



# PERSPECTIVA NEUMOLÓGICA

Boletín trimestral de la Fundación Neumológica Colombiana

## CESACIÓN DEL TABAQUISMO

Nelson Páez Espinel  
Paola Aguiar Espinosa  
Alejandro Casas Herrera

### INTRODUCCIÓN

El tabaquismo se define como la adicción al tabaco, y particularmente a uno de sus componentes, la nicotina. Como adicción, el tabaquismo adquiere el carácter de una enfermedad crónica, prevenible y curable que puede tener repercusiones sistémicas. Está clasificado dentro del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV) de la *American Psychiatric Association* y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) de la *Organización Mundial de la Salud* como "Problemas relacionados con el uso del tabaco (CIE-10 : Z720)" o como "Efecto tóxico de otras sustancias y las no específicas: Tabaco y Nicotina (CIE-10 : T652)".

El consumo de tabaco es un problema de salud pública y se considera la pandemia más importante del siglo XXI. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades relacionadas con el tabaco constituyen la segunda causa de mortalidad en el mundo y siendo responsables de una de cada 10 muertes entre los adultos. Se estima que a partir del año 2020, las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco serán las responsables de la muerte de más de diez millones de personas cada año, convirtiéndose en la principal causa de discapacidad y mortalidad en la población adulta.

Para el año 2004 en Estados Unidos, el tabaquismo fue el responsable del 90% de los casos de cáncer de pulmón, 70 % de cáncer de laringe y de casi la mitad de los casos de cáncer en boca y vejiga. Además, cuatro de cada cinco pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y uno de cada tres con enfermedad coronaria o accidente cerebrovascular, han estado expuestos crónicamente al humo del tabaco.

De acuerdo con el estudio de prevalencia de EPOC en Colombia (PREPOCOL) en el 2005, el consumo de tabaco en mayores de 40 años fue del 18.3%, siendo mayor en hombres (24.4%) que en mujeres (15.3%). La mayor prevalencia se encontró en Medellín (29.9%), seguida por Bogotá (17.5%), Cali (17%), Barranquilla (13.9%) y Bucaramanga (13%). En la encuesta nacional de antitabaquismo escolar del 2006 se demostró que el consumo de tabaco se inicia entre los 11 y los 13 años, que uno de cada cuatro estudiantes de colegios públicos y privados es consumidor habitual de tabaco y que la venta al menudeo es su fuente más fácil de abastecimiento.

Cada año mueren aproximadamente 44.000 mil colombianos por hechos atribuibles al tabaco, según datos del Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de la Protección Social. En nuestro país, las pérdidas causadas por mortalidad prematura y discapacidad debidas a enfermedades asociadas al

consumo de tabaco son cuatro veces mayores que los ingresos generados por concepto de comercialización de tabaco, de acuerdo con los datos obtenidos en 2007 por el Instituto Nacional de Cancerología.

La lucha contra el tabaquismo debe encaminarse fundamentalmente a su prevención a edades tempranas. Una vez establecida la adicción, la cesación (suspensión) del hábito de fumar, por parte del fumador es todo un reto para él. El 70% de los fumadores desea dejar de fumar, aunque solo 30% lo intenta en un año y solo el 10% lo consigue. A su voluntad de dejar de fumar es necesario sumarle muchas veces un sinnúmero de medidas de apoyo. Las tasas de éxito con los diferentes tratamientos van del 20 al 50%. Las modalidades de tratamiento en la actualidad incluyen materiales de autoayuda, terapia conductual individual, en grupos y tratamiento farmacológico. No hay un método ideal para dejar de fumar, y por ello, la mejor intervención será aquella que responde de una manera individualizada a las necesidades y particularidades de cada fumador.

En este número, y a través del caso demostrativo de un paciente con interés de dejar de fumar que asistió a nuestra **Clínica de Cesación de Tabaquismo**, queremos mostrar cuales son las diferentes fases que se presentan durante todo el proceso, y como una intervención breve, personalizada y sistematizada, asociada al tratamiento farmacológico, pueden lograr resultados muy exitosos.

