profesional de educación para la salud junto a material escrito; una sesión de 90 minutos más llamadas telefónicas bimestrales durante el embarazo y mensuales después del parto.
38	Se recomienda a todo el equipo de salud que participa en el cuidado de la embarazada, realizar intervenciones en cada visita de control prenatal, ya que se aprecian beneficios de la cesación en todos los momentos del embarazo.
	COMENTARIO A R38: La abstinencia en las primeras semanas de embarazo produce el mayor beneficio para el bebe y para la madre. Sin embargo, dejar de fumar en cualquier momento de la gestación genera beneficios, incluso en fases avanzadas.

(*) La selección de indicadores de implementación se encuentra en proceso de elaboración.

ANEXO 6. REVISIÓN EXTERNA. Agosto-octubre 2011.

Participaron en el proceso de revisión externa, profesionales de experiencia clínica, metodológica, de investigación y editorial en tres especialidades relevantes al tema de la guía: el Dr. Herman Schargrodsky (cardiólogo), el Dr. Carlos Jiménez- Ruiz (Neumonólogo) y el Dr. Sergio Terrasa (Médico de Familia). En todos los casos, resaltaron la calidad de la tarea y manifestaron satisfacción por el documento logrado. No hubo cuestionamientos metodológicos.

Los revisores señalaron algunas mejoras en la claridad de la presentación y definiciones usadas. Varios comentarios de los revisores se sumaron a la sección de evidencia que sustenta las R.

En los casos en que algún RE planteó alguna variante de la interpretación de la literatura, de su correlación con la redacción o de la fuerza de alguna Recomendación; el equipo elaborador (EE), repasó la evidencia para cada comentario y actualizó la búsqueda sistemática.

* En los casos que el EE entendió que, estaban correctamente interpretados en la GPC y reforzados con los más recientes no se realizaron modificaciones.

* En los casos que parecía oportuno incorporar mejoras, estas fueron consensuadas formalmente con el panel para su incorporación a la Guía y aquí se detalla:

Claridad de presentación de las R:

* EE: Sugerencia de ampliación en la redacción de la recomendación de la entrevista motivacional (nro. 5), para explicitar mejor los avances recientes de la evidencia, para enfatizar que este estilo de atención, aumenta no sólo número de intentos sino también la tasa de cesación (para mayor aclaración a la RE ya que se trata de avances no vigentes en el momento de la redacción de las precedentes Guías de alta calidad). El panel aceptó este ítem con unanimidad.
* RE: Modificación del texto de la R12, excluyendo el apoyo social "fuera" del Tratamiento en la R 12, por modificaciones en los resultados de la evidencia en los últimos años. El panel valoró la evidencia y se aprobó la modificación del texto.
* También fueron aceptadas leves modificaciones para aportar claridad en la redacción de algunas recomendaciones. (ej. se agregó la palabra "antecedentes" en la R 41).

Cambio de la fuerza de las R:

* RE: Sugerencia de cambio de la fuerza a tipo 1 de la Recomendación de spray nasal (nro. 23) sugerida por uno de los tres revisores. El panel valoró esta R, aplicando los criterios del Grade y no se modificó la fuerza de la R, por lo que se mantuvo como tipo 2.
* RE: Sugerencia de cambio de la fuerza de la Recomendación de Vareniclina (nro. 25). Dos revisores acordaron en la categorización como tipo 2 y uno propuso elevarla a primera línea y modificar la fuerza a tipo 1. Basado en un detallado análisis del EE de la evidencia disponible al momento actual, el panel la valoró como TIPO 2.
* RE: Cambio de la fuerza de la Recomendación de personas con antecedentes cardiovasculares (nro. 47) sugerida por uno de los tres revisores. El panel lo valoró aplicando los criterios del Grade y se modificó la fuerza de la R como tipo 1.

Se le envió un documento a cada revisor, con las devoluciones del caso.

Por otra parte, la presentación de la versión preliminar de la Guía en diversas reuniones científicas (AsAT, UATA, FAMFyG, SAMIG, AAMR) contribuyó a dar a conocer el proceso de revisión externa. Se recibieron aportes y comentarios de los distintos profesionales y actores, que fueron considerados por el equipo elaborador conforme a la evidencia y de los cuales se derivaron leves mejoras de presentación de la información y de la redacción. Se ajustó en algunos casos el vocabulario a como lo describía la fuente de la evidencia. No se aportaron evidencias en contrario a la que sustenta las recomendaciones.

Representantes de evaluación de la calidad de tecnologías de todas las regiones del país, capacitados en la adaptación de Guías de práctica clínica y con formación en el instrumento AGREE, realizaron una evaluación la calidad metodológica de la presente Guía (versión 2.4 diciembre 2011). Dichos profesionales, encontraron que la metodología de elaboración fue de MUY ALTA CALIDAD.

Jorgelina Álvarez, Farmacéutica especializada en Farmacia Hospitalaria y en Salud Pública. Consultora de la Dirección de Planificación y Control del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza. Formación en farmacoepidemiología, efectividad clínica y evaluación de tecnologías. **Graciela Bernardo**, Licenciada en Obstetricia del Hospital Provincial, Neuquén. **Yolanda Brepe**, Médica general de la Dirección de Sistemas de Salud y Especialista en Salud Social y comunitaria. Pertenece al Programa de Calidad del Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán. **Sandra Raquel Farías**, Licenciada en Enfermería del Hospital Horacio Heller, Neuquén. Participó de la actualización de las normas locales del embarazo de bajo riesgo. **Claudia Fretin**, médica oftalmóloga. Miembro del Programa de Calidad del Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán. Formación en gestión y dirección de servicios de salud. **María Susana Gómez**, Médica con especialidad en Hematología y Hemoterapia -Provincia de San Juan-. **Pablo Gómez López**, Farmacéutico clínico formado en la residencia del Hospital de Clínicas U.B.A. Especialista en Esterilización. Instructor de la Residencia en Farmacia Hospitalaria. **Claudio González**, Médico General y Especialista en Medicina del Trabajo. Jefe del CAPS Chalicán (Fraile Pintado). Médico de Clínica Médica y UTI del Hospital Dr. Oscar Orías (Ledesma). Provincia de Jujuy. **Irene Cecilia Grebenc**, Lic. en Nutrición, especializada en Administración en Salud y Salud Pública. Directora de Planificación, Estrategia y Control del Ministerio de Salud de Mendoza. **Rosanna Leva**, Médica pediatra a cargo de la Sala de Internación Abreviada del hospital "N. Avellaneda" de la ciudad de San Miguel de Tucumán. **Walter Juan Molini**, Médico clínico con desempeño en docencia en el Hospital Provincial Neuquén. Formación y desempeño en Adaptación de Guías de práctica clínica. **Javier Ponce**, Médico pediatra especializado en intensivismo -Provincia de San Juan-. **Manuel Ruiz**, Médico especialista en Salud Pública y Clínica Médica, docente en Medicina Interna FCM UNCuyo, desempeño en la Dirección de Planificación, Estrategia y Control del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza. **Vanina Ruiz**, Médica especialista en Salud Pública y Administración de la Salud. Consultora de la Dirección de Planificación y Control del Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza. **Daniel Soldi**, Licenciado en bioquímica, especializado en sistemas de gestión de la calidad. Coordinador del área de Calidad en el Hospital Interzonal San Roque (Gonnet) y miembro del Programa de Garantía de Calidad de Atención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

ANEXO 7. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GUIA EN EL MARCO DEL MODELO DE CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

La implementación de una GPC se basa en el diseño y aplicación de un conjunto de estrategias que apuntan a mejorar la calidad de atención de la población bajo cuidado. Comprenden el conocimiento de las recomendaciones -tanto por parte del equipo de salud como de los pacientes-, y cambios en las actitudes y comportamientos para la aplicación de las mismas en la práctica clínica.

El proceso de implementación es de naturaleza dinámica, debe adecuarse a las particularidades locales y ajustarse en función de los resultados de la evaluación continua. Se parte del análisis del contexto, las características de los usuarios de la GPC y la identificación de las potenciales barreras y facilitadores para su utilización.

Precedentes de Implementación de la Guía Nacional 2005

La Guía Nacional fue desarrollada por primera vez en el 2005 en base a un panel de expertos y sobre la base de la evidencia científica disponible. Publicada con el aval de 35 instituciones académicas y profesionales de la Argentina, significó un paso trascendental en la definición de criterios nacionales para impulsar el tratamiento del tabaquismo en el país y tuvo un lugar de relevancia y pionero en América Latina.[9] Pasados 5 años desde aquella iniciativa, se concluyó en la necesidad de actualizar la guía y adecuarla a las modernas normas del Programa Nacional de Garantía de Calidad en la presenta Guía 2011.

Desde 2005, el PNCT realizó múltiples actividades de implementación de la Guía Nacional en distintos niveles en forma articulada:

La **difusión** se realizó por guías impresas con distribución nacional y la disponibilidad permanente en la web. Se envió a los 6.000 centros de salud dependientes de la red REMEDIAR de todo el país. Se incluyó en el CD del manual de Capacitación. Se distribuyó a las facultades de medicina y otras.

