

Tratamiento del Uso y la Dependencia Tabáquicos

Andrés Ilabaca G.

M. Francisca Villouta C.

Interno 7° año. Escuela de Medicina.
Pontificia Universidad Católica de Chile

Unidad de Medicina Basada en Evidencia, Pontificia Universidad Católica de Chile

Javier Sateler Q.

Interno 7° año. Escuela de Medicina.
Pontificia Universidad Católica de Chile

Alejandro Wulf W.

Departamento de Medicina Familiar
Pontificia Universidad Católica de Chile

Correspondencia a:
Alejandro Wulf W.
E-mail: awulf@med.puc.cl

RESUMEN

El tabaquismo es una enfermedad crónica, con una alta prevalencia en Chile (42%), constituyendo un importante problema de salud pública. Así, es necesario conocer las terapias que han demostrado aumentar la tasa de abstinencia a largo plazo. La terapia no farmacológica es efectiva y consta de intervenciones mínimas e intensivas, teniendo estas últimas mejores resultados. La intervención mínima incluye con-

SMOKING CESSATION TREATMENT

Smoking is a chronic disease, with a high prevalence in Chile (42%), resulting in a major public health problem. Therefore, it is necessary to know the therapies that have demonstrated increasing long term abstinence rate. Non pharmacologic therapy is effective and includes minimal and intensive interventions, having the last ones better results. Brief advice, "5A" intervention and motivational interview are forms of minimal intervention. These strategies are easily applicable in primary care, having potentially great impact. Every smoker should receive at least brief advice at every visit. First line drugs available in Chile are bupropion, nicotine gums and nicotine patches. These alternatives have similar efficacy, doubling abstinence rate comparing with placebo after one year. They must be offered to every smoker who attempts quitting and smokes more than 10 cigarettes a day, in absence of contraindications.

Key words: Smoking cessation, tobacco, counselling, nicotine, antidepressive agents, bupropion.

sejo breve, las "5A" y la entrevista motivacional, entre otras. Estas estrategias son fácilmente aplicables en la atención primaria por lo que tienen potencialmente un alto impacto. Todo fumador debiera recibir al menos consejo breve en cada consulta. Los fármacos de primera línea disponibles en Chile son bupropion, chicles y parches de nicotina. Estas alternativas tienen eficacia similar duplicando la abstinencia respecto a placebo a un año de seguimiento. Deben ser ofrecidas a todo fumador que intente dejar de fumar y que consuma más de 10 cigarrillos diarios, en ausencia de contraindicaciones.

Palabras clave: Dejar de fumar, tabaco, consejería, nicotina, antidepresivos, bupropion.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica¹, que requiere frecuentemente de intervenciones repetidas y de un tratamiento prolongado. Sin embargo, existen actualmente terapias exitosas que pueden producir abstinencia

a largo plazo.

El consumo de tabaco a nivel mundial tiene una prevalencia de 30%. En Chile, es de 42% entre las personas entre 12 y 64 años, habiéndose mantenido estable en el último decenio en los hombres (44%) y aumentando significativamente en las mujeres (de 34% a 40%). La edad de inicio promedio es de 15 años y el consumo promedio es entre 6 y 8 cigarrillos al día^{2,3}.

De acuerdo a la OMS el año 2000 murieron 4,9 millones de personas en el mundo debido al consumo de tabaco, lo que equivale al 8,8% del total de fallecimientos⁴. En Chile, alrededor del 15% de las defunciones anuales se producen por causas relacionadas al tabaco, constituyendo la principal causa de muerte evitable⁵. En Estados Unidos, la mitad de los fumadores fallece prematuramente por causas relacionadas al tabaco⁶. De éstas, el 33% se debe a enfermedades cardiovasculares, 28% a cáncer pulmonar, 22% a enfermedades respiratorias y 7% a otros cánceres⁷.

