

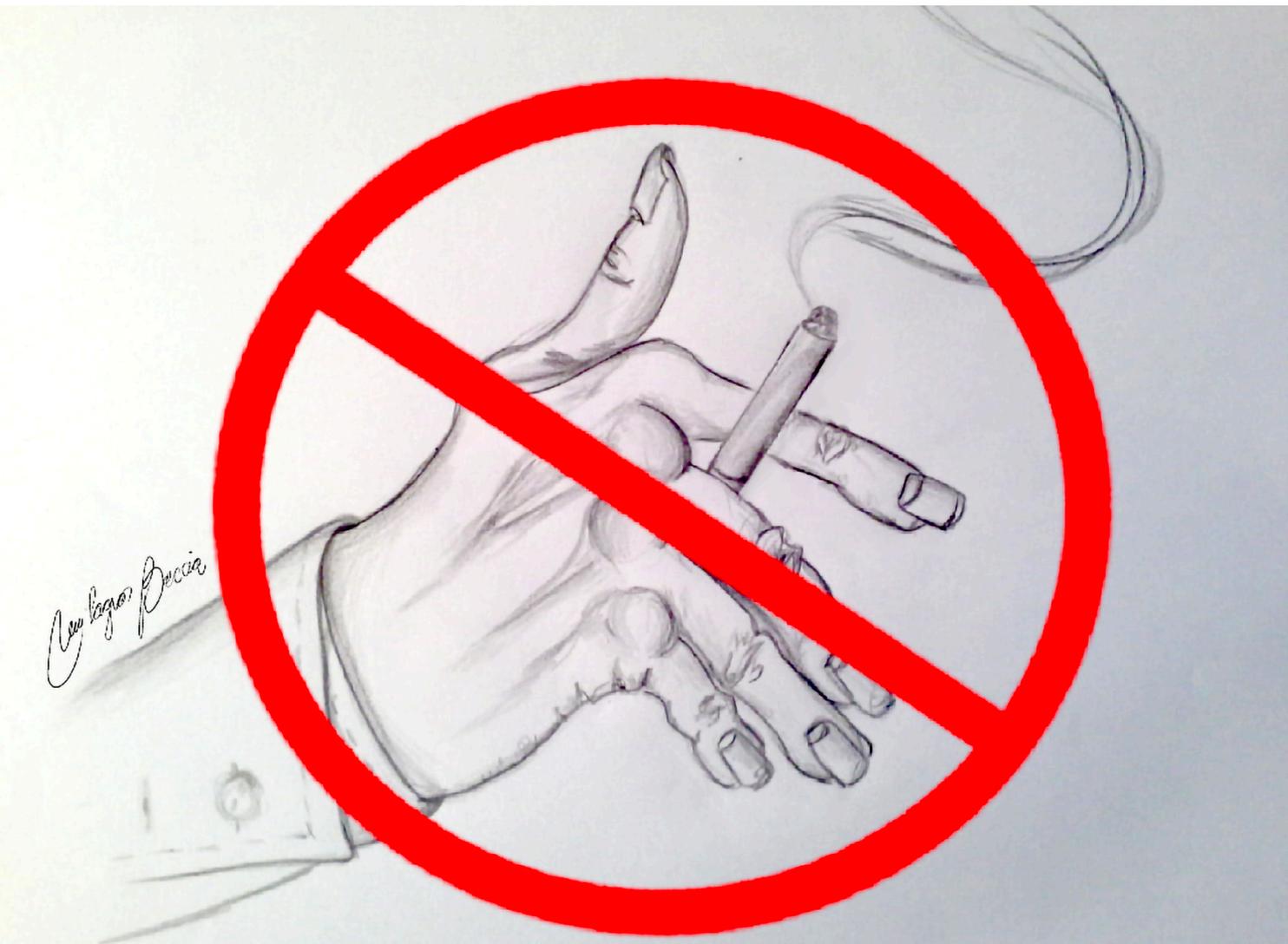
Separata

2021

BASES DE LA CESACIÓN TABÁQUICA

Dr. Carlos Mario Boccia





BASES DE LA CESACIÓN TABÁQUICA

**Para reumatólogos y dermatólogos con
pacientes bajo tratamientos biológico**

Dr. Carlos Mario Boccia

Neumonólogo (UBA) - Profesor de Medicina (USAL)
Presidente de la Sociedad Argentina de Neumonología (AMA)
(2012-2013/2014-2015/2016-2017)

Sub Director de la Carrera de
Médicos Especialistas en Neumonología
(Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires)
(2009-2013)

INDICE

Introducción.....	5
El tabaquismo como problema de salud.....	6
El tabaquismo como problema político-sanitario.....	7
¿Por qué fuman las personas?.	8
Cesación tabáquica.....	9
Abordaje terapéutico:.....	10
a. Consejo antitabaco.....	11
b. Evaluación de la motivación para dejar de fumar: Test de Prochaska....	11
c. Tratamiento:	
1. Abordaje psicosocial.....	14
2. Abordaje médico.....	16
a. Evaluación de la adicción a nicotina:Test de Fagerström.....	16
b. Tratamiento farmacológico.....	19
Indicaciones	
Contraindicaciones	
Bupropión	
Vareniclina	
Nicotina	
Elección del fármaco	
El cigarrillo electrónico.....	25
Conclusiones.....	27
Referencias.....	28

INTRODUCCIÓN

¿Por qué una separata de cesación tabáquica especialmente dirigida a los médicos reumatólogos y dermatólogos?

La respuesta es que no obstante ser la cesación tabáquica un conocimiento e intervención propia de otra especialidad, la neumonología, el impacto “específico” del tabaquismo en enfermedades reumatológicas y dermatológicas torna indispensable su conocimiento también por parte de reumatólogos y dermatólogos.

¿Significa que estos especialistas deben aumentar el área de su práctica e incluir la cesación tabáquica a su quehacer?

No necesariamente. En principio significa que el conocimiento del daño del tabaquismo en la salud, no sólo en términos generales sino también específicos, como saber la influencia que tiene el tabaquismo en sus pacientes, tanto en la aparición de la enfermedad como en su severidad, así como en la respuesta a ciertos tratamientos instaurados*, los debiera llevar a incorporar en la anamnesis las preguntas pertinentes del fumar (¿fuma? ¿cuánto? ¿desde cuándo?), incorporar la “intervención mínima en cesación” en las consultas, y derivar al neumonólogo para realizar la intervención más específica.

Sin embargo, todo médico de cualquier especialidad es bienvenido si decide incorporar en su práctica a la cesación tabáquica.

Aquí intentamos brindar sus bases.

* En los Módulos I y II de separatas previas (Artritis Reumatoide y Tabaquismo, y Artritis Psoriásica y Tabaquismo) hemos desarrollado esos tópicos.

EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD

El tabaquismo (consumo de tabaco a través de cigarrillos) es un problema de extraordinaria envergadura, con implicancias médicas, sanitarias, políticas y económicas.