La **diseminación** a grupos especializados o de mayor compromiso incluyó la capacitación y el apoyo al desarrollo de equipos provinciales de control del tabaco, el desarrollo y participación en los Congresos anuales Tabaco o Salud, de Medicina Respiratoria y de Medicina Familiar -entre otras capacitaciones y reuniones científicas-.

La **implementación y adopción** se apoyó en actividades permanentes del PNCT que incluyeron: capacitaciones en cesación a numerosas provincias, residencias médicas y universidades de todo el país; generación del MANUAL DE CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD (2008) de utilidad tanto para la autoformación como para apoyo y replicación de los cursos; creación del relevamiento de servicios de cesación; desarrollo de la línea gratuita de atención al fumador -entre otros-.

A estas líneas de acción se sumaron la Certificación de Servicios Intensivos realizada por el PNCT-Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT desde 2008; los talleres de diseminación de

Guías de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT (desde 2010); estudio de barreras y actitudes de los profesionales del equipo de salud respecto a la cesación -entre otros-.
También se desarrollaron **materiales complementarios** como herramientas para mejorar su aplicación como la Guía breve de bolsillo, planillas de historia clínica, trípticos, folletos para pacientes, línea telefónica de ayuda, desarrollo de varias páginas web y otros.

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA NACIONAL 2011 EN EL MARCO DEL MODELO DE CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas ha generado un incremento de las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer y la enfermedad crónica respiratoria. Todas ellas relacionadas con el tabaco como causa, factor de riesgo o agravante.
Estos factores han aumentado debido a los profundos cambios en los ambientes físicos y sociales que han modificado nuestra forma de trabajar, recrearnos y movilizarnos generando modos de vida que incrementan las probabilidades de presentar enfermedades crónicas.
El sistema de salud quedó orientado principalmente a la atención de procesos agudos y a los cuidados de la población materno-infantil y no ha acompañado en la misma medida estos cambios epidemiológicos. Desde esta lógica, el sistema responde en forma reactiva a la demanda.
El modelo de cuidado de personas con enfermedades crónicas no trasmisibles, impulsado por la Organización Panamericana de la Salud tiene el propósito de mejorar los cuidados de esta población y propone un abordaje integral e integrado de las mismas a partir de la interacción entre un equipo de salud proactivo, adecuadamente capacitado, y pacientes activos, informados e involucrados con los cuidados que requiere la atención de su enfermedad.

Tabla A. 6: Modelos de Atención

Características	Modelo de atención de procesos agudos.	Modelo de Cuidado de personas con Enfermedades Crónicas
Enfoque	Centrado en la enfermedad	Centrado en la Persona
Atención	A demanda	Programada y planificada
Equipo de Salud	Reactivo	Proactivo
Paciente	Pasivo	Activo, informado e involucrado

El modelo de cuidados de personas con enfermedades crónicas se implementa a través de la organización de los servicios de salud en relación a cuatro componentes:

- **Sistema de provisión de servicios:** equipamiento, accesibilidad, nominalización de las personas que se atienden en cada centro de salud, sistema de registro, gestión de turnos programados, coordinación entre los distintos niveles de atención, trabajo en equipo y otros.

- **Soporte para la toma de decisiones:** acercar al equipo de salud las recomendaciones más efectivas con las que se cuenta en la actualidad para el cuidado de su población a cargo, permite reducir la variabilidad inadecuada de la práctica y así mejorar la calidad de los cuidados provistos. El desarrollo de guías de práctica clínica basadas en evidencia y su implementación a través de intervenciones multicomponente (recordatorios, talleres de capacitación, incentivos, intervenciones mediadas por pacientes) son medidas efectivas para lograr los resultados esperados.

- **Autocuidado:** se basa en la necesidad de aplicar un modelo de atención integral e integrado de las enfermedades crónicas, que contemple el desarrollo de un soporte para el autocuidado. Un 95 a 99 % de los cuidados que estas personas deben recibir, son autoimpartidos. Desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT, se han desarrollado diferentes herramientas para facilitar este componente: materiales educativos y una libreta de cuidados para la persona con diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular, así como afiches para la sala de espera con recomendaciones para la prevención y abordaje del riesgo cardiovascular.

- **Sistema de información:** se trata de un mecanismo de retroalimentación hacia los diferentes niveles de gestión, con información útil para la toma de decisiones, con la obtención de indicadores de calidad de la atención.

A través de los sistemas de información los equipos de salud pueden conocer cuántos de sus pacientes reciben las prácticas preventivas, diagnósticas y terapéuticas recomendadas para esa población. Por ejemplo, pueden acceder a la planilla Qualidiab modificada que el Ministerio propone como sistema de información para personas con diabetes mellitus y/o riesgo cardiovascular elevado

Plan de implementación de la Guía Nacional 2011

El Área de Servicios de Salud de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, ha diseñado y ejecutado desde 2009, una estrategia de componentes múltiples para la implementación de GPC desarrolladas y vinculadas al área. (www.msal.gov.ar/ent)
Dicha estrategia está compuesta por: materiales (versiones abreviadas, recordatorios y otros), intervenciones económicas y talleres de implementación.

Versiones abreviadas de las GPC:

Se realizan versiones abreviadas que incluyen gráficos, algoritmos y herramientas prácticas para mejorar la aplicabilidad de las recomendaciones. Así se intenta superar las barreras para la implementación relacionadas con el diseño (textos extensos, incómodos o de difícil lectura).

Recordatorios:

Los recordatorios, son mensajes diseñados para que el equipo de salud recuerde información que le permita aplicar las recomendaciones (afiches, trípticos, historia clínica y otros sistemas de registro). Estas intervenciones se encuentran dentro de las más efectivas para implementar una GPC. Con este fin se elaboró un conjunto de herramientas con recordatorios de las recomendaciones claves: historia clínica orientada a problemas para la atención ambulatoria del adulto, planilla de monitoreo para la persona con factores de riesgo cardiovascular, la versión rápida (de bolsillo) de esta guía para ayuda en consultorio.

Intervenciones mediadas por pacientes:

Son intervenciones cuya finalidad es cambiar el comportamiento de los profesionales, a través de la información/demanda suministrada directamente a los pacientes. El principal actor es el paciente que demanda una acción que el profesional podría omitir en su cuidado.
Así, se incluyó información del tabaco en la libreta personal de cuidados de personas con DBT y riesgo cardiovascular de la Dirección de ENT ya adoptada por varias provincias a partir de los talleres de implementación. También se realizaron y distribuyeron afiches de la línea gratuita para centros médicos de todo el país entre otras acciones.

Intervenciones económicas:

Se trata de incentivos que el equipo de salud o la jurisdicción recibe por la realización de prácticas recomendadas por la guía. A través de incentivos económicos del seguro del Plan Nacer y el componente de Redes del Programa Remediar se promoverá la aplicación de recomendaciones de las GPC.
Para más información puede visitar sus respectivas páginas web: www.remediar.gov.ar y www.msal.gov.ar/htm/site/plan_nacer/index.asp

Taller de implementación de GPC:

Se realizan talleres en todo el ámbito nacional, para acercar los contenidos de las GPC y demás herramientas a los equipos de salud del primer nivel de atención. Están basados en sesiones prácticas interactivas con entrenamiento para la toma de decisiones, análisis de barreras y facilitadores locales, análisis de la reorientación de los servicios para la atención de personas con enfermedades crónicas y la diseminación de las recomendaciones de las GPC.
El taller está acompañado por un manual para el capacitador y un disco compacto que reúne: las presentaciones utilizadas en la jornada, las GPC y herramientas de aplicabilidad, así como material de lectura complementaria en formato digital.
(disponibles en www.msal.gov.ar/ent y www.msal.gov.ar/tabaco)

ANEXO 8. Test de Fagerström modificado (FTND), versión en castellano.[360]

Pregunta	Puntaje
1-¿Cuánto tiempo tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	3
Entre 6 y 30 minutos	2
Entre 31 y 60 minutos	1
Más de 60 minutos	0
2-¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido, tales como iglesia, biblioteca, cine, etc.?	
Sí	1
No	0
3-¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?	
El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0
4-¿Cuantos cigarrillos fuma al día?	
10 o menos	0
11-20	1
21-30	2
31 o más	3
5-¿Fuma más frecuentemente durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Sí	1
No	0
6-¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?	
Sí	1
No	0
SUMA TOTAL	

- Menor o igual a 3 puntos: grado leve de dependencia
- De 4 a 6 puntos: grado moderado de dependencia
- Mayor a 7 puntos: grado grave de dependencia.

ANEXO 9. A. Test de la Escalera.

ANEXO 9. B. Ejercicios de elongación y estiramiento. Prof. Maximiliano Incarbone
Plan Argentina Saludable de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT

Zona Cervical

Inclinar el cuello hacia un lado y luego hacia el otro.

Llevar el menton hacia el pecho.

Espalda

Llevar los brazos hacia arriba entrelazando los dedos de las manos.

Inclinar el tronco al frente dejando caer los brazos.