### CASO CLÍNICO

Hombre de 69 años, natural y procedente de Bogotá, pensionado como empleado bancario y con buen apoyo familiar, quien fue remitido por su neumólogo a la Clínica de Cesación de Tabaquismo como preparación para ingresar al programa de rehabilitación pulmonar; en el último año, refiere progresión de la disnea hasta 3/5 en la escala de la MRC y limitación para ejercer sus actividades físicas de la vida diaria.

Tiene un diagnóstico de EPOC catalogado como severo desde hace 8 años, por fumador durante los últimos 50 años de 2 paquetes de cigarrillos al día hasta la actualidad (lo que equivale un índice de carga tabáquica de 100 paquetes/año). En la actualidad fuma el primer cigarrillo del día en el momento de levantarse, prende el siguiente cigarrillo con el anterior, e identifica como los principales desencadenantes para fumar el despertar, las comidas, el café tinto, las reuniones con sus amigos fumadores donde se ingiere alcohol, el deporte en grupos y principalmente la angustia por su situación económica. Además refiere que su capacidad mental para concentrarse es "mucho mejor" cuando fuma y que cuando no tiene cigarrillos en su casa los síntomas de ansiedad definida como palpitaciones, disnea y "mal genio" se acrecientan, por lo que evita asistir a lugares donde se prohíbe fumar.

#### COORDINACIÓN EDITORIAL

Darío Maldonado Gómez  
Carlos Arturo Torres Duque  
Fabio Andrés Varón Vega

#### FUNDACIÓN NEUMOLÓGICA COLOMBIANA

#### Neumología – Medicina Interna

Darío Maldonado G.  
Alejandro Casas H.  
Carlos A. Torres D.  
Mauricio González G.  
Abraham Alí M.  
Fabio A. Varón V.  
Nelson Páez E.  
María A. Bazurto Z.  
Yolima Álzate D.  
Mauricio Durán S.  
Claudio Villaquirán T.  
Claudia Díaz B.  
Federico Fernández B.

#### Neumología Pediátrica

Oscar Barón P.  
Mauricio Salazar C.  
Elida Dueñas M.  
Catalina Vásquez S.  
Sonia Restrepo G.  
Jenny Jurado H.

#### Radiología

Humberto Varón A.

#### Cirugía de Tórax

Luis J. Téllez R.  
Camilo Osorio B.  
Juan C. Garzón R.



En los últimos años cuando ha tenido recaídas y “bronquitis infecciosas” asociadas a la EPOC, no ha podido dejar de fumar a pesar de la gravedad de los síntomas. Sin embargo, ha intentado dejar de fumar sin apoyo profesional hasta en cinco ocasiones (la última hace 7 meses), con períodos de abstinencia máximos de dos meses, utilizando libros de autoayuda, hipnosis, chicles de nicotina y medicinas naturistas, pero ninguno de ellos con éxito.

Sin embargo, ante el aumento progresivo e incontrolado de los síntomas principalmente la disnea a pesar de un tratamiento médico óptimo y el riesgo inminente de tener que usar oxigenoterapia crónica domiciliaria en el futuro; con el apoyo de su familia y asumiendo los riesgos y dificultades que se pudieran presentar, tomó la decisión de buscar un grupo de apoyo profesional para dejar de fumar lo mas pronto posible y por esta razón ingreso a nuestra Clínica de Cesación de Tabaquismo.

En la valoración clínica y sistematizada del paciente hecha por el neumólogo, se encontró un paciente decidido a dejar de fumar en el próximo mes, pero aún con sentimientos de ambivalencia respecto al hecho de fumar (fase de preparación), con elevados niveles de dependencia física a la nicotina (prueba de Fagerström de 10) y de dependencia psicológica y social por la prueba de Glover Nilson. Además la actitud del paciente se asoció con una gran motivación para dejarlo (prueba de Richmond de 9).