En el mundo fuman 1.000.000.000 de personas ⁽¹⁾.

La Encuesta de Tabaquismo en grandes ciudades de Argentina realizada en 2004 ⁽²⁾ reveló que la prevalencia del tabaquismo en nuestro país es del 32,7 %. Otro estudio local ⁽³⁾ mostró una prevalencia en estudiantes secundarios del 32,4 % (mujeres 35%, varones 30%).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fuma el 31,9 % de la población adulta ⁽⁴⁾.

El “Informe epidemiológico sobre el consumo de tabaco en la Argentina” (Presidencia de la Nación) publicado en 2016 nos dice que el 52,9% de la población fumó alguna vez, que el 17,1% de la población fuma diariamente, y que a medida que aumenta la edad, aumenta el consumo de tabaco. Que el 48,6% de los fumadores actuales intentó dejar de fumar en los últimos 12 meses, y que sólo el 4,1% recurrió a terapias farmacológicas ⁽⁵⁾.

Desde el punto de vista estrictamente médico, fumar causa cáncer de orofaringe, laringe, esófago, tráquea, bronquios, pulmón, leucemia mieloide aguda, estómago, hígado, páncreas, riñón, uretra, cuello uterino, vejiga, colon y recto, además de causar enfermedades crónicas como ceguera, cataratas, degeneración macular, ACV, enfermedad coronaria, EPOC, aneurisma aórtico, aterosclerosis aórtica abdominal temprana en jóvenes, asma, vasculopatía periférica, artritis reumatoidea, artritis psoriásica y disfunción eréctil. Predispone a embarazo ectópico, neumonía, tuberculosis y fractura de cadera; multiplica por 30 la posibilidad de padecer diabetes tipo 2, disminuye la fertilidad femenina; el tabaquismo de la mujer además está relacionado con ciertos defectos congénitos como la hendidura orofacial ⁽⁶⁾.

El consumo de tabaco mata a más de 8.000.000 de personas cada año, y empeora la salud de muchos más ⁽⁷⁾.

El excelente informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EEUU, llamado “Las consecuencias del tabaquismo en la salud - 50 años de progreso” publicado en 2014 ⁽⁸⁾ constituye una impresionante fuente de datos acerca del tabaquismo y todas sus implicancias.

Según el informe, fumar cigarrillos es la principal causa de muerte en los EEUU.

El tabaquismo ha matado 10 veces más estadounidenses que todas las guerras en las que ese país estuvo involucrado, desde su conformación como tal.

Más de 20.000.000 de estadounidenses murieron por fumar cigarrillos, en los últimos 50 años. Más de 2.500.000 murieron por la exposición al humo de segunda mano,

humo ajeno, también llamado tabaquismo pasivo.

En la Argentina el tabaco mata 40.000 personas por año ⁽²⁾.

En 2020, la Humanidad padece una pandemia producida por un virus, llamado SARS-Cov2 y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la mortalidad es mayor entre los pacientes que tienen ciertas co-morbilidades como enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, cáncer y diabetes. A su vez, el principal factor de riesgo para desarrollar estas enfermedades es el tabaquismo ^(2,3), el cual además, según una revisión que también realizó y publicó la OMS en junio de 2020 ⁽⁹⁾ de acuerdo a la evidencia disponible, el tabaquismo se asociaría con una mayor gravedad de la enfermedad y muerte en los pacientes hospitalizados con COVID-19.

EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA POLÍTICO-SANITARIO

La epidemia del tabaquismo ha sido originada y es mantenida por la industria tabacalera.

Las medidas sanitarias están en tensión con la industria, favorecida por el miedo de los gobiernos a perder fuentes de trabajo o ingresos económicos que devienen de los impuestos a los cigarrillos, de su venta o de su producción.

Bajo estas circunstancias, la OMS convocó en 2003 a los gobiernos de los países constituyentes a la firma del Convenio Marco para el Control del Tabaco ⁽¹⁰⁾, una herramienta inédita y fundamental para la lucha antitabáquica. Este tratado internacional está destinado a regular la industria del tabaco y sus productos de manera uniforme. Desde 2005, cada año la OMS reporta nuevos hallazgos y recomendaciones del Convenio Marco.

Las consecuencias del Convenio han sido muy positivas en muchos países firmantes, aunque todavía es una victoria parcial. La OMS ha denunciado reiteradamente a la industria ^(11,12,13,14,15) y está a la vanguardia de la lucha antitabáquica.

En 1998 se produjo un hito fundamental: debido a una consecuencia legal, 6.000.000 de documentos secretos de las 7 empresas tabacaleras que hacen negocios en EEUU, estuvieron disponibles al público. Estos documentos contienen gran cantidad de información acerca de algunos de los planes, programas y procesos de las compañías de tabaco en su intento de retrasar u obstaculizar las medidas antitabaco y las políticas de control, y muestran claramente la cara oculta de la industria del tabaco.

Con la finalidad de ayudar a los periodistas, la salud pública, activistas y al público en general, en 2002 la Organización Mundial de la Salud publicó una primera edición de un manual práctico sobre esos documentos: "Lo que son, lo que nos dicen, y

cómo buscarlos”⁽¹¹⁾. La iniciativa “Liberarse del Tabaco” una 2da edición revisada y actualizada del manual, se publicó por decisión de la OMS, con el fin de proporcionar información clave a los responsables políticos y organizaciones no gubernamentales, para desarrollar estrategias de control del tabaco. Estos documentos contribuyeron a la firma de El Convenio Marco.

Actualmente la prohibición de fumar en lugares públicos, la obligación de etiquetas de advertencia, una lista de los componentes de los cigarrillos, las prohibiciones o restricciones a la publicidad y promoción, son algunos logros que unos estados pueden mostrar mejor que otros, pero que tienden a uniformar una conducta regulatoria, aunque con limitaciones, ha demostrado tener efectos benéficos. OMS informa que en el mundo cada año más personas son protegidas por las medidas de control del tabaco.

“Se ha demostrado que las leyes y políticas antitabaco reducen la incidencia de ataques cardíacos y otros episodios coronarios entre las personas menores de 65 años de edad. La evidencia sugiere que podría haber una relación entre dichas leyes y políticas, y la reducción de episodios cerebro-vasculares” - Dirección General de los Servicios de Salud de los EEUU -⁽⁸⁾.

¿POR QUÉ FUMAN LAS PERSONAS?

Como dijimos en el apartado anterior, las personas fuman debido a una compleja interacción político-socio-cultural, estimulada por intereses económicos que facilitan y/o generan conductas culturales y mantenida por una acción adictiva-farmacológica sobre la fisiología y psicología del tabaquista. Esas son los principales factores causales y de mantenimiento de este problema.