Brazos

Estirar un brazo al frente con los dedos de las manos hacia abajo y la palma al frente. Tomar los dedos con la otra mano y empujarlos hacia abajo y atrás.

Tomar desde el codo un brazo y llevarlo por el frente hacia el cuerpo.

Tomar con una mano el codo del brazo contrario que se encuentra por detrás de la cabeza y traccionarlo suavemente hacia abajo.

ANEXO 10. Secuencia temporal de los efectos beneficiosos de dejar de fumar y la evolución de la abstinencia.[361,362]

• **20 minutos**	Normalización de la presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura de las extremidades
• **8 horas**	La nicotina sérica disminuye al 6.25% de los valores máximos diarios (Reducción del 93.25%).
• **12 horas**	Aumento de los niveles de oxigenación de la sangre y normalización de los niveles de monóxido de carbono.
• **24 horas**	Pico de aparición de ansiedad, que deberían normalizarse en dos semanas a niveles previos a la cesación.[363] Mejoría de la disfunción endotelial venosa.[364]
• **48 horas**	Inicio de la regeneración de terminaciones nerviosas dañadas, con normalización del olfato. Máximo pico de sentimientos de ira e irritabilidad.
• **72 horas**	Depuración al 100% de nicotina y el 90% de sus metabolitos han sido eliminados por orina. Pico de los síntomas de dependencia química como la inquietud. Momento de mayor aparición de ganas de fumar por desencadenantes ambientales. Disminución del tono bronquial. Mejoría de la disnea
• **5 - 8 días**	El fumador promedio sufrirá unos tres episodios diarios de ganas de fumar. Lo más frecuente es que los episodios de ganas de fumar duren menos de 3 minutos.[365] Algunas personas sufren aumentos transitorios de tos y expectoración.
• **10 días**	La mayoría de los fumadores sufren menos de dos episodios de ganas de fumar por día, que duran menos de 3 minutos.
• **10 días a 2 semanas**	Disminución de los síntomas de dependencia. Normalización de la circulación en las encías y dientes.
• **2 a 4 semanas**	Desaparición de la ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnio, inquietud y depresión asociadas a la cesación. Mejoría de la agregación plaquetaria.[366] Mejoría de la relación HDL/LDL.[367] Normalización del número de células progenitoras endoteliales lo que disminuye el riesgo de enfermedad coronaria.[368]
• **21 días**	Los receptores colinérgicos en el cerebro que habían aumentado su número en respuesta a la nicotina han disminuido y la ligazón de los receptores se asemeja a los niveles del cerebro de un no- fumador.[369]
• **2 semanas a 3 meses**	Disminución del riesgo de infarto de miocardio. Mejoría de la función pulmonar.[370]
• **3 semanas a 3 meses**	Mejoría sustancial de la circulación. Mayor facilidad para caminar. Desaparición de la tos crónica
• **1 a 9 meses**	Mejoría de los síntomas de congestión de los senos paranasales, fatigabilidad y disnea vinculadas con fumar. Mejoría de la depuración mucociliar pulmonar con mejor manejo de secreciones y menos infecciones respiratorias. Mejoría de la energía corporal. Mejoría significativa de la disfunción endotelial coronaria.[371] Disminución significativa de los valores de escalas de estrés.[372]
• **1 año**	Disminución del 50% del riesgo de enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular.[373,374]
• **5 a 15 años**	El riesgo de accidente cerebro vascular es comparable al de un no fumador.
• **10 años**	Disminución del riesgo de aparición de cáncer de pulmón de entre el 30% y el 50% comparado contra quien sigue fumando.[375] El riesgo de muerte por cáncer de pulmón disminuye un 50% comparado con un fumador de 20 cig/día. El riesgo de cáncer de páncreas disminuye al de un no- fumador y disminuye el riesgo de cáncer de boca, garganta y esófago.[376]
• **13 años**	El riesgo de perder dientes por fumar ha disminuido haciéndose igual al de un no-fumador.[377]
• **15 años**	El riesgo de enfermedad coronaria es comparable al de una persona que nunca fumó.
• **20 años**	El riesgo aumentado de morir por causas vinculadas al tabaquismo en mujeres, incluyendo enfermedad pulmonar y cáncer , se equipara al de una persona que nunca fumó.[126]

Bibliografía.

1. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. GRADE: Going from evidence to recommendations. BMJ 2008;336:1049-51.
2. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; May 2008. Traducción al Español: Guía de Tratamiento del Tabaquismo. Jimenez Ruiz CA, Jaen CR (coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR. Mayo 2010.
3. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; May 2008.
4. Field MJ, Lohr KN. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. 4ta ed. Washington, D.C.: National Academy of Sciences; 1990.
5. World Health Organization. Developing and improving national toll-free tobacco quit-line services. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2011.
6. Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Ossip-Klein DJ, Richmond RL, Swan GE. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. Nicotine Tob Res 2003;5:13-25.
7. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. Addiction 2005;100:299-303.
8. Ministerio de Salud de la Nación, Guia Nacional de Tratamientos de la Adicción al Tabaco, Buenos Aires 2005.
9. Ministerio de Salud de la Nación, Academia Nacional de Medicina. Guia para la Adaptación de Guias de Práctica Clínica: RM 850/08 http://wmasl.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres850.2008.pdf; 2008.
10. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package. Ginebra. Suiza: World Health Organization; 2008.
11. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. The Tobacco Atlas. 3rd ed. Atlanta, Georgia: American Cancer Society; 2009.
12. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349:1436-42.
13. Directrices para la aplicación del artículo 14 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. 2010. (Accessed 30/7/2011, 2011, at http://www.who.int/fctc/guidelines/guidelines_art14_dec8_es.pdf.)
14. Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D, et al. Systematic review of the link between tobacco and poverty. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2011.
15. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Jr., Doll R. Mortality from smoking worldwide. Br Med Bull 1996;52:12-21.
16. Rossi SM, Royer ME, Leguiza J, Izurzun AM. Carga global por enfermedad por tabaquismo en la Argentina. Resumen de los resultados. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.; 2002.
17. Ferrante D, Levy D, Peruga A, Compton C, Romano E. The role of public policies in reducing smoking prevalence and deaths: the Argentina Tobacco Policy Simulation Model. Rev Panam Salud Publica 2007;21:37-49.
18. Pitarque R, Perel P, Sánchez G. Mortalidad anual atribuible al tabaco en Argentina, año 2000. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2000.
19. Conte Grand M, Perel P, Pitarque R, Sanchez G. Estimación del costo económico en Argentina de la mortalidad atribuible al tabaco en adultos. Buenos Aires: Universidad del Centro de Estudios Macroeconómicos de Argentina; 2003.
20. Bruni JM. Costos directos de la atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
21. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking- Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA.: U.S. Department of Health and Human Services,; 2010.
22. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.
23. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic: warning about the dangers of tobacco. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2011.
24. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic: implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization; 2009.
25. World Health Organization. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2008.
26. Casetta B, Virgolini M, Lamique M. Impacto de las campañas de comunicación, en el conocimiento y progresión de las consultas a la línea gratuita de atención al fumador. In: 4to Congreso Tabaco o Salud; 2009; Rosario, Argentina; 2009.
27. Ministerio de Salud de la Nacion. Segunda Encuesta Nacional de Riesgo. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2009.
28. Ferrante D, Linetzky B, Virgolini M, Schoj V, Apelberg B. Reduction in hospital admissions for acute coronary syndrome after the successful implementation of 100% smoke-free legislation in Argentina: a comparison with partial smoking restrictions. Tobacco Control 2011.
29. Schoj V, Alderete M, Ruiz E, Hasdeu S, Linetzky B, Ferrante D. The impact of a 100% smoke-free law on the health of hospitality workers from the city of Neuquén, Argentina. Tobacco Control 2010;19:134-7.
30. Miguez H. Estudio nacional sobre consumo de sustancias adictivas en la Republica Argentina. Buenos Aires: Subsecretaría Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas; 1999.
31. Ministerio de Salud de la Nación. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2006.
32. Linetzky B, Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes en Argentina. Resultados de 2007 y comparación con encuestas previas. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2009.
33. Schargrodsky H, Hernandez-Hernandez R, Champagne BM, et al. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. Am J Med 2008;121:58-65.
34. Centers for Disease Control and Prevention. The Global Adult Tobacco Survey. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention,; 2009.
35. Videla AJ, Verra FB, Zabert GE, et al. Smoking prevalence among hospital-based physicians: Fu.M.A.H.B.A. study final results. Am J Respir Crit Care Med 2007;175:A603.
36. Zylbersztejn HM, Cardone A, Vainstein N, et al. Tabaquismo en médicos de la República Argentina. Estudio TAMARA. Rev Argent Cardiol 2007;75:109-16.
37. Pace SA, Videla AJ, Papavero N, et al. Smoking among medical specialties, education and workplace restrictions: Results from the Fu.M.A.H.B.A. Study. Am J Respir Crit Care Med 2007;175:A63.
38. Minervini MC, Zabert GE, Rondelli MP, et al. Tobacco use among Argentine physicians: personal behaviour and attitudes. Revista Argentina de Medicina Respiratoria 2006;3:100-5.
39. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003;12:18- 23.
40. Instituto de Investigaciones Epidemiologicas. Instrumento para la evaluación de la Pertinencia de las Guias. . Buenos Aires, Argentina: Academia Nacional de Medicina; 2008.
41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. Edinburgo, Escocia: NHS Quality Improvement Scotland; 2008.
42. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924-6.
43. Dalkey NC, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. Santa Monica, CA.: Rand Copr.; 1962.
44. Graham ID, Harrison MB, Brouwers M, Davies BL, Dunn S. Facilitating the use of evidence in practice: evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002;31:599-611.
45. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, et al. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. BMC Med Inform Decis Mak 2005;5:23.
46. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Gui-