Al dejar de fumar se obtienen múltiples

ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA

beneficios:

- El riesgo cardiovascular disminuye a la mitad en 1 año y se iguala al de un no fumador a los 15 años.
- El riesgo de cáncer pulmonar y de otros cánceres disminuye a la mitad en 10 años, si bien nunca se iguala al de los no fumadores.
- Existe una mejoría precoz de la función pulmonar, la tolerancia al ejercicio, y la calidad de vida.
- La sobrevida se iguala a la de los no fumadores si se deja de fumar antes de los 35 años y aumenta 4 años si se hace antes de los 65⁷.

Objetivos

Revisaremos la terapia no farmacológica y farmacológica disponible actualmente en Chile, su forma de uso y la evidencia que la respalda.

La búsqueda de la información se realizó en las bases de datos MEDLINE y Cochrane, bajo los términos "smoking cessation", "tobacco", "counselling", "brief advise", "motivational interview", "nicotine replacement", "antidepressants" y "bupropion". Se revisaron guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, meta-análisis y artículos originales; haciendo revisión manual de las referencias de estos trabajos según la necesidad.

TERAPIA NO FARMACOLÓGICA**Intervención Clínica Mínima**

Intervención mínima es toda aquella que puede ser entregada brevemente a los fumadores por profesionales de la salud durante el curso de una atención de salud habitual⁸. Incluye el consejo breve, las "5A" (estrategia de cinco pasos para lograr el abandono del tabaco) y la entrevista motivacional, entre otras. Aunque su efectividad es menor que el de las otras medidas (intervenciones clíni-

cas intensivas y farmacoterapia) tiene la ventaja de ser fácilmente aplicable en la atención primaria, por lo que puede tener un alto impacto en la población.

a. Consejo breve

Al hablar de consejo breve nos referimos a "las instrucciones verbales de dejar de fumar, con o sin información acerca de los riesgos del tabaquismo". Es decir, es la recomendación clara, enfática y personalizada por parte del médico de dejar de fumar en beneficio de la salud del paciente^{1,9}.

A pesar de ser una intervención simple y que requiere de un tiempo breve, es aún poco utilizada en la atención primaria. Aunque el éxito individual es modesto, teniendo un Número Necesario para Tratar (NNT) de 40, es decir que se requiere dar consejo breve a 40 pacientes para obtener 1 abstinencia más que en la población no intervenida, es una de las intervenciones más costo efectivas en medicina. Esto debido a su eventual alta cobertura, los importantes riesgos asociados al tabaco y la alta prevalencia de la enfermedad^{9,10}. En toda atención debiera preguntarse por tabaquismo, cuánto y hace cuánto tiempo, y al menos dar consejo breve a todo fumador. El consejo breve *versus* ninguna intervención tiene un Odds Ratio (OR) de 1,74 (IC 95% 1,48 a 2,05)¹⁰, con una tasa de abstinencia entre 5-10% a 6 meses de seguimiento¹¹.

b. Asesoramiento conductual de las "5A"

Es una forma de intervención mínima que considera la motivación del paciente para ayudarlo a dejar de fumar. Esta estrategia requiere 3 minutos o menos del tiempo del médico^{1,12}.

Los pasos a seguir son: pregunte sobre el tabaco (**ask**), aconseje dejar de fumar a todos los pacientes (**advise**), evalúe la motivación para dejar de fumar (**assess**), ayude a dejar de fumar (**assist**) y planifique el seguimiento (**arrange**). Tabla 1.

c. Entrevista Motivacional

Es un tipo de estrategia terapéutica de asistencia directa, centrada en la persona, para promover una motivación interna de cambio y resolución de la ambivalencia en una conducta o hábito no saludable para ser modificados a estilos de vida más saludables¹⁷. Se debe adecuar a la fases del cambio (descritas en la Tabla 1) en que se encuentra el paciente¹⁸⁻²⁰.