Por esta razón multicausal, la respuesta también debe ser multicausal. La principal intervención política con consecuencias socio-culturales, como también dijimos, la ejerce la OMS a través de una tarea muy activa, no sólo de difusión, sino también de elaboración de líneas directrices a los gobiernos que quieran escuchar y/o firmen actas de compromiso para iniciar o mantener la lucha antitabáquica en ese nivel.

La cesación tabáquica a la que nos referiremos de aquí en más, es la intervención sobre el usuario individual que ya ha desarrollado algún grado de adicción, y sobre el cual actuaremos los integrantes del equipo de salud, seamos médicos, psicólogos y/o psiquiatras, etc.

En este contexto la cesación tabáquica es entonces la intervención terapéutica sobre la consecuencia de aquellas poderosas causas socio-político-económico-culturales: el tabaquismo.

CESACIÓN TABÁQUICA

A los médicos asistenciales nos corresponde entonces la intervención en el caso individual del paciente, de prevenir al no fumador, de lidiar con la adicción a la nicotina tanto como con las múltiples y devastadoras consecuencias para la salud que trae aparejado el fumar cigarrillos.

No obstante la prevención que hacemos en nuestros consultorios, nuestra acción más difícil se desarrollará cuando el problema ya esté instalado y debamos plantear la cesación tabáquica.

A esta dificultad se le agrega que contamos con escasas herramientas terapéuticas.

La nicotina genera una adicción muy fuerte lo que hace que dejar de fumar cigarrillos sea difícil. Las dificultades se encuentran en relación directa con la carga tabáquica (*pack-year*), la carga diaria y el modo de fumar, el tipo de personalidad y sus circunstancias particulares, internas y ambientales.

La tasa de éxito en el primer intento es baja y el porcentaje de recaídas al año es alto, pero no debemos desalentarnos porque se considera que éstas recaídas forman parte del proceso de dejar de fumar, y porque cada nuevo intento mejora las chances de éxito.

Hay herramientas que ayudan a lograr que más del 50% deje de fumar dentro de los 3 meses de iniciado el proceso de cesación tabáquica. El mantenimiento de la cesación al año es bajo (entre el 20 y el 30%), y deberá considerarse ante una recaída re-iniciar el proceso de cesación cuando el paciente esté dispuesto a hacerlo, siempre ofreciendo nuestra disponibilidad para acompañarlo.

Todas las intervenciones que recomiendan las guías consultadas, basadas en evidencia científica, tienen una tasa específica de eficacia, unas más, otras menos, pero todas la tienen.

Aún el simple hecho de preguntar al paciente en la consulta si fuma o no, puede en el fumador ejercer un incentivo a reflexionar sobre el hecho, que habitualmente los médicos subestimamos ^(16,17). La intervención puede ser individual (en cuyo caso hay consenso en que no deben ser menos de 4 encuentros semanales de por lo menos 10 minutos cada uno), grupal (más de 5 encuentros de 1 hora cada 15 días) o telefónico (modalidad ofrecida gratuitamente por el Ministerio de Salud de la Nación -5-). Todos los modelos de intervención, sean individual, grupal o telefónico, son eficaces.

Quienes intentan dejar de fumar sin ayuda tendrían un 4% de éxito y este porcentaje se duplicaría con ayuda psicológica y/o farmacológica ⁽¹⁸⁾. Sin embargo, si se evalúa previamente la motivación para dejar de fumar, y sólo se toma en cuenta a aquellos altamente motivados, llegaríamos al 50% de éxito previamente mencionado.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL TABAQUISMO



Fig. 1

El esquema representado por la Fig.1 grafica que el 1^{er}.paso de la cesación está en la intervención mínima, que el 2do.paso consiste en la valoración por distintos métodos (Prochaska, v.gr) del grado de motivación, y el 3^{er} y último paso sería el tratamiento psicosocial/farmacológico que se haya elegido.

Del número inicial de fumadores en el que realizamos la intervención mínima, sólo una fracción llegará a estar motivado como para iniciar un tratamiento específico.

A. Consejo antitabaco

B. Evaluación de la motivación para dejar de fumar: Test de Prochaska

C. Tratamiento:

1. Abordaje psicosocial
2. Abordaje médico
 - a. Evaluación de la adicción a nicotina: Test de Fagerström
 - b. Tratamiento farmacológico

A. Consejo antitabaco:

En el consultorio es muy relevante incorporar a la historia clínica de nuestros pacientes, una anamnesis sobre tabaquismo; ¿fumó, fuma o no? y en caso de una respuesta afirmativa, ¿carga tabáquica? ¿tiempo que pasa entre el despertar y el encendido del 1er cigarrillo? ¿dejó alguna vez de fumar? Y luego, realizar el consejo antitabaco, que consiste en alentar a dejar de fumar dado los beneficios inmediatos que ello trae aparejado, los cuales además es aconsejable sean explicitados (“a las 48 hs se normalizan los sentidos del gusto y del olfato, a las 72 hs se normaliza la función respiratoria si no se desarrolló EPOC, a los 6 meses se reducen los catarros, los resfríos y las molestias de garganta, al año se reduce a la mitad el riesgo de infarto de miocardio y es menor el riesgo de trombosis o embolias cerebrales, a los 3-4 años prácticamente se iguala el riesgo de padecer enfermedades del corazón con los que nunca fumaron, y a los 10 años prácticamente se iguala el riesgo de padecer cáncer de pulmón y accidentes cerebro-vasculares a los no fumadores”⁽¹⁹⁾). A esto realizado en apenas minutos, se le denomina intervención mínima en tabaquismo y no debe ser subestimado.

B. Evaluación de la motivación para dejar de fumar: Test de Prochaska

Las intervenciones más intensas que la intervención mínima (que no debe obviarse nunca), aún con terapia farmacológica, están destinadas al fracaso si la persona no quiere dejar de fumar.

Por lo tanto es altamente recomendable realizar una evaluación previa a otras intervenciones, sobre el status del paciente (grado de motivación) respecto del tabaquismo, ya que todo médico que atienda medicina general, clínica médica, cardiología, neumonología, etc, en un consultorio en el cual pregunte a su paciente si fuma, en caso de obtener una respuesta afirmativa, habrá observado que al repreguntar si desea dejar de fumar, prácticamente el 100% responderá “sí”. Sin embargo, profundizando nuestro diálogo con ese y otros pacientes, a lo largo de unos pocos minutos sabremos que unos pocos de ellos están dispuestos a dejar de fumar, otros se muestran ambivalentes, otros decididamente no están dispuestos a dejar, etc., dejándonos la impresión de que el “sí quiero dejar de fumar” de la primera respuesta, no siempre es consistente con la actitud ulterior, o no tiene el mismo significado para todos ellos, o hay implicado algún factor que no estamos considerando.

El factor del que hablamos es la “motivación”.

Si separamos por grupos a unos y otros (ambivalentes, convencidos, negadores, etc.) veremos que el éxito de la cesación tabáquica difiere entre los grupos, pero tendrán una tasa similar en aquellos pertenecientes a un mismo grupo.