deline. JAMA 1996;275:1270-80.
47. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD000165.
48. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008:CD000165.
49. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008:CD001188.
50. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health effects of light and intermittent smoking: a review. Circulation 2010;121:1518-22.
51. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. Tob Control 2005;14:315-20.
52. Tong EK, Ong MK, Vittinghoff E, Perez-Stable EJ. Nondaily smokers should be asked and advised to quit. Am J Prev Med 2006;30:23-30.
53. Chapman S, MacKenzie R. The global research neglect of unassisted smoking cessation: causes and consequences. PLoS Med 2010;7:e1000216.
54. Shiffman S. Nicotine lozenge efficacy in light smokers. Drug Alcohol Depend 2005;77:311-4.
55. Ahluwalia JS, Okuyemi K, Nollen N, et al. The effects of nicotine gum and counseling among African American light smokers: a 2 x 2 factorial design. Addiction 2006;101:883-91.
56. Okuyemi KS, Pulvers KM, Cox LS, et al. Nicotine dependence among African American light smokers: a comparison of three scales. Addict Behav 2007;32:1989-2002.
57. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addict Behav 1982;7:133-42.
58. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. J Consult Clin Psychol 2004;72:1144-56.
59. Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. BMJ 2003;326:1175-7.
60. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD004492.
61. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. Addiction 2011.
62. Registered Nurses Association of Ontario. Integrating smoking cessation into daily nursing practice. Ontario, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2007.
63. National Institute for Health and Clinical Excellence. Brief intervention and referral for smoking cessation in primary care and other settings Londres, RU: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.
64. Rollnick S, Miller WR, Butler C.C. Motivational interviewing in health care. Helping patients change behavior. New York, N.Y.: The Guilford Press; 2008.
65. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD006936.
66. Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Tob Control 2010;19:410-6.
67. Hettema JE, Hendricks PS. Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2010;78:868-84.
68. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rege Walther M, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2009:CD004705.
69. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. BMJ 2008;336:598-600.
70. Kaminsky DA, Marcy T, Dorwaldt A, et al. Motivating Smokers in the Hospital Pulmonary Function Laboratory to Quit Smoking by Use of the Lung Age Concept. Nicotine Tob Res 2011.
71. Qaseem A, Wilt TJ, Weinberger SE, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. Ann Intern Med 2011;155:179-91.
72. Bovet P, Perret F, Cornuz J, Quilindo J, Paccaud F. Improved smoking cessation in smokers given ultrasound photographs of their own atherosclerotic plaques. Prev Med 2002;34:215-20.
73. Fiore M, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.
74. Pan W. Proactive telephone counseling as an adjunct to minimal intervention for smoking cessation: a meta-analysis. Health Educ Res 2006;21:416-27.
75. Mottillo S, Filion KB, Belisle P, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. Eur Heart J 2009;30:718-30.
76. Lindson N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD008033.
77. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD001292.
78. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD001007.
79. Park EW, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD002928.
80. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2006;3:CD002850.
81. Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. J Natl Cancer Inst 2011;103:922-41.
82. Myung SK, McDonnell DD, Kazinets G, Seo HG, Moskowitz JM. Effects of Web- and computer-based smoking cessation programs: meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med 2009;169:929-37.
83. Shahab L, McEwen A. Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature. Addiction 2009;104:1792-804.
84. Civljak M, Sheikh A, Stead LF, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD007078.
85. Whittaker R, Borland R, Bullen C, Lin RB, McRobbie H, Rodgers A. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2009:CD006611.
86. Free C, Knight R, Robertson S, et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. The Lancet 2011;378:49-55.
87. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD001118.
88. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 2006;6:300.
89. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2008;179:135-44.
90. Etter JF, Stapleton JA. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. Tob Control 2006;15:280-5.
91. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008:CD000146.
92. Mills EJ, Wu P, Spurden D, Ebbert JO, Wilson K. Efficacy of pharmacotherapies for short-term smoking abstinance: a systematic review and meta-analysis. Harm Reduct J 2009;6:25.
93. Hughes JR, Shiffman S, Callas P, Zhang J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. Tob Control 2003;12:21-7.
94. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and meta-analysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. Tob Induc Dis 2010;8:8.
95. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2011;2:CD006103.
96. Myung SK, Yoo KY, Oh SW, et al. Meta-analysis of studies investigating one-year effectiveness of transdermal nicotine patches for smoking cessation. Am J Health Syst Pharm 2007;64:2471-6.
97. Kimura K, Sairenchi T, Muto T. Meta-analysis Study for One Year Effects of a Nicotine Patch. Journal of Health Science 2009;55:233-41.
98. Fagerström K, Schneider NG. Measuring ni-

cotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine 1989;12:159-82.
99. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119-27.
100. Perkins KA, Scott J. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. Nicotine Tob Res 2008;10:1245-50.
101. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2007:CD000031.
102. Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Thoughts and acts of aggression/violence toward others reported in association with varenicline. Ann Pharmacother 2010;44:1389-94.
103. Moore TJ, Furberg CD, Glenmullen J, Maltsberger JT, Singh S. Suicidal Behavior and Depression in Smoking Cessation Treatments. PLoS ONE 2011;6:e27016.
104. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. Chest 2010;139:591-9.
105. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. Circulation 2010;121:221-9.
106. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:47-55.
107. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:56-63.
108. National Prescribing Service. Varenicline: Australian Goverment Department of Health and Ageing; 2011.
109. Tonstad S, Davies S, Flammer M, Russ C, Hughes J. Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline: a pooled analysis. Drug Saf 2010;33:289-301.
110. Gunnell D, Irvine D, Wise L, Davies C, Martin RM. Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database. BMJ 2009;339:b3805.
111. Miller M, Hemenway D, Rimm E. Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. Am J Public Health 2000;90:768-73.
112. Campbell AR, Anderson KD. Mental health stability in veterans with posttraumatic stress disorder receiving varenicline. American Journal of Health-System Pharmacy 2010;67:1832-7.
113. Safety review update of Chantix (varenicline) and risk of neuropsychiatric adverse events. 2011. (Accessed 11/11/11, 2011, at http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm276737.htm.)
114. FDA Drug Safety Communication: Chantix (varenicline) may increase the risk of certain cardiovascular adverse events in patients with cardiovascular disease. 2011. (Accessed 4/10/2011, at http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm259161.htm.)
115. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2011.
116. Hays JT. Varenicline for smoking cessation: Is it a heartbreaker? CMAJ 2011;183:1346-7.
117. Chantix (varenicline) drug label now contains updated efficacy and safety information. 2011. (Accessed 29/7/2011, 2011, at http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm264436.htm.)
118. European Medicines Agency confirms positive benefit-risk balance for Champix. 2011. (Accessed 29/7/2011, 2011, at http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2011/07/WC500109177.pdf.)
119. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Authors´ response. Canadian Medical Association Journal 2011;183:1405-7.
120. Sandoya E, Zabert G, Jimenez-Ruiz C. Efectos cardiovasculares de la vareniclina: revision sistemática y metaanálisis Rev Urug Cardiol 2011;26:244-9.
121. Jadad AR, Cook DJ, Browman GP. A guide to interpreting discordant systematic reviews. CMAJ 1997;156:1411-6.
122. Samuels L. Varenicline: cardiovascular safety. Canadian Medical Association Journal 2011;183:1407-8.
123. Varenicline: Amendments to Special Authority funding. Best Pract Journal 2011;6:53-4.
124. Varenicline Safety Update. 2007. (Accessed 4/10/2011, at www.pbm.va.gov/.../Varenicline%20Safety%20... -)
125. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA 2003;290:86-97.
126. Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner BA, Colditz GA. Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women. JAMA 2008;299:2037-47.
127. Squire EN. Varenicline: quantifying the risk. Canadian Medical Association Journal 2011;183:1404-5.
128. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction 2004;99:29-38.
129. Shah SD, Wilken LA, Winkler SR, Lin SJ. Systematic review and meta-analysis of combination therapy for smoking cessation. J Am Pharm Assoc 2008;48:659-65.
130. Wagena EJ, Knipschild P, Zeegers MP. Should nortriptyline be used as a first-line aid to help smokers quit? Results from a systematic review and meta-analysis. Addiction 2005;100:317-26.
131. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD000058.
132. Dhippayom T, Chaiyakunapruk N, Jongchansittho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic dosesfor smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Drug Saf 2011;34:199-210.
133. Kim Y, Myung SK, Jeon YJ, et al. Effectiveness of pharmacologic therapy for smoking cessation in adolescent smokers: Meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Health Syst Pharm 2011;68:219-26.
134. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008:CD002295.
135. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate-intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. Nicotine Tob Res 2005;7:871-80.
136. Eisenberg D, Quinn BC. Estimating the effect of smoking cessation on weight gain: an instrumental variable approach. Health Serv Res 2006;41:2255-66.
137. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Schumann A, Dilling H, Hapke U. No considerable long-term weight gain after smoking cessation: evidence from a prospective study. Eur J Cancer Prev 2005;14:289-95.
138. Klesges RC, Winders SE, Meyers AW, et al. How much weight gain occurs following smoking cessation? A comparison of weight gain using both continuous and point prevalence abstinence. J Consult Clin Psychol 1997;65:286-91.
139. O'Hara P, Connett JE, Lee WW, Nides M, Murray R, Wise R. Early and late weight gain following smoking cessation in the Lung Health Study. Am J Epidemiol 1998;148:821-30.
140. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. N Engl J Med 1991;324:739-45.
141. Froom P, Melamed S, Benbassat J. Smoking cessation and weight gain. J Fam Pract 1998;46:460-4.
142. Mineur YS, Abizaid A, Rao Y, et al. Nicotine decreases food intake through activation of POMC neurons. Science 2011;332:1330-2.
143. Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2009:CD006219.
144. Spring B, Howe D, Berendsen M, et al. Behavioral intervention to promote smoking cessation and prevent weight gain: a systematic review and meta-analysis. Addiction 2009;104:1472-86.
145. Ahluwalia JS, Harris KJ, Catley D, Okuyemi KS, Mayo MS. Sustained-release bupropion for smoking cessation in African Americans: a randomized controlled trial. JAMA 2002;288:468-74.
146. Allen SS, Hatsukami D, Brintnell DM, Bade T. Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: a randomized controlled trial of postmenopausal female smokers. Addict Behav 2005;30:1273-80.