Se fundamenta en 5 principios: Expresar empatía (por medio de una escucha reflexiva), desarrollar las discrepancias, evitar la argumentación, rodar con la resistencia y apoyar la autoeficacia y la motivación del paciente (Tabla 2). Dentro de sus estrategias básicas se cuentan: Realizar preguntas abiertas, escuchar reflexivamente, afirmar (destacar los aspectos positivos del paciente y lo dicho por él), resumir y generar frases automotivacionales^{18,20}.

En un meta-análisis publicado el año 2005, se evaluó la efectividad de la entrevista motivacional. Al compararla con consejo tradicional, como terapia para dejar de fumar, se encontraron resultados positivos en 8 de 12 estudios²¹.

Intervenciones Clínicas Intensivas

Consisten en múltiples sesiones de asesoramiento que se realizan fuera de la consulta médica habitual. Implican un extenso contacto entre el paciente y el personal de salud. Han sido cuestionadas por su alto costo y menor cobertura poblacional respecto de las intervenciones mínimas. Sin embargo, son más efectivas que ellas y han demostrado costo/beneficio. En todo caso, su beneficio adicional es menor cuando se usan en combinación con farmacoterapia^{8,22}.

Existen diferentes tipos de intervenciones intensivas. Las que han demostrado ser beneficiosas son:

Tabla 1. Asesoramiento conductual de las "5A"^{1,13-16}

Ask (Pregunte)	Pregunte sistemáticamente por hábito tabáquico a todos los pacientes. Idealmente emplear un método que permita asegurar su identificación, como por ejemplo el registro del tabaquismo dentro de los signos vitales.
Advise (Aconseje)	Aconseje en forma clara, enfática y personalizada de la conveniencia de dejar de fumar a todos los pacientes fumadores.
Assess (Evalúe)	<p>Evalúe la motivación para dejar de fumar, determinando la fase del cambio en que se encuentra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etapa Precontemplativa: no planea dejar de fumar en los próximos 6 meses - Etapa Contemplativa: planea dejar de fumar en los próximos 6 meses - Etapa de Preparación: planea dejar de fumar en los próximos 15 días - Etapa de Acción: está en este momento dejando el tabaco - Etapa de Mantenimiento: ha dejado el tabaco y debe continuar en abstinencia
Assist (Ayude)	<p>Ayude al paciente, que quiere dejar de fumar, a elaborar un plan concreto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acordar una fecha (Día "D") - Educar respecto al síndrome de privación - Manejo ambiental: remover productos relacionados con el tabaco (ej: ceniceros) - Evitar lugares de exposición al tabaco - Informar y educar a la familia y amigos - Evaluar la necesidad de apoyo con intervenciones clínicas intensivas y farmacoterapia
Arrange (Planifique seguimiento)	<p>Contacto personal o telefónico 1 a 3 días luego del día D (período más crítico) Segundo contacto: al final del primer mes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Felicitar si ha habido abstinencia - En el caso de recaída: revisar las circunstancias en que ésta ocurrió, reevaluar la motivación y reforzar la importancia de la abstinencia total. Eventual derivación

Tabla 2. Principios de la entrevista motivacional^{18,20}

Expresar empatía	A través de la escucha reflexiva. Se debe "reflejar" lo expresado por el paciente. Crear clima de confianza. Comprender, no criticar
Desarrollar las discrepancias	Mostrar al paciente las contradicciones entre sus valores y metas respecto de su conducta
Evitar la argumentación	Ésta puede ser contraproducente, generando resistencia
Rodar con la resistencia	Utilizar esta resistencia como fuerza facilitadora del cambio. Existen diversas técnicas como la escucha reflexiva, desviar el foco, convenir con un giro, reformular y tomar el bando de lo negativo
Apoyar la autoeficacia y la motivación personal	Crear en la posibilidad de cambio es un motivador importante. Que el paciente se haga responsable de lograr el cambio

a) **Resolución de problemas y entrenamiento de habilidades:** técnicas individuales o grupales²³ para lograr mantener la abstinencia cuando se enfrentan a los síntomas de privación y a la tentación de fumar.

b) **Apoyo social:** tanto intratratamiento (por parte del personal de salud) como extratratamiento (por personas significativas para el paciente).