La primera consecuencia de lo anterior, es que hay varias “categorías” de pacientes fumadores en relación a su motivación.

La segunda implicancia de esta observación, es que no todos aceptarán recibir un tratamiento para dejar de fumar, ni aún aquellos que ante la 1^{ra} pregunta respondieron que “sí” querían dejar de fumar.

La 3^{ra} observación: No todos los predispuestos deben recibir el mismo tratamiento.

1. Hay varias “categorías” de pacientes fumadores según su motivación para dejar de fumar

2. No todos aceptarán un tratamiento para dejar de fumar

3. No todos los predispuestos deben recibir el mismo tratamiento

Se deduce entonces que la evaluación de la motivación para dejar de fumar, es un paso previo y fundamental, antes de hacer una propuesta más compleja de cesación tabáquica.

Hay varias formas, test y pruebas de esta evaluación. Mencionaremos sólo la más utilizada, la de Prochaska, aunque hay guías que utilizan otros como el test de Richmond, escala analógico visual ⁽²⁰⁾, y otras.

Prochaska y DiClemente durante las décadas del 80 y 90 ⁽²¹⁻²⁴⁾ estudiaron, diseñaron y publicaron, un modelo de evaluación que les permitió describir lo que llamaron “Etapas del cambio”, es decir, una serie de categorías que sentó las bases de una aproximación para evaluar el momento en que se encuentra cada paciente respecto de su actitud hacia la cesación tabáquica (ellos se referían a las adicciones en general, y al tabaquismo en particular). Indagaron sobre la conducta y las condiciones para el cambio de la misma y concluyeron que conocer la etapa en que se encuentra permitiría realizar una u otra intervención terapéutica.

Prochaska y DiClemente estudiaron cómo cambian las personas por su propia cuenta en comparación con tratamientos formales, e identificaron 4 etapas del cambio y llamaron a esto Modelo de Terapia Transteórico ⁽²²⁾. Luego en sucesivos trabajos fueron extendiendo el número de estas etapas.

El Modelo Transteorético y las Etapas del Cambio de Prochaska están ampliamente difundidos en todo el mundo y aún cuando no hay evidencia científica respecto de

su eficacia, es una herramienta muy valiosa que se utiliza en la mayoría de las guías nacionales e internacionales de cesación tabáquica.

De acuerdo a estos autores, todo adicto progresa de manera evolutiva y cíclica a través de las etapas que describieron (**ver tabla 1**).

Diagnóstico de la etapa del cambio

Para realizar el diagnóstico de la etapa del cambio en que se encuentra nuestro paciente, se deben realizar 3 preguntas muy sencillas (**ver algoritmo 1**).

Una vez respondidas las 3 preguntas, sabremos en qué etapa de Prochaska se encuentra el paciente. El fin de esta determinación es saber qué intervención específica debemos utilizar. Así, una vez evaluado y establecida la etapa o estadio en que se encuentra el paciente, podremos hablar del tratamiento que ofreceremos.

Tabla 1: EVALUACION DE LA MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR

1. ETAPAS DEL CAMBIO DE PROCHASKA

1. PRE-CONTEMPLACION	No piensa en dejar de fumar, no piensa en su posibilidad, le gusta fumar.
2. CONTEMPLACION	Ambivalente; piensa en dejar de fumar pero encuentra excusas para no hacerlo.
3. PREPARACION	Persona preparada para dejar de fumar durante el próximo mes.
4. ACCION	Deja de fumar (entrará en abstinencia)
5. MANTENIMIENTO	Dejó de fumar. Tiene deseos de fumar ante determinadas circunstancias. Cuando ya no tiene deseos, pasa a la etapa siguiente.
6. FINALIZACION	No tiene deseos de fumar, es un exfumador.
7. RECAIDA	Es parte del proceso del dejar de fumar. Puede volver a cualquier etapa anterior.

Algoritmo 1

DIAGNÓSTICO DE LA ETAPA DEL CAMBIO



C. Tratamiento:

En las etapas pre-contemplativa y contemplativa, la intervención más adecuada es la psicosocial.

C.1 - Abordaje Psicosocial:

• **En la etapa pre-contemplativa:**

Identificación de mecanismos de defensa frente al cambio, identificación de causas que llevan al paciente a fumar, señalar los beneficios que trae aparejado dejar de fumar. Evaluación del ambiente social en que se desenvuelve el paciente, para identificar qué relaciones pueden brindar sostén. Evaluar si hubo intentos previos de dejar de fumar e identificar causas asociadas a la recaída.

No asustar, informar. No apurar a pasar a otra etapa, puede no estar preparado.

En la etapa contemplativa (ambivalente):

Facilitar la movilización para superar la duda sobre el inicio de la cesación; detección de situaciones gatillo que lo llevan a fumar; desarrollo de conductas alternativas; reflexión.

En las etapas de preparación y acción, las intervenciones más adecuadas son la psicosocial más la farmacológica (según la carga tabáquica)

• En la etapa de preparación:

Ofrecer estrategias sustitutivas del acto de fumar, alternativas de solución al aumento de peso asociado a la cesación y a la pérdida del placer de fumar; subrayar los beneficios para su salud y la de sus convivientes que trae aparejada la cesación. Facilitar el compromiso, preparar el plan para dejar de fumar, elegir el día "D" (de acuerdo a las conclusiones de un metaanálisis -16- la chance de éxito aumenta 4 veces la posibilidad de dejar de fumar cuando se acuerda un día pre-fijado y súbitamente); invitar a firmar el compromiso en la HC; sugerirle que difunda su decisión entre sus allegados. Se debe informar sobre los efectos de la abstinencia (físicos y psicológicos) y prepararlo para enfrentarla psicológica y farmacológicamente. Si se decidió sumar el tratamiento farmacológico, es en esta etapa que se debe instruir acerca del tratamiento, su dosificación y sus posibles efectos adversos. El inicio del tratamiento tanto con bupropión como con vareniclina, se inicia unos días antes del día "D" (el día señalado previamente como el de cesación tabáquica, como ya dijimos), y forma parte de la etapa de preparación.

• En la etapa de acción:

Llegó el día "D" y dejó de fumar. Es una etapa con alta tasa de recaídas por lo que se debe optimizar su atención y utilizar lo aprendido en el abordaje psicosocial. Evitación de situaciones gatillo. El tratamiento farmacológico (en quienes lo estén recibiendo) continuará por meses luego de la cesación. Ahora, obviamente, es cuando más se padece la abstinencia.

El síndrome de abstinencia está conformado por irritabilidad, taquicardia, palpitaciones, insomnio, cambios en el estado de ánimo, cefalea, deseos intensos de fumar ("craving" = ansia, sed). Es la conjunción -ante la ausencia de la droga- de la dependencia nicotínica y la dependencia psicológica; debe estar prevenido ante su aparición.