147. Hill AL, Roe DJ, Taren DL, Muramoto MM, Leischow SJ. Efficacy of transdermal nicotine in reducing post-cessation weight gain in a Hispanic sample. Nicotine Tob Res 2000;2:247-53.
148. Nides M, Rand C, Dolce J, et al. Weight gain as a function of smoking cessation and 2-mg nicotine gum use among middle-aged smokers with mild lung impairment in the first 2 years of the Lung Health Study. Health Psychol 1994;13:354-61.
149. Assali AR, Beigel Y, Schreibman R, Shafer Z, Fainaru M. Weight gain and insulin resistance during nicotine replacement therapy. Clin Cardiol 1999;22:357-60.
150. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. Arch Intern Med 2006;166:1553-9.
151. West R, Zatonski W, Cedzynska M, et al. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. New England Journal of Medicine 2011;365:1193-200.
152. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2000:CD000191.
153. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2000:CD001009.
154. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2000:CD000124.
155. David S, Lancaster T, Stead LF, Evins AE. Opioid antagonists for smoking cessation. Cochrane Database SystRev 2006:CD003086.
156. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2000:CD002849.
157. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. Cochrane DatabaseSyst Rev 2011:CD005353.
158. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2011:CD000009.
159. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation.Cochrane Database Syst Rev 2010:CD001008.
160. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Cornuz J. Effectiveness of biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation: a systematic review. Tob Control 2007;16:151-6.
161. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD000546.
162. West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P, Vangeli E. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. Psychopharmacology (Berl) 2009;207:631-5.
163. Evaluation of e-cigarettes. 2011. (Accessed 29/7/2011, 2011, at www.fda.gov/downloads/Drugs/ScienceResearch/UCM173250.pdf.)
164. Ministry of Health. New Zealand Smoking Guidelines. Wellington, Nueva Zelanda: Ministry of Health; 2007.
165. Zylbersztejn HM. Estudio del tabaquismo en médicos de la argentina en relación a la especialidad In: 6to Congreso Tabaco o Salud; 2011; Córdoba, Argentina; 2011.
166. Torrecilla Garcia M, Dominguez Grandal F, Torres Lana A, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. Aten Primaria 2002;30:310-7.
167. Torrecilla Garcia M, Dominguez Grandal F, Torres Lana A, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. MEDIFAM 2002;12:484-92.
168. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy 1983;11:147-72.
169. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente C. Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward. New York , NY: Harper Paperbacks; 1995.
170. West R, Sohal T. "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. BMJ 2006;332:458-60.
171. West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. Addiction 2005;100:1036-9.
172. Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica, Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Nuevas formas de uso de la terapia sustitutiva con nicotina.Análisis de su eficacia y seguridad en el tratamiento del tabaquismo. Prev Tab 2008;10:102-14.
173. Shiffman S, Ferguson SG. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. Addiction 2008;103:557-63.
174. Diana JN. Tobacco smoking and nutrition. Ann N Y Acad Sci 1993;686:1-11.
175. Shils M, Olson J, Shike M, Ross AC. Modern nutrition in health and disease. 8va ed. New York, NY: Lea & Fabiger; 1994.
176. Edes TE, Gysbers DS. Carcinogen-induced tissue vitamin A depletion. Potential protective advantages of beta-carotene. Ann N Y Acad Sci 1993;686:203-11; discussion 11-2.
177. Brown ML. Conocimientos actuales sobre nutrición. 6a ed. Washington, D.C.: OPS/OMS, International Life Sciences Institutte; 1991.
178. Czernichow S, Oppert JM. Arrêt du tabac et prise de poids. Cahiers de Nutrition et Diététique 2003;38:284-6.
179. Freeman DJ, Packard CJ. Smoking and plasma lipoprotein metabolism. Clin Sci (Lond) 1995;89:333-42.
180. Perkins KA. Effects of tobacco smoking on caloric intake. Br J Addict 1992;87:193-205.
181. Leischow SJ, Stitzer ML. Effects of smoking cessation on caloric intake and weight gain in an inpatient unit. Psychopharmacology (Berl) 1991;104:522-6.
182. Talcott GW, Fiedler ER, Pascale RW, Klesges RC, Peterson AL, Johnson RS. Is weight gain after smoking cessation inevitable? J Consult Clin Psychol 1995;63:313-6.
183. Chen Y, Horne SL, Dosman JA. The influence of smoking cessation on body weight may be temporary. Am J Public Health 1993;83:1330-2.
184. Chinn S, Jarvis D, Melotti R, et al. Smoking cessation, lung function, and weight gain: a follow-up study. Lancet 2005;365:1629-35; discussion 00-1.
185. Vuori I. Physical inactivity as a disease risk and health benefits of increased physical activity. Perspectives World Health Organization 2004;6:2-64.
186. Conway TL, Cronan TA. Smoking, exercise, and physical fitness. Prev Med 1992;21:723-34.
187. Pomerleau CS, Pomerleau OF. The effects of a psychological stressor on cigarette smoking and subsequent behavioral and physiological responses. Psychophysiology 1987;24:278-85.
188. Winickoff JP, Buckley VJ, Palfrey JS, Perrin JM, Rigotti NA. Intervention with parental smokers in an outpatient pediatric clinic using counseling and nicotine replacement. Pediatrics 2003;112:1127-33.
189. Sharif I, Oruwariye T, Waldman G, Ozuah PO. Smoking cessation counseling by pediatricians in an inner-city setting. J Natl Med Assoc 2002;94:841-5.
190. Colby SM, Tiffany ST, Shiffman S, Niaura RS. Measuring nicotine dependence among youth: a review of available approaches and instruments. Drug Alcohol Depend 2000;59 Suppl 1:S23-39.
191. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:704-10.
192. O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. Am J Prev Med 2003;25:219-25.
193. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. Tob Control 2000;9:313-9.
194. Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Wiehe SE, Rivara FP. Smoking cessation interventions for adolescents: a systematic review. Am J Prev Med 2003;25:363-7.
195. Christakis DA, Garrison MM, Ebel BE, Wiehe SE, Rivara FP. Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers: a systematic review. Am J Prev Med 2003;25:358-62.
196. Giovino G, Barker DC, Tworek C, Gable J, Orleans CT. The National Youth Smoking Cessation Survey. In: Addressing Tobacco in Managed Care Conference; 2004; Miami, Fl; 2004.
197. Hollis JF, Polen MR, Lichtenstein E, Whitlock EP. Tobacco use patterns and attitudes among teens being seen for routine primary care. Am J Health Promot 2003;17:231-9.
198. Zhu SH, Sun J, Billings SC, Choi WS, Malarcher A. Predictors of smoking cessation in U.S. adolescents. Am J Prev Med 1999;16:202-7.
199. Engels RC, Knibbe RA, de Vries H, Drop MJ. Antecedents of smoking cessation among ado-