Ambas aumentan en un 50% la tasa de abstinencia a largo plazo²⁴.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

¿Quiénes deben recibirla?: todos los fumadores que intentan dejar de fumar y que consumen más de 10 cigarrillos diarios, en ausencia de contraindicaciones²⁴.

Tabla 3. Terapia farmacológica de primera línea

Fármacos primera línea	Dosis	Duración	Efectos adversos	Precio por día (aproximado)*
TRN parche	TTS 20 (14 mg) 1 parche/día TTS 30 (21 mg) 1 parche/día	8 semanas	Eritema Insomnio	\$ 4.300
TRN chicle	2 mg, 1 chicle c/1 - 2 horas (máximo 24 al día)	3 meses	Molestias bucales Dispepsia	\$ 1.800
Bupropion	150 mg/día por 1 semana Luego 150 mg c/12 h	8 semanas	Insomnio, sequedad bucal, náuseas	\$ 670

*Precios aproximados en farmacia de Santiago de Chile en abril 2006.

Terapia de primera línea

Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN)

La TRN consiste en dispositivos que administran nicotina sin las otras sustancias químicas dañinas del tabaco. Su objetivo principal es disminuir los síntomas de privación. En Chile, están disponibles los parches y chicles de nicotina. Otras formas existentes son: "sprays" nasales, inhaladores y tabletas sublinguales.

Efectividad: la TRN ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del tabaquismo^{8,24,25}, con un OR entre TRN y placebo o ausencia de TRN de 1,77 (IC 95% 1,66 a 1,88). La tasa de abstinencia a los 12 meses es de 17% *versus* 10% en el grupo control²⁵. Si bien se recomienda su uso en conjunto con alguna terapia no farmacológica, la TRN ha demostrado ser efectiva independientemente de ella^{25,26}. Existe un estudio en Chile en que se realizó un programa intensivo consistente en parches de nicotina más 10 sesiones de terapia cognitivo conductual en una clínica de fumadores reportándose abstinencia de 50% a 1 año plazo⁵.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de TRN. La elección entre ellas se debe basar en la familia-

ridad clínica con los medicamentos, las contraindicaciones, las preferencias del paciente, sus características (Ej: depresión, preocupación por el aumento de peso) y experiencias previas²⁴.

Chicle de nicotina

Técnica de uso: se debe masticar lentamente (aproximadamente 10 veces) hasta sentir el sabor a nicotina. Entonces se descansa por 1 - 2 minutos o hasta que desaparezca el sabor, con el chicle entre la mejilla y las encías. Se repetirá este ciclo por 30 minutos. Si se mastican rápidamente, la nicotina no se absorberá bucalmente sino que se deglutirá e inactivará con el pH gástrico. Se debe evitar ingerir bebidas ácidas (Ej: café, bebidas gaseosas, jugos de fruta natural, etc) 15 minutos antes y durante la masticación porque impiden la absorción de la nicotina²⁷.

Ventajas: su ventaja es que permite ajustes rápidos de la terapia de acuerdo a las necesidades del paciente.

Dosis y duración del tratamiento: en Chile, sólo están disponibles los chicles de 2 mg (nicorette®). Usar 1 cada 1-2 horas o a libre demanda (máximo 24 al día), por un máximo de 3 meses^{1,6,24,28,29}. Se recomienda su prescripción en bloques de 2 semanas continuando el tratamiento en la medida que permanezca en abstinencia^{30,31}. Se puede dismi-

nuir la dosis progresivamente^{28,29}.

Efectos adversos: molestias bucales y dentarias, dispepsia, náuseas, singulto y dolor en la articulación temporomandibular. Estos síntomas en general son leves y pueden corregirse con una adecuada técnica de masticación.

Contraindicaciones-Precauciones: esofagitis por reflujo, úlcera péptica, problemas en la articulación temporomandibular, usuarios de prótesis dentales, enfermedad cardiovascular, embarazo, lactancia y menores de 18 años^{1,12,14}.