- **En la etapa de mantenimiento:**

Es una etapa caracterizada por el esfuerzo en evitar la recaída, tanto como disfrutar el logro de la cesación. Volver a remarcar los beneficios para la salud. Sabe que el “craving” dura instantes y encontró -con la ayuda de la intervención psicosocial- formas de atravesar este momento; ante la abstinencia nicotínica tiene la ayuda de la terapia de sustitución (ver más adelante). Pero también debe enfrentar con conductas activas la tendencia a ganar peso. Subrayar que es una nueva vida la que emprende, donde es importante incorporar gratificaciones no adictivas que antes no ejerció, tanto como aumentar la actividad física ajustada a su edad y a la existencia de comorbilidades.

- **En la etapa de la recaída:**

Volvió a fumar. Vuelve a cualquier etapa de las anteriores. Volver a trabajar desde la etapa identificada.

En cuanto al enfoque psicológico, la mayoría de las guías utilizan abordajes cognitivos-conductuales.

Este opúsculo escrito por un médico está dirigido a médicos, y si bien no es posible abundar en el abordaje psicosocial que incluye, no sólo modalidades individuales, sino también grupales, intervenciones telefónicas, aplicaciones de teléfonos celulares, etc., es inevitable hacer las referencias anteriores para resaltar su importancia, ya que el tratamiento farmacológico es sólo una de las vertientes del abordaje de esta adicción.

Por eso lo ideal es una intervención multidisciplinaria, donde lo psicosocial y lo farmacológico es atendido por lo menos por dos profesionales.

C.2 - Abordaje médico:

- **Evaluación de la adicción a nicotina: Test de Fagerström**

Una vez evaluada la motivación para dejar de fumar, se debe evaluar el grado de dependencia a la nicotina. Para esto nos valemos del test de Fagerström (**ver tabla 2**) que nos permite considerar la necesidad o no de utilizar una terapia de sustitución nicotínica, además de informarnos acerca del grado de dificultad que tendrá el paciente en la cesación.

Es un test sencillo que actualmente consta de 6 preguntas -en 1978 Fagerström lo hizo de 8 preguntas que en 1991 fue ajustado al número actual (25)- a partir de cuyas respuestas se obtiene una puntuación que nos marcará el grado de dependencia.

Tabla 2: EVALUACION DE LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA

TEST DE FAGERSTRÖM

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
1. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	de 6 a 30 minutos	2
	de 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	No	0
	Si	1
3. ¿Qué cigarrillo le costaría más suprimir?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos	0
	de 11 a 20	1
	de 21 a 30	2
	más de 31	3
5. Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
6. ¿Fuma usted cuando está en cama debido a una enfermedad?	Si	1
	No	0

La dependencia se cuantifica de 0 a 10 puntos, cuanto más puntaje más dependencia. Se los identifica en 3 grupos (ver tabla 3).

Tabla 3	
INTERPRETACION DE RESULTADOS DEL TEST DE FAGERSTRÖM	
PUNTAJE	DIAGNÓSTICO
0 a 4	Poco dependiente de la nicotina
5 - 6	Dependencia media
7 - 10	Dependencia alta de la nicotina

Tabla 4	
ADAPTACIÓN DEL RESULTADO DEL TEST DE FAGERSTRÖM AL TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN NICOTÍNICA	
0 a 4 puntos	Bajo grado de dependencia: Sería posible dejar de fumar sin recurrir a sustitutos de nicotina. Debe considerarse que hay metabolizadores lentos que padecen abstinencia aún con bajo puntaje.
5 a 6 puntos	Grado medio de dependencia: Es recomendable el uso de sustitutos nicotínicos.
7 a 10 puntos	Alto grado de dependencia: Muy posiblemente requerirá terapia farmacológica combinada.

No obstante debe señalarse que el sólo número de cigarrillos/día no siempre es el indicador de mayor relevancia para decidir la sustitución nicotínica. Por ejemplo, si bien se considera que fumar menos de 10 cigarrillos/día no es una indicación de esta terapia, hay personas que padecen abstinencia nicotínica aún con menos de 10 cigarrillos/día. Identificarlos es importante a los fines del éxito terapéutico.

También considerar que la pregunta 1 del test de Fagerström: “cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su 1^{er} cigarrillo”, es un indicador de gran valor por sí

mismo, del grado de dependencia nicotínica.

En función de esto último, aún fumando menos de 10 cigarrillos/día, si el 1ro. lo fuma antes de los 5´ de levantarse, tiene un alto valor predictivo y debe interpretarse como alta dependencia nicotínica.

• **Tratamiento farmacológico:**

Indicaciones:

- Todo paciente motivado para dejar de fumar

Contraindicaciones relativas generales (independientes del fármaco):

- Embarazo

- Lactancia

- Adolescencia

- Consumo menor a 10 cigarrillos/día

Contraindicaciones relativas específicas del fármaco: ver tablas 5, 6 y 7

DROGAS:

• **Bupropión**

Es un antidepresivo que se metaboliza en el hígado a través del citocromo P-450, por lo cual influye en el metabolismo de otras drogas.

Este punto implica una cantidad de interacciones que deben tomarse en cuenta al prescribirlo, siendo imperioso interrogar sobre la medicación pre-existente que recibe el paciente al momento de indicar bupropión, así como lo hacemos habitualmente al prescribir cualquier otra medicación.

Se elimina mayoritariamente por riñón.

Sus efectos adversos más frecuentes son el insomnio y la constipación. Se sugiere que si el paciente toma benzodiazepinas, no deje de hacerlo, y si presenta el efecto adverso insomnio, aumente la dosis de la benzodiazepina (la cual además puede ver afectada su dosis efectiva por el mismo bupropión). El manejo de la constipación, se hace como el de cualquier otra causa funcional.

Por lo tanto, los efectos adversos más comunes son fácilmente manejables.

El efecto adverso más temido es la convulsión. Este es dosis dependiente, es muy infrecuente observarlo a la dosis habitual, y contraindica su uso en epilépticos

(además aumenta el metabolismo de la mayoría de las drogas anticomociales).

Como sucede con casi todos los antidepresivos (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, mirtazapina, nefazodone, paroxetina, sertralina, y venlafaxina) puede presentar un efecto paradójico y aumentar la depresión (lo que incluye la ideación suicida). El uso concomitante con IMAO está contraindicado. Debido a los párrafos anteriores, para los pacientes que padezcan depresión mayor tratados con otros antidepresivos se sugiere un manejo conjunto entre psiquiatra y especialista en cesación tabáquica ²¹.

Modo de uso en la cesación tabáquica: iniciar una toma diaria matinal de 150 mg, de 3 a 5 días antes del "día D". A partir del "día D", se aumenta la dosis a 150 mg cada 12 hs. Considerar administrar la 2da dosis antes de la noche (recordar la posibilidad de insomnio); ya que el intervalo inter-dosis mínimo es de 8 hs sería aconsejable por ejemplo, administrar la dosis matinal a las 8 hs, y la 2da dosis a las 18 hs.