Estando en la fase de preparación, se diseñó inicialmente una intervención inicial breve pero sistematizada, con sesiones de terapia de grupo de tipo cognitivo conductual, buscando que se generen cambios en aquellos hábitos que desencadenan el consumo de tabaco. Estos cambios buscan educar al paciente para modificar situaciones evitables y entrenarlo sobre técnicas alternas para aquellas no evitables. En la fase de abandono, se inició tratamiento farmacológico con terapia sustitutiva de nicotina y vareniclina. Un mes después de iniciado el proceso, el paciente dejó de fumar y continuó con visitas médicas periódicas y seguimiento telefónico.

Se mantuvo el tratamiento con terapia sustitutiva de nicotina por 6 semanas y la vareniclina por 6 meses, sin presentar recaídas; durante los tres primeros meses presentó síntomas de abstinencia dados por insomnio e irritabilidad que se manejaron con técnicas de higiene del sueño, de relajación y entrenamiento físico grupal como parte del programa de rehabilitación pulmonar. En el momento, el paciente lleva más de un año sin fumar y sin signos de abstinencia.

**GENERALIDADES**

El tabaquismo es una enfermedad caracterizada por la adicción a la nicotina. Las adicciones se caracterizan por episodios de dependencia orgánica y psicológica, manifestadas como deseos compulsivos y constantes de ingerir este tipo de sustancias, con el conocimiento expreso del mismo paciente de que ellas son nocivas para la salud (tabla 1). El origen de las adicciones es multifactorial, implicando factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Las manifestaciones clínicas dependen de las características individuales de personalidad de cada individuo, así como las del entorno socio-cultural.

**Tabla 1.** Criterios DSM- IV de dependencia a la nicotina.

Disminución del efecto con una cantidad constante de la sustancia, con necesidad de cantidades crecientes de esta para conseguir el efecto deseado (Tolerancia)
Aparición de un síndrome de abstinencia característico ante la falta de la sustancia
Fumar cantidades mayores o por un período más largo que el que se desea
Deseo persistente de fumar e intentos fallidos para disminuir o interrumpir el consumo
Utilizar considerables períodos de tiempo en actividades relacionadas con la obtención o el consumo
Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas por fumar
Continuar fumando a pesar de tener conciencia del daño que ocasiona a la salud

De las 4000 sustancias tóxicas que contiene el cigarrillo, la responsable de los cambios en el sistema nervioso central que determinan la dependencia física es la nicotina: estos cambios se caracterizan por aumento de dopamina en el núcleo *accumbens*, “sobre-regulación” de los receptores nicotínicos, sensibilización del sistema mesolímbico, disminución de los niveles de monoaminooxidasa y otros efectos en los sistemas gabaérgico, serotoninérgico, opiáceo y endocannabinoide. La supresión de la nicotina produce síntomas de abstinencia similares a los ocasionados por la cocaína o la heroína (tabla 2).

**Tabla 2.** Criterios DSM-IV del Síndrome de abstinencia de nicotina.

Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas
Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, con al menos 4 de los siguientes síntomas en las 24 horas siguientes:
Ánimo disfórico o depresivo
Insomnio
Irritabilidad, ira, frustración
Ansiedad
Dificultades de concentración
Inquietud
Disminución de la frecuencia cardíaca
Aumento del apetito o del peso
Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social o laboral del individuo
Los síntomas no se deben a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

**EVALUACIÓN DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR**

Es conocido que dejar de fumar no es simplemente una decisión puntual, sino que implica un cambio de conducta que responde a un proceso en el que cada fumador pasa por varios niveles o fases sucesivas. Estas fases, propuestas por **Prochaska y DiClemente en 1982, están** determinadas por el grado de motivación para dejar de fumar. La fase en que se encuentre cada paciente es multifactorial y dependen del ambiente familiar y social, su estado general de salud y el de las personas de su entorno, el tipo de información que el paciente tenga sobre las consecuencias del tabaquismo sobre la salud y ante todo el interés del paciente para cambiar su estado de adicción. Las seis fases son:

- a. Pre-contemplación:** El paciente no se ha planteado seriamente la idea de dejar de fumar y no percibe su adicción como un problema de salud. Uno de cada cuatro fumadores se encuentra en esta fase (25 a 30% de ellos).
- b. Contemplación:** En esta fase, el paciente se ha planteado un cambio de vida alrededor de la adicción en los próximos 6 meses, y no ha intentado dejarlo en el último año. Se caracteriza por la ambivalencia o sentimientos contrapuestos respecto al hecho de fumar. La mitad de los fumadores se encuentran en esta fase.
- c. Preparación:** El paciente es capaz de fijar una fecha para dejar de fumar en el próximo mes y ha intentado dejarlo al menos una vez en el último año. Supone el 10-15% de los fumadores.
- d. Acción:** El paciente ha iniciado la cesación del hábito de fumar, y se mantendrá sin fumar por al menos de 6 meses.
- e. Mantenimiento:** El paciente ha permanecido sin fumar durante más de 6 meses.
- f. Ex fumador:** persona que, habiendo sido fumador, ha dejado de fumar hace más de 1 año.

Las **recaídas** se consideran una fase más del proceso, en ocasiones muy frecuentes. Muchos fumadores lo intentan 3 o 4 veces antes de dejar de fumar definitivamente. Cuando aparece, debe ser fuente de análisis, sin que deba ser vista como un fracaso. El aprendizaje que genera un intento por dejar de fumar debe capitalizarse para el intento siguiente. En todos los fumadores es importante valorar los intentos previos de abandono para obtener información útil en la planeación del nuevo intento (figura 1).

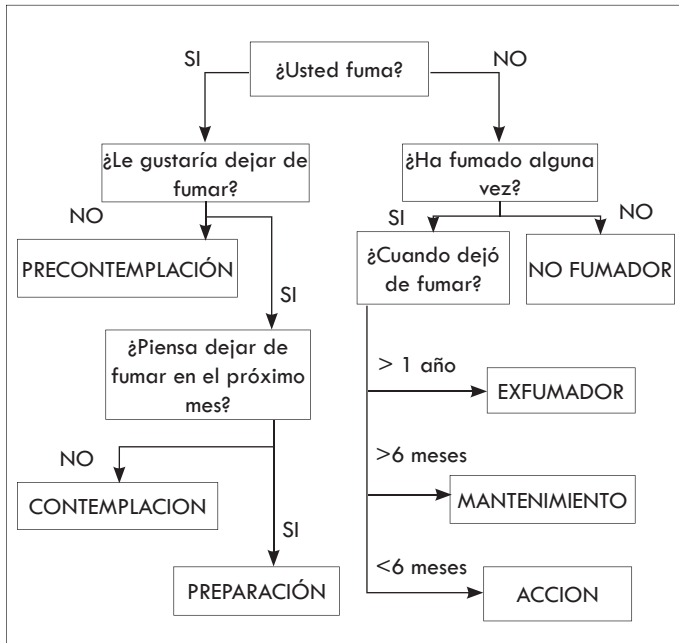


Figura 1.

Adicional a la identificación de la fase del fumador, es muy útil la medición de la dependencia física (prueba de Fagerström), psicológica, social, gestual (prueba de Glover Nilson) y motivación para dejarlo (prueba de Richmond) que pueden orientar el manejo. Como cualquier medición en medicina, debe analizarse en el contexto clínico. En nuestra institución, se usan además para mostrarles a los pacientes los progresos obtenidos como una forma de refuerzo positivo.

## TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

El tratamiento de un paciente con tabaquismo debe incluir intervenciones no farmacológicas que incluyan entre otras el manejo conductual, psicológico y farmacológico para aumentar las posibilidades de éxito.

### INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA

#### Intervención breve sistematizada

Esta intervención incluye preguntar sobre el hábito de fumar, registrarlo en la historia clínica, dar consejo médico, ayuda y apoyo psicológico, dar información escrita con información de la enfermedad y guías generales para dejarlo de acuerdo a la fase en que se encuentre. El concepto se ha resumido en las cinco "A":

- Averiguar (Ask)** ¿si el paciente fuma o ha fumado?, ¿cuánto?, si ha intentado dejarlo y los motivos para las recaídas.
- Aconsejar (Advise)**, de manera firme, clara y convincente, que deje de fumar. Se informará acerca de las sustancias tóxicas contenidas en el cigarrillo y las enfermedades asociadas a su consumo, individualizando el tipo de información de acuerdo con las características particulares de cada paciente en su edad, enfermedad y motivaciones para dejar de fumar. Si el paciente se encuentra en precontemplación, aquí termina la intervención y se iniciará en cada consulta hasta que pase a la siguiente fase.
- Apreciar y evaluar (Assess)** la disposición del paciente para dejar de fumar y ofrecer ayuda concreta según el caso. Incluye entregar información general, programar nuevas citas con objetivos específicos, explicar opciones de tratamientos y hacer una propuesta concreta del mismo.
- Ayudar (Assist)** al paciente en el abandono del tabaquismo con medidas básicas conductuales, entregarle material específico de pautas y recomendaciones para dejar de fumar,

acordar el tiempo en que se quiere dejar de fumar en forma definitiva, explicar los síntomas del síndrome de abstinencia y cómo manejarlo. Incluye decidir con el paciente el tratamiento farmacológico y escoger la fecha para dejar de fumar conocido como el día D.

- Acordar (Arrange)** y programar el seguimiento con frecuencia de controles y objetivos en cada uno. En general se recomienda: refuerzo positivo de los logros alcanzados. Análisis de eventos que desencadenan consumo y como combatirlos.

Este procedimiento ha sido evaluado en varios estudios demostrando que los pacientes que son manejados con esta intervención tienen hasta 3 veces más posibilidades de dejar de fumar comparados con los que no se les hace. Es mandatorio que todo profesional de la salud que detecte un paciente con tabaquismo, al menos, realice la intervención breve sistematizada.

### Terapia conductual

El tabaquismo como enfermedad, va más allá de la dependencia física a la nicotina e involucra la dependencia psicológica y comportamental. Por esta razón existen varias técnicas psicológicas que aumentan la eficacia de los tratamientos de cesación del tabaquismo. Estas técnicas pueden dividirse en dos grandes grupos: terapias individuales o terapias de grupo.

- La terapia individual se establece una relación paciente-terapeuta que puede durar entre seis meses y dos años y está encaminada a la explicación por parte del paciente de las características de su hábito y condiciones desencadenantes o situaciones de riesgo, para elaborar un **patrón de fumador** que permita luego diseñar técnicas alternativas, manejo de los síntomas del síndrome de abstinencia y disminuir o tratar las recaídas. La estructura de las sesiones y el número e intervalo entre ellas se establecen de manera individual adaptándose a las necesidades del paciente.
- La terapia de grupo tiene como eje fundamental los compromisos que se establecen entre los componentes de varios individuos que sufren el mismo problema con el objetivo de solucionarlo. La interacción entre sus miembros a través de sus experiencias da la pauta para establecer técnicas conductuales para el abandono del hábito, manejo de los síntomas de abstinencia y darse apoyo de manera recíproca. Se presta especial atención a las recaídas y se imparten consejos para prevenirlas. Cuando está disponible, se realiza medición de monóxido de carbono espirado en todas las sesiones.

### INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

#### Medicamentos de Primera Línea

**Terapia de reemplazo de nicotina (TRN).** Es la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo por una vía distinta al consumo del cigarrillo y en una cantidad suficiente para aliviar el padecimiento de los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente como para causar dependencia. Existen varios tipos de TRN: chicles, parches, pastillas e inhaladores. Debe evitarse su uso en pacientes con eventos coronarios agudos en los últimos dos meses (infarto, angina inestable o arritmias cardíacas severas no controladas), hipertensión arterial no controlada e hipertiroidismo y en pacientes con problemas de su dentadura o de la articulación temporo-mandibular. Las dos presentaciones de más fácil consecución en nuestro medio son los chicles y los parches.

Los **chicles de nicotina** contienen 2 ó 4 mg de nicotina, son seguros y la dosis se debe ajustar según el grado de dependencia, con intervalos de 1 a 3 horas. El chicle debe ser utilizado de forma correcta para conseguir su mayor eficacia, masticando en forma lenta e intermitente para permitir su absorción en la mucosa oral; si se mastica rápidamente la nicotina será deglutida ocasionando náuseas y otros síntomas gastrointestinales, se inactiva por metabolismo hepático y se perderá el efecto terapéutico; tampoco

deben ingerirse concomitantemente sustancias como el café, que pueden reducir su absorción. La duración del tratamiento oscila entre 8 y 12 semanas, pero si la dependencia es muy alta y no hay contraindicaciones para su uso puede prolongarse hasta por un año con disminución progresiva de la dosis después de 4 a 8 semanas de tratamiento.

Los *parques de nicotina* son dispositivos que contienen entre 7 y 28 mg de nicotina que se libera al contacto con la piel. El parche debe colocarse sobre la piel en un área libre de vello y con poca sudoración con la región del deltoides y los omoplatos. Se colocara a primera hora y se cambiara cada 24 horas rotando el sitio de aplicación para evitar irritación local. Deben ser utilizados durante periodos entre 8 semanas y 12 semanas. Suspender su uso antes de seis semanas favorece la recaída y la prolongación del tratamiento por más de 3 meses no aumenta las posibilidades de éxito. Se iniciará la dosis máxima al menos 4 semanas, pidiéndose disminuir después. Al llegar a la semana doce se suspenden sin necesidad de disminución progresiva.

**Bupropión.** Fue el primer tratamiento no nicotínico para dejar de fumar. Es un inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina. El tratamiento se iniciará 7 días antes de abandonar definitivamente el consumo del tabaco (día D). Durante la primera semana la dosis es 150 mg al día, a partir del día 8 se aumenta a 2 comprimidos de 150 mg tomados con 8 a 10 horas de diferencia (300 mg/día). La duración del tratamiento es 12 semanas pudiéndose prolongar hasta 24 semanas.

Es eficaz en todo tipo de fumadores en especial con pacientes con antecedentes de depresión y alcoholismo. No se debe usar en pacientes con trastornos convulsivos o que estén utilizando medicamentos que disminuyan el umbral convulsivo, depresión no controlada, trastorno afectivo bipolar, anorexia y bulimia. Tiene interacciones medicamentosas con los inhibidores de la monoaminoxidasa, los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, el haloperidol y la propafenona. Los efectos adversos más frecuentes son xerostomía, insomnio, náuseas y cefalea. Puede usarse en combinación con TRN.

**Vareniclina.** Fue desarrollada para ayudar a las personas a dejar de fumar. Se une a los receptores de nicotina en el sistema nervioso central reduciendo los efectos de la nicotina y disminuyendo los síntomas de abstinencia. Su uso aumenta hasta 3 veces la posibilidad de dejar de fumar por tiempo prolongado.

En el momento la evidencia es insuficiente para recomendar su combinación con otros medicamentos de primera línea. Algunos estudios han explorado combinación con TRN en pacientes de alta dependencia de nicotina con buena tolerancia. No se debe usar en paciente con antecedente o clínica de depresión, ni aquellos que requieran animo vigilante para su trabajo (pilotos, operarios de maquinaria pesada, etc.). Tampoco es posible recomendarla para menores de 18 años, mujeres embarazadas y pacientes con enfermedad coronaria no controlada.