Precio: aproximadamente \$ 8.000 una caja de 45 chicles de 2 mg. Costo por día: Aproximadamente \$ 1.800 (por 10 chicles) (Precio aproximado en farmacia de Santiago de Chile en abril 2006). Tabla 3.

Parche de nicotina

Técnica de uso: se debe usar sobre una zona de la piel seca, limpia y sin vello (antebrazo, cadera y tronco). Se recomienda cambiar diariamente la zona de aplicación para evitar reacciones de la piel. Su gran ventaja es precisamente su facilidad de uso.

Dosis y duración del tratamiento: en Chile, están disponibles parches de 24 horas de duración, de 14 y 21 mg. (Nicotinell® TTS 20 y TTS 30). Se debe comenzar a usar al levantarse, el día en que se dejará de fumar¹⁶. Usar un parche dia-

rio por 8 semanas. Se ha recomendado prescribir en bloques de 2 semanas continuando el tratamiento en la medida que permanezca en abstinencia^{30,31}. En general, se recomienda partir con parches de 21 mg por 4 semanas y luego disminuir a parches de 14 mg. Si el fumador fuma menos de 10 cigarrillos al día se puede partir con parches de 14 mg^{1,6,24,28}.

Efectos adversos: eritema leve, insomnio, sueños vívidos.

Contraindicaciones-Precauciones: atopia cutánea y psoriasis severas. Enfermedad cardiovascular, embarazo, lactancia y menores de 18 años^{1,12,14,32}.

Precio: aprox. \$30.000 una caja con 7 parches. Costo por día: Aprox. \$4.300. (Precio aproximado en farmacia de Santiago de Chile en abril 2006). Tabla 3.

Combinación de TRN: existe evidencia de un beneficio pequeño, pero estadísticamente significativo, al combinar dos TRN^{1,6,24,25,28,30,31} respecto de sólo ocupar una TRN. Se podría usar en pacientes que no logran dejar de fumar con un fármaco de primera línea²⁴. En nuestro país la combinación posible es parche más chicle: Si bien de acuerdo a 2 estudios^{33,34} se obtienen mejores tasas de abstinencia precozmente, estos resultados no se mantienen a los 12 meses²⁵. Se debe además considerar su alto costo.

TRN y enfermedad cardiovascular: la TRN ha demostrado ser segura en pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular^{14,24,25,30,35}. Sin embargo, debe ser usada con precaución en los pacientes con infarto reciente (dentro de 2 semanas), arritmias severas y angina inestable²⁴ por su efecto vasoconstrictor. Se deben preferir los métodos rápidamente reversibles como el chicle de nicotina³⁰.

Bupropion

Mecanismo de acción: es un antidepresivo atípico que inhibe la recaptación neuronal de dopamina, noradrenalina y serotonina en los núcleos de la base³⁶.

Efectividad: bupropion respecto a placebo duplica las perspectivas de dejar el tabaco (OR: 2,06; IC 95% 1,77 a 2,40)³⁷. La tasa de abstinencia a los 12 meses es de 19% versus 9% con placebo³⁰.

Comparación con TRN: su resultado es similar a la TRN³⁸. Tanto el bupropion como la TRN han demostrado ser costoefectivas en cuanto a costo por año de vida ganado^{1,24,38}. Los criterios de selección entre las distintas terapias de primera línea son los mismos que los para elegir un tipo de TRN, teniendo especial consideración por los efectos adversos de cada terapia. No está claro si el uso de bupropion junto con TRN aumenta la abstinencia a largo plazo ya que el resultado de los estudios es heterogéneo³⁷.

La eficacia del bupropion no guarda relación con los antecedentes de depresión ni con la depresión después del cese³⁷. Sí tendrían mejor resultado los pacientes con mayor nivel de ansiedad al inicio del tratamiento³⁶.