Si a las 2-3 semanas con bupropión no se logró la cesación, diagnosticar fracaso en el intento y suspender el tratamiento farmacológico. Continuar con la intervención psicosocial. Las opciones farmacológicas son: 1) continuar con bupropión los 3 meses aunque no haya dejado de fumar, 2) interrumpir el bupropión a las 2-3 semanas como se dijo antes, luego de un tiempo de descanso y reevaluación con test de Prochaska y Fagerström, reiniciar tratamiento con bupropión, 3) asociarlo a nicotina en parches si no se lo hizo antes 4) rotar la droga a vareniclina.

La posibilidad de aumentar la dosis del bupropión a 450 mg/d no está contemplada en cesación tabáquica, aunque se lo pueda encontrar como indicación en alguna literatura. Debería estar muy claro el beneficio buscado frente al riesgo de convulsiones, que es de 1/4000 entre pacientes que reciben entre 300 y 400 mg/d, y que aumenta más de 100 veces cuando se usan de 450 a 600 mg/d. Por lo tanto enfatizamos que aunque se encuentre escrito, ésta dosis no debe usarse nunca en cesación tabáquica, para la cual la dosis máxima es de 300 mg/d, dividida en 2 dosis de 150 mg.

Hechas estas salvedades, el bupropión es una droga de uso seguro, cuando se la utiliza sin superar la dosis de 300 mg/d dividida en 2 dosis de 150 mg con un intervalo no menor a 8 hs. Es además la droga más comúnmente asociada a la nicotina cuando se administra terapia de sustitución nicotínica.

Si bien la terapia concluye normalmente a los 3 meses, en los pacientes EPOC que no han dejado de fumar, se lo puede mantener durante 6 meses (20).

Tabla 5

1. BUPROPIÓN

PRESENTACIÓN	Comprimidos de 150 y 300 mg
DOSIS HABITUAL	Inicio con 150 mg/día x 5 días. Continuación con 150 mg c/ 12 hs
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	8 - 12 semanas
CONTRAINDICACIONES	Epilepsia y toda enfermedad que curse con convulsiones; traumatismo de cráneo reciente, anorexia o bulimia, interrupción súbita de alcohol o sedantes (incluyendo benzodiazepinas). Mujer que amamanta.
EFFECTOS ADVERSOS	Boca seca, constipación, insomnio, convulsiones, taquicardia, cefalea, sudoración inusual, náuseas y vómitos.
INTERACCIONES	Teofilina, alcohol, carbamacepina, fenobarbital, amantadina, tramadol, corticoides, ritonavir, B bloqueantes, IMAO, ticlopidina, clopidogrel, sertralina, paroxetina, citalopram, nortriptilina, risperidona, tioridazina, zolpidem.
PRECAUCIONES	Depresión mayor y otras enfermedades psiquiátricas, DBT tratada con hipoglucemiantes orales, disfunción hepática y renal, gerontes, IAM, ideación suicida.

• Vareniclina

La vareniclina es un agonista parcial de los receptores nicotínicos de acetilcolina alfa4beta2; es un ansiolítico y ayuda a dejar de fumar mediante el alivio de los síntomas de abstinencia de nicotina y la reducción de sus propiedades gratificantes. Es la más nueva de las drogas utilizadas en la cesación, y la única desarrollada para este fin. En 2006 fue aprobado en EEUU y Europa para su uso en la cesación tabáquica. En 2007 debido al reporte del fabricante sobre aumento en ideación suicida y cambios de conducta en pacientes que recibían vareniclina, la FDA ⁽²⁶⁾ recomendó a los médicos vigilancia estricta de sus pacientes y a los pacientes que reportaran a sus médicos cualquier cambio de conducta. No quedó claro si estos casos se debían a la vareniclina, a la abstinencia nicotínica o a enfermedad psiquiátrica pre-existente, y aunque algunos de los pacientes no tenían este antecedente, no se ha establecido una relación de causalidad. En Medline Plus, de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU e Institutos Nacionales de la Salud, en la actualidad ⁽²⁷⁾ hay una advertencia para pacientes donde además se los instruye a que reporten a sus médicos situaciones como las mencionadas.

No está demostrado si esto es por la vareniclina. Según Cochrane Reviews 2013 (Tsio DT): “No hubo diferencias significativas en los síntomas psiquiátricos entre los grupos vareniclina y placebo. Sin embargo, hubo informes de ideación suicida y comportamientos de dos personas en la vareniclina”.

Los efectos adversos más frecuentes son náuseas - 30% - ⁽²⁸⁾, insomnio y cefalea.

Se la considera la más eficaz de todas^(28, 29), en especial si se toma en cuenta el mantenimiento de la abstinencia al año, y su uso en pacientes EPOC no motivados.

La *American Thoracic Society* (ATS) recomienda ⁽²⁹⁾ iniciar la cesación con vareniclina, más reemplazo nicotínico (nosotros agregaríamos: según la evaluación de la adicción a la nicotina por el test de Fagerström).

El *American College of Chest Physicians*⁽³⁰⁾ refiere que la vareniclina es la más efectiva como monoterapia.

El *American College of Cardiology* ⁽³¹⁾ sugiere que adicionar nicotina a la vareniclina es una opción si fracasa el uso de vareniclina sola.

Modo de uso: los comprimidos o tabletas deben tomarse con un vaso de agua lleno y luego de las comidas. Se inicia el tratamiento 1 semana antes del “día D”, con 0,5 mg por la mañana durante 3 días, para aumentar la dosis a 0,5 mg c/ 12 hs los días 4 a 7. El día 8 es el “día D”, y debe nuevamente aumentar la dosis a 1 mg c/ 12 hs hasta el final del tratamiento que será de 12 semanas si dejó de fumar (puede haber seguido fumando durante todo ese tiempo en forma simultánea al tratamiento). Si no dejó de fumar, puede seguir por otras 12 semanas si consideramos que sigue habiendo chances de cesación en las circunstancias particulares de ese paciente. Cuando finaliza, o al interrumpir por efectos adversos u otras causas, debe hacerlo en forma gradual. El intervalo inter-dosis mínimo es de 8 hs.

Tabla 6

2. VARENICLINA

PRESENTACIÓN	Comprimidos de 0,5 y 1 mg
DOSIS HABITUAL	Dosis progresivas: 0,5 mg/d por 3 días; 0,5 mg c/12 hs días 4 a 7; 1 mg c/ 12 hs hasta fin del tratamiento. Intervalo interdosis no menor a 8 hs. Ajustar c/ clearance de creatinina entre 30 y 50 ml/min a 1mg/d como dosis máx.
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	12 semanas. Se puede prolongar a 6 meses
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad a la vareniclina.
EFFECTOS ADVERSOS	Náuseas, vómitos, ideación suicida, agresividad, somnolencia.
INTERACCIONES	No presenta
PRECAUCIONES	Tomar los comprimidos con alimentos p/ disminuir efectos gastrointestinales.