lescents: who is motivated to change? Prev Med 1998;27:348-57.
200. Centers for Disease Control and Prevention. Use of cessation methods among smokers aged 16-24 years--United States, 2003. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2006;55:1351-4.
201. Bancej C, O'Loughlin J, Platt RW, Paradis G, Gervais A. Smoking cessation attempts among adolescent smokers: a systematic review of prevalence studies. Tob Control 2007;16:e8.
202. Sussman S, Sun P, Dent CW. A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. Health Psychol 2006;25:549-57.
203. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Syst Rev 2006:CD003289.
204. Armour BS, Campbell VA, Crews JE, Malarcher A, Maurice E, Richard RA. State-level prevalence of cigarette smoking and treatment advice, by disability status, United States, 2004. Prev Chronic Dis 2007;4:A86.
205. Nielsen A, Hannibal CG, Lindekilde BE, et al. Maternal smoking predicts the risk of spontaneous abortion. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:1057-65.
206. Ananth CV, Cnattingius S. Influence of maternal smoking on placental abruption in successive pregnancies: a population-based prospective cohort study in Sweden. Am J Epidemiol 2007;166:289-95.
207. Jaddoe VW, Verburg BO, de Ridder MA, et al. Maternal smoking and fetal growth characteristics in different periods of pregnancy: the generation R study. Am J Epidemiol 2007;165:1207-15.
208. Dejmek J, Solansk y I, Podrazilova K, Sram RJ. The exposure of nonsmoking and smoking mothers to environmental tobacco smoke during different gestational phases and fetal growth. Environmental Health Perspectives 2002;110:601-6.
209. McMartin KI, Platt MS, Hackman R, et al. Lung tissue concentrations of nicotine in sudden infant death syndrome (SIDS). J Pediatr 2002;140:205-9.
210. Shah T, Sullivan K, Carter J. Sudden infant death syndrome and reported maternal smoking during pregnancy. Am J Public Health 2006;96:1757-9.
211. Chiolero A, Bovet P, Paccaud F. Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study. Swiss Med Wkly 2005;135:525-30.
212. Lannero E, Wickman M, Pershagen G, Nordvall L. Maternal smoking during pregnancy increases the risk of recurrent wheezing during the first years of life (BAMSE). Respir Res 2006;7:3.
213. Benowitz N, Dempsey D. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. Nicotine Tob Res 2004;6 Suppl 2:S189-202.
214. Woody RC, Brewster MA. Telencephalic dysgenesis associated with presumptive maternal carbon monoxide intoxication in the first trimester of pregnancy. J Toxicol Clin Toxicol 1990;28:467-75.
215. Okeda R, Matsuo T, Kuroiwa T, Tajima T, Takahashi H. Experimental study on pathogenesis of the fetal brain damage by acute carbon monoxide intoxication of the pregnant mother. Acta Neuropathol 1986;69:244-52.
216. Molinari C, Grossini E, Mary DA, Ribichini F, Surico N, Vacca G. The role of nitric oxide in the peripheral vasoconstriction caused by human placental lactogen in anaesthetized pigs. Exp Physiol 2006;91:603-10.
217. Stennett AK, Khalil RA. Neurovascular mechanisms of hypertension in pregnancy. Curr Neurovasc Res 2006;3:131-48.
218. Murin S, Rafii R, Bilello K. Smoking and smoking cessation in pregnancy. Clin Chest Med 2011;32:75-91, viii.
219. England LJ, Kendrick JS, Wilson HG, Merritt RK, Gargiullo PM, Zahniser SC. Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants. Am J Epidemiol 2001;154:694-701.
220. Morello P, Mazzoni A, Berrueta M, Gibbons L, Althabe F. Consumo de tabaco en embarazadas del conurbano bonaerense. In: 6to Congreso Tabaco o Salud; 2011; Córdoba, Argentina; 2011.
221. Nahabedian S, Pascansky D, Vanoni S, et al. Estudio Multicentrico sobre prevalencia de tabaquismo en mujeres embarazadas en 15 centros de salud de Argentina. In: 5to Congreso Tabaco o Salud; 2010; Buenos Aires; 2010.
222. Mazzoni A, Morello P, Berrueta M, Gibbons L, Althabe F. Consejo para dejar de fumar por parte de los profesionales de la salud a mujeres embarazadas del conurbano bonaerense. In: 6to Congreso Tabaco o Salud; 2011; Córdoba, Argentina; 2011.
223. Walsh RA, Redman S, Brinsmead MW, Byrne JM, Melmeth A. A smoking cessation program at a public antenatal clinic. Am J Public Health 1997;87:1201-4.
224. Naughton F, Prevost AT, Sutton S. Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Addiction 2008;103:566-79.
225. Windsor RA, Cutter G, Morris J, et al. The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: a randomized trial. Am J Public Health 1985;75:1389-92.
226. Dornelas EA, Magnavita J, Beazoglou T, et al. Efficacy and cost-effectiveness of a clinic-based counseling intervention tested in an ethnically diverse sample of pregnant smokers. Patient Education and Counseling 2006;64:342-9.
227. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. Ann Intern Med 2006;145:845-56.
228. Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008;37:301-14.
229. Filion K, Abenhaim H, Mottillo S, et al. The effect of smoking cessation counselling in pregnant women: a meta-analysis of randomised controlled trials. BJOG 2011.
230. Shipton D, Tappin DM, Vadiveloo T, Crossley JA, Aitken DA, Chalmers J. Reliability of self reported smoking status by pregnant women for estimating smoking prevalence: a retrospective, cross sectional study. BMJ 2009;339:b4347.
231. England LJ, Grauman A, Qian C, et al. Misclassification of maternal smoking status and its effects on an epidemiologic study of pregnancy outcomes. Nicotine Tob Res 2007;9:1005-13.
232. Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, Glenday MC. Improving disclosure of smoking by pregnant women. Am J Obstet Gynecol 1991;165:409-13.
233. Rozenek M, Pezzano L, Braun S, Alderete M. Detection of smoking in pregnant women. Validation of a brief tool. In: 14th World Conference on Tobacco or Health; 2009; Mumbai, India; 2009.
234. National Institute for Health and Clinical Excellence. How to stop smoking in pregnancy and following childbirth. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010.
235. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2009:CD001055.
236. Oncken CA, Kranzler HR. Pharmacotherapies to enhance smoking cessation during pregnancy. Drug Alcohol Rev 2003;22:191-202.
237. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, Secher NJ. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. Obstet Gynecol 2000;96:967-71.
238. Kapur B, Hackman R, Selby P, Klein J, Koren G. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy. Current therapeutic research, clinical and experimental 2001;62:274-8.
239. Pollak KI, Oncken CA, Lipkus IM, et al. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. Am J Prev Med 2007;33:297-305.
240. Oncken C, Dornelas E, Greene J, et al. Nicotine gum for pregnant smokers: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2008;112:859-67.
241. Morales-Suárez-Varela MM, Bille C, Christensen K, Olsen J. Smoking Habits, Nicotine Use, and Congenital Malformations. Obstetrics & Gynecology 2006;107:51-7
242. Kalman D, Morissette SB, George TP. Comorbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. Am J Addict 2005;14:106-23.
243. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. BMC Public Health 2009;9:285.
244. El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. Psychiatr Serv 2002;53:1166-70.
245. Evins AE, Cather C, Rigotti NA, et al. Two-year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: increased rates of