Técnica de uso: se usan comprimidos de liberación prolongada durante 8 semanas. La primera semana se usan 150 mg una vez al día y desde la segunda semana se aumenta a 150 mg cada 12 hrs. El paciente debe dejar de fumar entre el día 7 y 14³¹. Sin embargo, en dos estudios no se encuentran diferencias significativas a los 12 meses con dosis de 150 mg/día vs 300 mg/día³⁷.

Efectos adversos: los más frecuentes son insomnio (30-40% de los pacientes), sequedad bucal (10%) y náuseas. Las tasas de abandono del tratamiento debidas a los efectos adversos varían entre

7 y 12%³⁷. Se ha descrito que el riesgo de convulsiones es 1/1.000^{39,40}.

Contraindicaciones-Precauciones: epilepsia, anorexia, bulimia, necrosis hepática severa, trastorno bipolar, embarazo y menores de 18 años^{16,24,39}.

Precio: aproximadamente \$20.000 mensuales. Costo por día: aprox. \$670. (Precio aproximado en farmacia de Santiago de Chile en abril 2006). Tabla 3.

Terapias de segunda línea

Clonidina y nortriptilina

La clonidina es un agonista alfa adrenérgico que tiene una eficacia similar a la obtenida con bupropion o TRN, pero debido a sus potenciales efectos adversos tales como sedación, hipotensión ortostática e hipertensión de rebote, se reserva como fármaco de segunda línea^{1,28,39}. La nortriptilina es un antidepresivo tricíclico no disponible en Chile.

Situaciones especiales

Terapia farmacológica y embarazo: la terapia no farmacológica es de elección durante el embarazo. La eficacia de la TRN en el embarazo no es conocida^{41,42}. Hay además poca evidencia acerca de su seguridad. Sin embargo, comités de expertos recomiendan su uso en aquellas embarazadas que no logran abandonar el tabaco sin apoyo farmacológico y en que el beneficio del abandono supera al riesgo de la TRN^{24,30,38}. En general, el bupropion no se recomienda durante el embarazo^{31,39}.

Terapia farmacológica y depresión: los fumadores con historia de depresión que dejan de fumar tienen un mayor riesgo de desarrollar un nuevo episodio depresivo⁴³. Si bien distintas publicaciones recomiendan^{24,44} el uso de bupropion en fumadores con ante-

Tabla 4. Eficacia de distintas intervenciones contra el uso y la dependencia de tabaco^{11,21,24,25,30,37}

Intervenciones	Odds Ratio (IC 95%) (intervención vs placebo o no intervención)	Otras medidas de eficacia
Consejo breve	1,74 (1,48 - 2,05)	5-10% de abstinencia a 6 meses
Entrevista motivacional	-	Resultados positivos en 8 de 12 estudios
Técnica resolución de problemas y apoyo social	-	Aumentan 50% tasa de abstinencia a largo plazo
TRN	1,77 (1,66 - 1,88)	17% de abstinencia a los 12 meses
Bupropion	2,06 (1,77 - 2,40)	19% de abstinencia a los 12 meses

cedentes de depresión, no se ha demostrado que presenten una mayor mejoría con bupropion que con TRN³⁷.

Terapia farmacológica y aumento de peso: la ganancia de peso promedio tras dejar de fumar es de 3 a 5 kg. Los fumadores preocupados del aumento de peso son menos exitosos en sus intentos de dejar de fumar. Se debe preferir el uso de chicles de nicotina y bupropion ya que retrasan el aumento de peso mientras se administran^{24,45}. Además, se debe recomendar la realización de ejercicio y dieta saludable, y explicar que los beneficios de dejar de fumar son mayores que el aumento de peso²⁴.

COMENTARIO

Dada la alta prevalencia del tabaquismo en Chile, los riesgos que implica, su impacto en la mortalidad y los numerosos beneficios que tiene dejar de fumar, es imprescindible conocer y aplicar las terapias disponibles para ello. No debemos olvidar que para un fumador dejar de fumar es la medida de salud más efectiva.