- **Nicotina**

La nicotina inhalada desde los cigarrillos es altamente adictiva, pero son las toxinas y los carcinógenos del humo del tabaco -no la nicotina- la causa de enfermedad y muerte¹⁶. El mejor camino para reducir la enfermedad y muerte es dejar de fumar. Y lo mejor sería hacerlo abruptamente¹⁰. Esta es la base de la terapia de reemplazo nicotínico, la cual consiste en dejar de fumar carcinógenos y toxinas y aliviar la abstinencia proporcionando la nicotina en forma de parches, chicles, caramelos o spray nasales, pero al mismo tiempo contextualizado en un plan de reducción gradual de la carga nicotínica. Por esta razón no sería correcto argumentar contra la terapia de reemplazo nicotínico con la afirmación: “cambiar una adicción por otra”.

La nicotina puede ser administrada de varias formas. Destacaremos los parches y los chicles pues son los más habitualmente utilizados. Subrayamos que el tratamiento de reemplazo debe tener un tiempo limitado, ajustando la dosis a la carga tabáquica

diaria que el paciente estaba consumiendo, y habiendo realizado una evaluación previa a través de los test de Prochaska y de Fagerstrom.

No debe recibirse nicotina en forma de chicles o parches y mientras se continúe fumando, ya que el riesgo de intoxicación nicotínica es alto. Es una contraindicación formal. Por eso explicar pormenorizadamente esto último, y ajustar el inicio del tratamiento de reemplazo al día "D".

Parches: son más efectivos que los chicles. Vienen de 3 dosis/tamaño diferentes, para realizar la terapia sustitutiva primero, y luego ir disminuyendo la dosis (ver tabla 6).

Chicles: las gaseosas, el café y los alimentos disminuyen su absorción. Masticarlos lentamente luego de por lo menos 15' después de comer. Cuando aparece un picor en la boca, dejar de masticar (se está liberando nicotina). Luego del minuto repetir la masticación de la misma forma intermitente hasta la media hora cuando se puede descartar. Si fumaba más de 20 cigarrillos por día, iniciar con chicles de 4 mg. Con menos de 20 cigarrillos por día, iniciar con chicles de 2 mg. Esquema de dosificación: ver tabla 7.

Tabla 7

3. NICOTINA

3a. PARCHES (para absorción transdérmica)

PRESENTACIÓN	10 cm ² , 20 cm ² , 30 cm ²
DOSIS HABITUAL	30 cm ² x 4 semanas, 20 cm ² x 2 semanas, 10 cm ² x 2 semanas (para fumadores de > de 20 c/d)
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	8 semanas
DURACIÓN DEL PARCHES	24 hs (se puede retirar para dormir)
CONTRAINDICACIONES	Enfermedades de la piel
EFFECTOS ADVERSOS	Reacciones de hipersensibilidad, trastornos del sueño, palpitaciones, cefalea, irritabilidad.

Tabla 7

3. NICOTINA

3b. CHICLES

PRESENTACIÓN	2 mg y 4 mg
DOSIS	Semana 1 a 6: 1 chicle cada 1 ó 2 hs; semana 7 a 9: 1 cada 4 hs; semana 10 a 12: 1 cada 6 a 8 hs.
DOSIS MAXIMA	24 chicles por día
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	12 semanas
CONTRAINDICACIONES	Enfermedad de la mucosa oral o trastornos de la masticación; uso concomitante de tabaco; IAM reciente, ACV reciente.
EFFECTOS ADVERSOS	Gastritis, dolor mandibular, úlceras orales
PRECAUCIONES	Angor, arteriopatía periférica, gastritis, esofagitis, uso concomitante con insulina.

Elección del fármaco

No obstante que los datos de eficacia y seguridad deben tomarse muy en cuenta, algunos de los cuales ya fueron señalados en esta separata, finalmente la elección del fármaco está determinada por las comorbilidades preexistentes y por la preferencia y experiencia del médico.

EL CIGARRILLO ELECTRÓNICO Y DEMÁS DISPOSITIVOS LLAMADOS ENDS

(Electronic nicotine delivery systems)

El tabaquismo está promovido por la industria del tabaco, es decir, por enormes intereses económicos que también se han involucrado en una relativamente nueva modalidad de dispositivos que entregan tabaco: el llamado cigarrillo electrónico.

Como señalamos en un artículo reciente ⁽³²⁾ el cigarrillo electrónico no es una

alternativa para dejar de fumar.

La ANMAT tiene prohibida su venta, distribución, transporte y publicidad desde hace años.

La Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Respiratoria Europea (ERS), la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT) y las principales sociedades respiratorias de Latinoamérica nos oponemos categóricamente a considerar al cigarrillo electrónico como una opción válida para dejar de fumar.

De hecho la OMS tiene una política antitabaco muy activa, y esto también incluye al cigarrillo electrónico.

Las causas de esta posición trascienden el objetivo de esta separata pero baste decir que el cigarrillo electrónico ni es más eficaz que los parches de nicotina para dejar de fumar, ni es inocuo, y en este sentido me refiero tanto a largo plazo como a corto plazo.

El cigarrillo electrónico contiene glicerina, propilenglicol, dietilenglicol, nitrosamina y el vapor contiene acroleínas, acetaldehído, formaldehído, metales pesados como níquel, plomo y cromo. Y es además el responsable de un síndrome llamado EVALI (E-cigarette or Vaping Use-Associated Lung Injury) ⁽³³⁾.

Sin embargo, para quienes están interesados en este tema en particular, también deben saber que la presión de la industria tabacalera y de algunas asociaciones médicas (Royal College of Physicians, England) así como la posición regulatoria de la FDA (EEUU) -"la FDA no tiene autoridad para incluir los e-cigs en las políticas libres de humo o aumentar la edad mínima legal de venta"- ⁽³³⁾ estimulan la discusión en torno a la "política de reducción de daños" ⁽³⁴⁾ como estrategia de salud pública. Esta estrategia está basada en la menor cantidad de componentes deletéreos del cigarrillo electrónico vs el cigarrillo de combustión.

Desde el punto de vista médico y sanitario, es muy difícil aceptar que la política de reducción de daños tienda a la salud respiratoria.

Como médicos debiéramos continuar advirtiendo a la comunidad y a nuestros pacientes el riesgo para la salud que conlleva vapear.

CONCLUSIONES:

Los daños a la salud que produce el tabaquismo, son extraordinarios en cantidad y calidad.

Gracias a las políticas antitabaco, en los EEUU la prevalencia del tabaquismo ha disminuido del 42% en 1965 al 18% en el 2012.