smoking cessation and reduction. J Clin Psychiatry 2004;65:307-11; quiz 452-3.
246. Kisely SR, Wise M, Preston N, Malmgren S, Shannon P. A group intervention to reduce smoking in individuals with psychiatric disorder: brief report of a pilot study. Aust N Z J Public Health 2003;27:61-3.
247. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JWJ. Comparative effectiveness of smoking cessation treatments for patients with depression: a systematic review and meta-analysis of the evidence. Durham, NC: Department of Veterans Affairs; 2010.
248. Dalack GW, Becks L, Hill E, Pomerleau OF, Meador-Woodruff JH. Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia. Neuropsychopharmacology 1999;21:195-202.
249. Lawn S, Pols R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. Aust N Z J Psychiatry 2005;39:866-85.
250. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. Lancet 2001;357:1929-32.
251. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg A, Hayward C, Varady A. Onset of major depression during treatment for nicotine dependence. Addict Behav 2003;28:461-70.
252. Chou KR, Chen R, Lee JF, Ku CH, Lu RB. The effectiveness of nicotine-patch therapy for smoking cessation in patients with schizophrenia. Int J Nurs Stud 2004;41:321-30.
253. George TP, Vessicchio JC, Termine A, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. Biol Psychiatry 2002;52:53-61.
254. George TP, Ziedonis DM, Feingold A, et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. Am J Psychiatry 2000;157:1835-42.
255. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2010;196:346-53.
256. Weiner E, Ball MP, Buchholz AS, et al. Bupropion sustained release added to group support for smoking cessation in schizophrenia: a new randomized trial and a meta-analysis. J Clin Psychiatry 2011.
257. Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. Am J Public Health 2006;96:1808-14.
258. Orleans CT, Hutchinson D. Tailoring nicotine addiction treatments for chemical dependency patients. J Subst Abuse Treat 1993;10:197-208.
259. Burling TA, Burling AS, Latini D. A controlled smoking cessation trial for substance-dependent inpatients. J Consult Clin Psychol 2001;69:295-304.
260. Hurt RD, Eberman KM, Croghan IT, et al. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. Alcohol Clin Exp Res 1994;18:867-72.
261. Sussman S. Smoking cessation among persons in recovery. Subst Use Misuse 2002;37:1275-98.
262. Bobo JK, McIlvain HE, Lando HA, Walker RD, Leed-Kelly A. Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: findings from a randomized community intervention trial. Addiction 1998;93:877-87.
263. Ellingstad TP, Sobell LC, Sobell MB, Cleland PA, Agrawal S. Alcohol abusers who want to quit smoking: implications for clinical treatment. Drug Alcohol Depend 1999;54:259-65.
264. Burling TA, Marshall GD, Seidner AL. Smoking cessation for substance abuse inpatients. J Subst Abuse 1991;3:269-76.
265. Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Yang X, et al. Smoking cessation in methadone maintenance. Addiction 2002;97:1317-28; discussion 25.
266. Myers MG, Brown SA. A controlled study of a cigarette smoking cessation intervention for adolescents in substance abuse treatment. Psychol Addict Behav 2005;19:230-3.
267. Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, Nelson DB. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. J Stud Alcohol 2004;65:681-91.
268. McCambridge J, Jenkins RJ. Do brief interventions which target alcohol consumption also reduce cigarette smoking? Systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend 2008;96:263-70.
269. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. Arch Intern Med 2008;168:1950-60.
270. Aziz O, Skapinakis P, Rahman S, et al. Behavioural interventions for smoking cessation in patients hospitalised for a major cardiovascular event. Int J Cardiol 2008.
271. Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD002294.
272. Thomsen T, Tonnesen H, Moller AM. Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation. Br J Surg 2009;96:451-61.
273. Myers K, Hajek P, Hinds C, McRobbie H. Stopping Smoking Shortly Before Surgery and Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-analysis. Arch Intern Med 2011;171:983-9.
274. Mills E, Eyawo O, Lockhart I, Kelly S, Wu P, Ebbert JO. Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Am J Med 2011;124:144-54 e8.
275. Lee AH, Afessa B. The association of nicotine replacement therapy with mortality in a medical intensive care unit. Crit Care Med 2007;35:1517-21.
276. Paciullo CA, Short MR, Steinke DT, Jennings HR. Impact of nicotine replacement therapy on postoperative mortality following coronary artery bypass graft surgery. Ann Pharmacother 2009;43:1197-202.
277. Planer D, Lev I, Elitzur Y, et al. Bupropion for smoking cessation in patients with acute coronary syndrome. Arch Intern Med 2011;171:1055-60.
278. Sethi JM, Rochester CL. Smoking and chronic obstructive pulmonary disease. Clin Chest Med 2000;21:67-86, viii.
279. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, et al. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. Eur Respir J 2008;32:844-53.
280. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Molken MP. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. Thorax 2010;65:711-8.
281. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. JAMA 1994;272:1497-505.
282. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD - A network meta-analysis of randomised trials. Eur Respir J 2009;34:634-40.
283. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet 2006;368:647-58.
284. Ockene J, Kristeller JL, Goldberg R, et al. Smoking cessation and severity of disease: the Coronary Artery Smoking Intervention Study. Health Psychol 1992;11:119-26.
285. Taylor CB, Houston-Miller N, Killen JD, DeBusk RF. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. Ann Intern Med 1990;113:118-23.
286. DeBusk RF, Miller NH, Superko HR, et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Ann Intern Med 1994;120:721-9.
287. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. Prev Med 2000;30:261-8.
288. Sivarajan Froelicher ES, Miller NH, Christopherson DJ, et al. High rates of sustained smoking cessation in women hospitalized with cardiovascular disease: the Women's Initiative for Nonsmoking (WINS). Circulation 2004;109:587-93.
289. Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. BMJ 2003;327:1254-7.
290. Giallauria F, Paragliola T, Pilerci F, et al. Role of smokers in the household and of cardiac rehabilitation in smoking behaviour after acute myocardial infarction. Monaldi Arch Chest Dis 2005;64:110-5.
291. McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P, et al. Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomised controlled trial. Heart 2001;86:317-23.

292. Fowler B, Jamrozik K, Norman P, Allen Y, Wilkinson E. Improving maximum walking distance in early peripheral arterial disease: randomised controlled trial. Aust J Physiother 2002;48:269-75.
293. Eisenberg MJ, Blum LM, Filion KB, et al. The efficacy of smoking cessation therapies in cardiac patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. Can J Cardiol 2010;26:73-9.
294. Huttunen-Lenz M, Song F, Poland F. Are psychoeducational smoking cessation interventions for coronary heart disease patients effective? Meta-analysis of interventions. Br J Health Psychol 2010;15:749-77.
295. Barth J, Critchley J, Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev 2008:CD006886.
296. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease. American Heart Journal 2005;149:565-72.
297. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. Eur Heart J 2003;24:946-55.
298. Rigotti NA, Thorndike AN, Regan S, et al. Bupropion for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease. Am J Med 2006;119:1080-7.
299. Crothers K, Griffith TA, McGinnis KA, et al. The impact of cigarette smoking on mortality, quality of life, and comorbid illness among HIV-positive veterans. J Gen Intern Med 2005;20:1142-5.
300. Nuorti JP, Butler JC, Gelling L, Kool JL, Reingold AL, Vugia DJ. Epidemiologic relation between HIV and invasive pneumococcal disease in San Francisco County, California. Ann Intern Med 2000;132:182-90.
301. Tirelli U, Spina M, Sandri S, et al. Lung carcinoma in 36 patients with human immunodeficiency virus infection. The Italian Cooperative Group on AIDS and Tumors. Cancer 2000;88:563-9.
302. Page-Shafer K, Chin DP, Markstein L, et al. Adverse impact of cigarette smoking on dimensions of health-related quality of life in persons with HIV infection. AIDS Patient Care and STDs 2001;15:615-24.
303. Hajjeh RA, Conn LA, Stephens DS, et al. Cryptococcosis: population-based multistate active surveillance and risk factors in human immunodeficiency virus-infected persons. Cryptococcal Active Surveillance Group. J Infect Dis 1999;179:449-54.
304. Shiboski CH, Neuhaus JM, Greenspan D, Greenspan JS. Effect of receptive oral sex and smoking on the incidence of hairy leukoplakia in HIV-positive gay men. J Acquir Immune Defic Syndr 1999;21:236-42.
305. Chattopadhyay A, Caplan DJ, Slade GD, Shugars DC, Tien HC, Patton LL. Incidence of oral candidiasis and oral hairy leukoplakia in HIV-infected adults in North Carolina. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005;99:39-47.
306. Slavinsky J, 3rd, Myers T, Swoboda RK, Leigh JE, Hager S, Fidel PL, Jr. Th1/Th2 cytokine profiles in saliva of HIV-positive smokers with oropharyngeal candidiasis. Oral Microbiol Immunol 2002;17:38-43.
307. Metersky ML, Colt HG, Olson LK, Shanks TG. AIDS-related spontaneous pneumothorax. Risk factors and treatment. Chest 1995;108:946-51.
308. Nahvi S, Cooperman NA. Review: the need for smoking cessation among HIV-positive smokers. AIDS Educ Prev 2009;21:14-27.
309. Konfino J, Mejía R, Basombrío A. Características de la ayuda para dejar de fumar que los infectólogos proveen a las personas que viven con VIH en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina: CEDES; 2011.
310. Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. Impact of a cell phone intervention on mediating mechanisms of smoking cessation in individuals living with HIV/AIDS. Nicotine Tob Res 2006;8 Suppl 1:S103-8.
311. Elzi L, Spoerl D, Voggensperger J, et al. A smoking cessation programme in HIV-infected individuals: a pilot study. Antivir Ther 2006;11:787-95.
312. Jensen K, Jensen AB, Grau C. Smoking has a negative impact upon health related quality of life after treatment for head and neck cancer. Oral Oncol 2007;43:187-92.
313. Tucker MA, Murray N, Shaw EG, et al. Second primary cancers related to smoking and treatment of small-cell lung cancer. Lung Cancer Working Cadre. J Natl Cancer Inst 1997;89:1782-8.
314. Videtic GMM, Stitt LW, Dar AR, et al. Continued cigarette smoking by patients receiving concurrent chemoradiotherapy for limited-stage small-cell lung cancer is associated with decreased survival. Journal of Clinical Oncology 2003;21:1544-9.
315. Dasgupta P, Kinkade R, Joshi B, Decook C, Haura E, Chellappan S. Nicotine inhibits apoptosis induced by chemotherapeutic drugs by up-regulating XIAP and survivin. Proc Natl Acad Sci U S A 2006;103:6332-7.
316. Browman GP, Wong G, Hodson I, et al. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. New England Journal of Medicine 1993;328:159-63.
317. Gritz ER, Dresler C, Sarna L. Smoking, the missing drug interaction in clinical trials: ignoring the obvious. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005;14:2287-93.
318. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. BMJ 2010;340:b5569.
319. Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention 2006;15:2370-7.
320. Taylor KL, Cox LS, Zincke N, Mehta L, McGuire C, Gelmann E. Lung cancer screening as a teachable moment for smoking cessation. Lung Cancer 2007;56:125-34.
321. Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M, et al. A tailored smoking, alcohol, and depression intervention for head and neck cancer patients. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15:2203-8.
322. McClure JB, Westbrook E, Curry SJ, Wetter DW. Proactive, motivationally enhanced smoking cessation counseling among women with elevated cervical cancer risk. Nicotine Tob Res 2005;7:881-9.
323. Park ER, Puleo E, Butterfield RM, et al. A process evaluation of a telephone-based peer-delivered smoking cessation intervention for adult survivors of childhood cancer: the partnership for health study. Prev Med 2006;42:435-42.
324. Emmons KM, Puleo E, Park E, et al. Peer-delivered smoking counseling for childhood cancer survivors increases rate of cessation: the partnership for health study. J Clin Oncol 2005;23:6516-23.
325. Nayan S, Gupta MK, Sommer DD. Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. ISRN Oncology 2011;2011.
326. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2009:CD003999.
327. Sackett D.L., Richardson W.S., Rosenberg W., Haynes R.B. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. New York, N.Y.: Churchill - Livingstone; 1997.
328. Pereiro-Gomez C, Becona E, Cordoba Garcia R, Martinez Raga J, Pinet Ogue C. Tabaquismo. Guias Clinicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia cientifica. Valencia, España: Socidrogalcohol; 2007.
329. Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerstrom KO, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. Eur Respir J 2007;29:390-417.
330. Bissell K, Fraser T, Chiang C-Y, Enarson DA. Smoking cessation and smokefree environments for tuberculosis patients. Paris, Francia: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2010.
331. Lorenzo Garcia A, Baraibar Penco R, Melgar Alvarez S, et al. Guia Nacional para el Abordaje del Tabaquismo: Ministerio de Salud Pública, Uruguay; 2009.
332. San Martín V, Sanchez C. Guia Nacional para el Manejo del Tabaquismo: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay; 2010.
333. McKenzie K. Smoking cessation update. Edinburgo, Escocia: Health Scotland and ASH Scotland; 2007.
334. National Institute for Health and Clinical Excellence. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. Londres, Reino Unido: National Institute for