En este sentido se requiere, en primer lugar, pesquisar a los pacientes que

fuman. A todo paciente que acude a una atención de salud se le debe interrogar sobre el hábito de fumar y su motivación para abandonarlo.

Las terapias descritas para dejar de fumar, tanto farmacológicas como no farmacológicas, han demostrado ser efectivas (Tabla 4) y costoefectivas^{1,24}. En todo fumador al menos debe realizarse una intervención mínima.

Existe una relación dosis respuesta entre la intensidad de la terapia no farmacológica y su efectividad.

La terapia farmacológica de primera línea debe ser ofrecida a todo paciente que desee dejar de fumar, que fume más de 10 cigarrillos al día y que no tenga una contraindicación para ésta²⁴. Este tratamiento duplica la posibilidad de abstinencia comparado con placebo a un año de seguimiento.

Si bien las intervenciones intensivas y la farmacoterapia son las medidas más efectivas, tienen un costo mayor. Muchas veces no están al alcance de nuestros pacientes, por lo que el desarrollo de las habilidades para entregar adecuadamente intervenciones mínimas es una necesidad en la atención primaria.

REFERENCIAS

- 1.- The Tobacco use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. JAMA 2000; 283 (24): 3244-54.
- 2.- CONACE. El consumo de cigarrillos en Chile. Mayo 2005. Disponible en http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Consumo_cigarrillos_Chile_CONACEmayo2005.pdf (revisado en julio, 2006).
- 3.- Ministerio de Salud de Chile. Resultados I Encuesta de Salud. Chile, 2003. Disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf> (revisado en julio, 2006).
- 4.- World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, extending healthy life. Geneva: WHO, 2002. Disponible en <http://www.who.int/whr/2002/en/> (revisado en julio, 2006)
- 5.- SEIJAS B, DANIEL, SANTANDER T, et al. Dependencia de nicotina: seguimiento a un año plazo de pacientes tratados con terapia grupal más reemplazo de nicotina. Rev Méd Chile 1999; 127 (11): 1313-20.
- 6.- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco use--United States, 1900-1999. MMWR Morb