No obstante la disminución del consumo de cigarrillos per cápita y a la disminución de su prevalencia, la lista de enfermedades causadas por el tabaquismo ha continuado en aumento. Esto indicaría un aumento de la letalidad de los cigarrillos.

Hoy sabemos que en ese listado se inscriben con especial fuerza enfermedades reumatológicas y dermatológicas, que no sólo son producidas por el tabaquismo, sino que también éste influye negativamente en la evolución de la enfermedad y en los resultados que se esperan de tratamientos muy eficaces como son los tratamientos biológicos.

Por lo tanto el fundamento de esta separata es difundir entre los médicos que diagnostican y tratan estas enfermedades, los conocimientos básicos sobre la influencia negativa del tabaquismo, y como ya dijimos, no sólo en haber producido o agravado la enfermedad, sino también en la menor chance de éxito terapéutico que se tendrá de persistir el tabaquismo.

Es un conocimiento que reumatólogos y dermatólogos deben incorporar para que hablen con sus pacientes, para que realicen la intervención mínima, para que deriven a sus pacientes al neumonólogo, o si se sienten entusiasmados para iniciar por sí mismos una intervención de cesación más profunda, que lo hagan.

¡Adelante entonces!

REFERENCIAS

- 1** Reitsma MB, Fullman N, Salama JS, et al (GBD 2015 Tobacco Collaborators). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2017, (389): 1885-1906. Disponible en:
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2930819-X>
- 2** Encuesta de tabaquismo en grandes ciudades de Argentina. 2004. Programa Nacional de Control de Tabaco.
- 3** Verra F, Zabert G, Ferrante D, Morello P, Virgolini M. Consumo de tabaco en estudiantes de educación secundaria de Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25 (3):227–33.
- 4** Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Situación del tabaquismo en la Ciudad. La adicción al tabaco en cifras. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/programadeprevencionycontroldeeltabaquismo/situacion-del-tabaquismo>
- 5** Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Presidencia de la Nación. Informe Epidemiológico sobre el consumo de Tabaco en Argentina. 2016.

Disponible en: [InformeZEpidemiologicoZsobreZelZConsumoZdeZTabacoZenZArgentina.ZAbrilZ2016.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/InformeZEpidemiologicoZsobreZelZConsumoZdeZTabacoZenZArgentina.ZAbrilZ2016.pdf) (observatorio.gov.ar)
- 6** US Department of Health and Human Services 2004, 2006, 2012.
- 7** Blanco Marquizo A. WHO 4/5/2020. Tobacco control during the COVID-19 pandemic: how we can help. Disponible en: <https://www.who.int/ctc/secretariat/head/statements/2020/tobacco-control-during-covid-19-pandemic/en/> accedido el 7.6.2020
- 8** Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, 2014.
- 9** WHO. Smoking and Covid-19. Scientific Brief. 30.6.2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/smoking-and-covid-19>
- 10** WHO. Framework Convention of Tobacco Control. 2005. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=C21130B5AE3F528CEC63E502AC3DD233?sequence=1>
- 11** WHO. The Tobacco Industry Documents. What they are, what they tell us, and how to search them. A Practical Manual. World Health Organization.
- 12** WHO Report on the global Tobacco Epidemic. Warning about the dangers of tobacco. 2011. World Health Organization.

- 13** WHO. Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2012. World Health Organization.
- 14** WHO. Confronting the Tobacco Epidemic. In a New Era of Trade and Investment Liberalization. 2012. World Health Organization.
- 15** OMS. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Organización Mundial de la Salud.
- 16** Kottke T et al. Attributes of Successful Smoking Cessations Interventions in Medical Practice. A Meta-analysis of 39 Controllars Trials. JAMA. 1988; 259 (19) 2883-2889
- 17** Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, 2001.
- 18** WHO Report on the global Tobacco Epidemic, 2019. Offer help to quit tobacco use. Disponible en: WHO | WHO report on the global tobacco epidemic 2019
- 19** GCBA. Querés dejar de fumar? Disponible en: [queres-dejar-de-fumar-2020 \(buenosaires.gob.ar\)](http://queres-dejar-de-fumar-2020.buenosaires.gob.ar)
- 20** SEPAR. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con EPOC. Normativa SEPAR n° 60. 2012. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Disponible en: Normativa 60. Tratamiento del Tabaquismo en fumadores con EPOC by SEPAR - issuu
- 21** Prochaska J and Di Clemente C. Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1982; Vol 19 (3)
- 22** Prochaska J, Velicer W, Di Clemente C and Fava J. Measuring Processes of Change: Applications to the Cessation of Smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988; Vol. 56 (4) 520-528

BASES DE LA CESACIÓN TABÁQUICA

- 23 Di Clemente C, Prochaska J, Fairhurst S et al. The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; Vol. 59 (2) 295-304
- 24 Prochaska J, Di Clemente C, Norcross J. In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*. 1992; Vol 47 (9) 1102-1114.
- 25 Heatherton TF, Koslowski LT, Frecker R, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Adiction*. 1991 (86) 1119-1127
- 26 US Food and Drug Administration 2007. Early Communication About an Ongoing Safety Review Varenicline (marketed as Chantix). http://web.archive.org/web/20071205222932/http://www.fda.gov/cder/drug/early_comm/varenicline.htm
- 27 Medline Plus. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Información para Ud. Vareniclina. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a606024-es.html>
- 28 Jorenby DE et al. Efficacy of Varenicline, an alfa4-beta2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation. A Randomized Controlled Trial. *Jama* 2006;296(1):56-63
- 29 Leone F, Zhang Y, Evers-Casey S, et al (on behalf of the American Thoracic Society Assembly on Clinical Problems). Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202(2): e5-e31
- 30 Sachs D, Leone F, Farber H, et al. Tobacco-Dependence Treatment Tool Kit Committee. American College of Chest Physicians; 2010. 3rd ed. Glenview, IL. Disponible en: <https://foundation.chestnet.org/wp-content/uploads/2020/04/Tobacco-Dependence-Toolkit.pdf>
- 31 Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, et al. ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: a Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:3332-3365
- 32 Boccia CM. Cigarrillo electrónico. ¿Fin de la discusión? 7.3.2020. *Intramed*. https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=95639&fuente=inews&utm_source=inews&uid=441351

- 33** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products. Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products | Electronic Cigarettes | Smoking & Tobacco Use | CDC Accedido el 14.2.2021
- 34** Fairchild A, Ju Sung Lee, Bayer R, et al. E-Cigarettes and the Harm-Reduction Continuum. *N Engl J Med.* 2018;378(3):216-219

Los conceptos que se expresan en esta publicación son exclusiva responsabilidad de su autor y no involucran necesariamente el pensamiento del editor.

SEPARATA MONTEPELLIER
Publicada por Química Montpellier S.A.
Virrey Liniers 673 - C.A. Bs. As.
Director: Dr. Leonardo Rizzo



TRADICION Y FUTURO EN LA TERAPEUTICA ARGENTINA

www.montpellier.com.ar