Health and Clinical Excellence; 2008.
335. Olano Espinosa E, Matilla Pardo B, Otero Requeijo M, Veiga Rodeiro S, Sender Alegría L. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Madrid, España: Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo; 2009.
336. Jimenez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. Arch Bronconeumol 2008;44:213-9.
337. Programa de Prevención y Control del Tabaquismo, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia. Buenos Aires, Argentina: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2010.
338. National Institute for Health and Clinical Excellence. Varenicline for smoking cessation. Londres, Reino Unido: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010.
339. Zwar N, Richmond R, Borland R, et al. Smoking cessation pharmacotherapy: an update for health professionals. Melbourne, Australia: The Royal Australian College of General Practitioners; 2007.
340. Reis I, Fortuna P, Ascencao R, Costa J, Bugalho A, Vaz Carneiro A. Clinical Practice Guideline on Smoking Cessation. Lisboa, Portugal: Centre for Evidence Based Medicine, University of Lisbon School of Medicine; 2008.
341. Guerreros A, Matsuno A, Ruiz E, et al. Guía nacional de abordaje técnico al tabaquismo. Lima, Peru: Colegio Médico del Perú; 2010.
342. Selby P, Brosky G, Els C, et al. Dynamic Guidelines for Tobacco Control in Canada. Toronto, Canada: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment; 2008.
343. Virginia Premier Health Plan Inc. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline. Virginia, EE.UU.; 2009.
344. Friend J, Bery J, Grierson T, et al. A guide to smoking cessation in Scotland. Helping smokers to stop. Brief interventions. Edinburgo, Escocia: NHS Health Scotland; 2010.
345. Bailey D, Taylor P, Thompson J, Schauer G. Smoking Cessation During Pregnancy: Guidelines for Intervention. Olympia, Wa.: Washington State Department of Health; 2009.
346. Barchilón Cohen V, Morán Rodriguez A, Espigares Jimenez M, et al. Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Andalucía, España: Grupo Respiratorio SAMFyC; 2007.
347. Reichert J, Araujo AJ, Goncalves CM, et al. Smoking cessation guidelines--2008. J Bras Pneumol 2008;34:845-80.
348. U. S. Preventive Services Task Force. Counseling and Interventions to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease in Adults and Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine 2009;150:551-5.
349. New York State Department of Health AIDS Institute. Smoking cessation in HIV-infected patients. New York, NY; 2008.
350. Colorado Clinical Guidelines Collaborative. Guideline for Tobacco Cessation and Secondhand Smoke Exposure. Colorado, EE.UU.; 2009.
351. Ponciano-Rodriguez G, Seijas D, Chatkin J, Zabert G. Actualizaciones latinoamericanas sobre prevención y tratamiento del tabaquismo: Asociación Latinoamericana del Tórax; 2010.
352. Fronha JG, van Harrison R, Serlin DC, Thomas LA. Smoking cessation. Guidelines for clinical care. Michigan, EE.UU.: University of Michigan Health System; 2009.
353. Olano Espinosa E, Matilla Pardo B, Otero Requeijo M, Veiga Rodeiro S, Sender Alegría L, Esteban Herrera A. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. La Rioja, España: Gobierno de La Rioja; 2010.
354. Sanchez Monfort J. Guia de Tabaquismo para enfermería: Enfertabac; 2009.
355. Dominguez Grandal F, Castañal Canto X. Guia del tabaquismo. Guias Clinicas 2011;11:1.
356. Camarelles Guillem F, Salvador Llivina T, Ramón Torell JM, et al. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid, España: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2008.
357. Phelan ST, Albrecht S, Melvin C. Smoking Cessation During Pregnancy. A Clinician's Guide to Helping Pregnant Women Quit Smoking. North Carolina, EE.UU.: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2011.

358. Etxeberria-Agirre A, Rotaeche del Campo R, Lekue Alkorta I, et al. Descripción de la metodología de elaboración-adaptación-actualización empleada en la guía de práctica clínica sobre asma de la CAPV. Proyecto de Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2005.
359. Park EW, Tudiver F, Schultz JK, Campbell T. Does enhancing partner support and interaction improve smoking cessation? A meta-analysis. Ann Fam Med 2004;2:170-4.
360. Becona E, Vazquez FL. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. Psychol Rep 1998;83:1455-8.
361. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
362. The International Agency for Research on Cancer. Tobacco Control: Reversal of risk after quitting. Ginebra, Suiza: WHO Press; 2007.
363. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. Nicotine Tob Res 2007;9:315-27.
364. Moreno H, Jr., Chalon S, Urae A, et al. Endothelial dysfunction in human hand veins is rapidly reversible after smoking cessation. Am J Physiol 1998;275:H1040-5.
365. O'Connell KA, Gerkovich MM, Cook MR, Shiffman S, Hickcox M, Kakolewski KE. Coping in real time: using Ecological Momentary Assessment techniques to assess coping with the urge to smoke. Res Nurs Health 1998;21:487-97.
366. Morita K, Tsukamoto T, Naya M, et al. Smoking cessation normalizes coronary endothelial vasomotor response assessed with 15O-water and PET in healthy young smokers. J Nucl Med 2006;47:1914-20.
367. Erguder IB, Erguder T, Ozkan C, et al. Short-term effects of smoking cessation on blood antioxidant parameters and paraoxonase activity in healthy asymptomatic long-term cigarette smokers. Inhal Toxicol 2006;18:575-9.
368. Kondo T, Hayashi M, Takeshita K, et al. Smoking cessation rapidly increases circulating progenitor cells in peripheral blood in chronic smokers. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2004;24:1442-7.
369. Mamede M, Ishizu K, Ueda M, et al. Temporal change in human nicotinic acetylcholine receptor after smoking cessation: 5IA SPECT study. J Nucl Med 2007;48:1829-35.
370. Fletcher CM, Peto R, Tinker C, Speizer FE. The Natural History of Chronic Bronchitis and Emphysema: An Eight-Year Study of Early Chronic Obstructive Lung Disease in Working Men in London. New York, N.Y.: Oxford University Press; 1976.
371. Hosokawa S, Hiasa Y, Miyazaki S, et al. Effects of smoking cessation on coronary endothelial function in patients with recent myocardial infarction. Int J Cardiol 2007.
372. Cohen S, Lichtenstein E. Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse. Health Psychol 1990;9:466-78.
373. Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, Gersh BJ. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. Results from the CASS registry. N Engl J Med 1988;319:1365-9.
374. Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. American Heart Association Task Force on Risk Reduction. Circulation 1997;96:3243-7.
375. Bombassei GJ. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality. Ann Intern Med 2005;143:615; author reply
376. Tranah GJ, Holly EA, Wang F, Bracci PM. Cigarette, cigar and pipe smoking, passive smoke exposure, and risk of pancreatic cancer: a population-based study in the San Francisco Bay Area. BMC Cancer 2011;11:138.
377. Krall EA, Dietrich T, Nunn ME, Garcia RI. Risk of tooth loss after cigarette smoking cessation. Prev Chronic Dis 2006;3:A115.