El efecto adverso más común son las náuseas que desaparecen, casi siempre, luego de las primeras semanas de tratamiento. No hay descripción de interacciones medicamentosas, lo que permite su uso en paciente polimedcado.

### Medicamentos de segunda línea

Hay algunos fármacos de segunda línea que pueden utilizarse en aquellos pacientes con contraindicaciones claras para los medicamentos de primera línea. Su eficacia puede ser ligeramente mejor que el placebo y no se recomienda su uso rutinario. Dentro de este grupo esta la nortriptilina y la clonidina. No esta indicado en el tratamiento del tabaquismo otros antidepresivos, ansiolíticos, benzodiacepinas ni beta bloqueadores.

### Medicamentos en desarrollo

**Vacuna anti-nicotina.** Se obtiene mediante la unión de la nicotina con una proteína grande con alto poder inmunogénico. Este compuesto una vez administrado al fumador, genera anticuerpos contra la nicotina. Cuando se ha completado el esquema de vacunación, la nicotina inhalada quedara atrapada por los anticuerpos, sin poder pasar a la barrera hematoencefalica evitando su unión a receptores centrales hasta en un 70%. La falta de estimulación de los receptores evita la respuesta placentera del fumar. Por el tiempo que requiere para alcanzar su máxima actividad es probable que se use después del día D en combinación con otros medicamentos. En los estudios en curso, no se han reportado efectos secundarios ni eventos adversos.

### RESUMEN

El tabaquismo es una enfermedad crónica de carácter adictivo prevenible y curable. Por culpa del cigarrillo 5 personas mueren cada hora en Colombia a causa de las enfermedades cardiopulmonares secundarias al tabaco. El tratamiento incluye medidas no farmacológicas y medicamentos específicos. Todos los profesionales de la salud debemos tomar una posición activa de liderazgo para combatir esta enfermedad.

### LECTURAS RECOMENDADAS

- The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General 2004. [www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/03/02/09\\_21-00](http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/03/02/09_21-00)
- Hernández G, Pérez N, Murillo R. Costos de la atención médica del cáncer de pulmón, la EPOC y el IAM atribuibles al consumo de tabaco en Colombia (proyecto multicéntrico de la OPS). *Rev Colomb Cancerol* 2007; 11(4):241-249
- The 2008 update to *Treating Tobacco Use and Dependence*, a Public Health Service-sponsored Clinical Practice Guideline, [www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf)
- Bader P, McDonald P, Selby P. An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts. *Tob Control*. 2009 Feb; 18(1):34-42.
- Pilote, Louise, Eisenberg Mark J, Filion Kristian B, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials *CMAJ*. 2008 July 15; 179(2): 135-144.
- Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39 (1): 35-41.



### SERVICIOS

Consulta externa de Neumología Adultos y Pediátrica

Programas especiales  
• Programa de asma: ASMAIRE INFANTIL Y DE ADULTOS  
• Programa de EPOC: AIREPOC

Pruebas de Función Pulmonar

Centro de Estudios del Sueño

Terapia y Cuidado Respiratorio

Unidad de Rehabilitación Pulmonar

Servicio de Procedimientos

Programa de Enfermedad Respiratoria Ocupacional

Urgencias y Hospitalización en convenio con la Fundación Cardio Infantil

Unidad de Cuidados Intensivos en convenio con la Fundación Cardio Infantil

FUNDACIÓN NEUMOLÓGICA COLOMBIANA

Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología

Carrera 13 B N° 161-85

Teléfonos:

Citas: 742 8888

Conmutador: 742 8900

Bogotá, D. C.

La publicación de PERSPECTIVA NEUMOLÓGICA se hace gracias a un aporte incondicional de AstraZeneca Colombia S.A.

**AstraZeneca**

Diseño y diagramación  
**DISTRIBUNA**  
Editorial  
Colombia [www.libreriamedica.com](http://www.libreriamedica.com)