- Mortal Wkly Rep 1999; 48 (43): 986-93. Erratum in: MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1999; 48 (44): 1027.
- 7.- SCHROEDER S A. What to do with a patient who smokes. JAMA 2005; 294 (4): 482-7.
 - 8.- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General (Stock no.: 017-001-00544-4). 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, 2000.
 - 9.- COLEMAN T. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. BMJ 2004; 328 (7436): 397-9.
 - 10.- LANCASTER T, STEAD L F. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004; (4): CD000165.
 - 11.- HOPKINS D P, HUSTEN C G, FIELDING J E, et al. Evidence reviews and recommendations on interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke: a summary of selected guidelines. Am J Prev Med 2001; 20 (2 Suppl): 67-87.
 - 12.- CORDOVA R, DELGADO M T, BOTAYA M, et al. Protocolo de tabaco en atención primaria. FMC 1995; 2 (3 Suppl): 3-21.
 - 13.- COLEMAN T. ABC of smoking cessation. Cessation interventions in routine health care. BMJ 2004; 328 (7440): 631-3.
 - 14.- ANDERSON J E, JORENBY D E, SCOTT W J, et al. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest 2002; 121 (3): 932-41.
 - 15.- PROCHAZKA J, GOLDSTEIN M. Process of Smoking cessation. Implications for clinicians. Clin Chest Med 1991; 12: 727-35.
 - 16.- CALLE M. Recursos disponibles para el abandono del hábito tabáquico. Semergen 2003; 29: 523-8.
 - 17.- MILLER W, ROLLNICK S. Motivational Interviewing: Preparing people for change, 2ª Ed, 2002, Guilford Press, NY USA.
 - 18.- BALCELLS M, TORRES M, YAHNE C. La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. Adicciones 2004; 16 (2 Suppl): 227-36.
 - 19.- MILLER W, et al. Center for Substance Abuse Treatment. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35, 1999. Rockville, Md: Center for Substance Abuse Treatment. DHHS Publication No. (SMA) 99-3354.
 - 20.- LIZARRAGA S, AYARRA M. Entrevista motivacional. Anales Sis San Navarra 2001; 24 (2 Suppl): 43-53.
 - 21.- RUBAK S, SANDBAEK A, LAURITZEN T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005; 55 (513): 305-12.
 - 22.- LANCASTER T, STEAD L F. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005; (2): CD001292.
 - 23.- STEAD L F, LANCASTER T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005; (2): CD001007.
 - 24.- FIORE M C, BAILEY W C, COHEN S J, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000. AHRQ publication No. 00-0032.
 - 25.- SILAGY C, LANCASTER T, STEAD L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004; (3): CD000146.
 - 26.- HUGHES J R, SHIFFMAN S, CALLAS P, et al. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. Tob Control 2003; 12 (1): 21-7.
 - 27.- HENNINGFIELD J E, RADZIUS A, COOPER T M, et al. Drinking coffee and carbonated beverages blocks absorption of nicotine from nicotine polacrilex gum. JAMA 1990 Sep 26; 264 (12): 1560-4.
 - 28.- HENNINGFIELD J E, FANT R V, BUCHHALTER A R, et al. Pharmacotherapy for nicotine dependence. CA Cancer J Clin 2005; 55 (5): 281-99; quiz 322-3, 325.
 - 29.- Management of Tobacco Use. Washington, DC: VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group, Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense, December 1999 (Update 2004). Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/TUC-04.
 - 30.- MOLYNEUX A. Nicotine replacement therapy. BMJ 2004; 328 (7437): 454-6.
 - 31.- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2002. 21 p. (NICE technology appraisal guidance; N^o 39).
 - 32.- NERÍN I, GARCÍA R. Tratamiento farmacológico. Terapia sustitutiva con nicotina. Adicciones 2004; 16 (2 Suppl): 265-74.
 - 33.- KORNITZER M, BOUTSEN M, DRAMAIX M, et al. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. Prev Med 1995; 24 (1): 41-7.
 - 34.- PUSKA P, KORHONEN H J, VARTIAINEN E, et al. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation - a clinical trial in North Karelia. Tobacco Control 1995; 4: 231-5.
 - 35.- FORD C L, ZLABEK J A. Nicotine replacement therapy and cardiovascular disease. Mayo Clin Proc 2005; 80 (5): 652-6.
 - 36.- SAMPABLO LAURO I, CARRERAS J M, LORES L, et al. Deshabitación tabáquica y bupropion: la ansiedad y la depresión como índice de eficacia terapéutica. Arch Bronconeumol 2002; 38 (8): 351-5.
 - 37.- HUGHES J R, STEAD L F, LANCASTER T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004; (4): CD000031.

ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA

- 38.- The National Institute for Clinical Excellence (NICE). A rapid and systematic review of the clinical and cost effectiveness of bupropion SR and nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. Feb 2002.
- 39.- RODDY E. ABC of smoking cessation. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ* 2004; 328: 509-11.
- 40.- HAYS J T, EBBERT J O. Bupropion sustained release for treatment of tobacco dependence. *Mayo Clin Proc* 2003; 78 (8): 1020-4.
- 41.- COLEMAN T, BRITTON J, THORNTON J. Nicotine replacement therapy in pregnancy. *BMJ* 2004; 328 (7446): 965-6.
- 42.- BENOWITZ N L, DEMPSEY D A, GOLDENBERG R L, et al. The use of pharmacotherapies for smoking cessation during pregnancy. *Tob Control* 2000; 9 Suppl 3: III91-4.
- 43.- GLASSMAN A H, COVEY L S, STETNER F, et al. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001; 357 (9272): 1929-32.
- 44.- SCHROEDER S A. What to do with a patient who smokes. *JAMA* 2005; 294 (4): 482-7.
- 45.- RIGOTTI N A. Treatment options for the weight-conscious smoker. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1169-71.