

### Justificación:

El tabaquismo constituye la principal causa de muerte prevenible y es uno de los problemas de salud pública a nivel mundial. Es responsable de 5.400.000 de muertes anuales, esta cifra podría alcanzar los 8.000.000 para el año 2030 si no se toman medidas para contrarrestar esta situación.<sup>1</sup> En la Argentina las enfermedades vinculadas con el tabaquismo producen el deceso de 40.000 personas por año y 6.000 mueren por tabaquismo pasivo. El consumo del tabaco es una de las mayores pandemias de todos los tiempos

Existe un consenso general de que sólo hay una manera de combatir esta pandemia, y es poner en práctica una estrategia de control del tabaco que sea integral, continua, sostenible y suficientemente financiada, como se expone en el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS) es el primer tratado mundial de salud Pública que fue aprobado el 21 de mayo de 2003, y el 27 de febrero de 2005 entró en vigor. Es un instrumento jurídico regido por el derecho internacional y obligatorio para los países que lo firman y ratifican. Tiene como objetivo proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y las consecuencias económicas del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional con el fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

Desde entonces se ha convertido en uno de los tratados más ampliamente adoptados en la historia de las Naciones Unidas y, al día de hoy, ya lo han suscripto 164 Partes.

El CMCT OMS se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco.

En la región de las Américas 16 han ratificado el convenio, de los cuales 5 pertenecen al MERCOSUR, a saber: Brasil, Chile, Uruguay, Bolivia y Perú.

**Argentina** lo firmó en el 2003 y es uno de los pocos países del mundo que firmó pero no ratificó el convenio. **Para entrar en vigor en nuestro país debe ser ratificado por el Congreso Nacional.** Este convenio propone medidas tendientes a controlar la epidemia del tabaquismo, entre ellas la creación de espacios libres totalmente de humo de tabaco en lugares públicos y en ambientes de trabajo, la prohibición de la publicidad y el aumento de los impuestos al cigarrillo; presenta un modelo para que los países reduzcan tanto la oferta como la demanda al tabaco.

La OMS para ayudar a los países a cumplir las promesas del convenio Marco ha establecido MPOWER Sin Humo y con vida, un plan integrado por las seis medidas más importantes y eficaces de control del tabaco, a saber: aumentar los impuestos y precios, prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio; proteger a la gente del humo de segunda mano, advertir a todos acerca de los peligros del tabaco; ofrecer ayuda a quienes quieran abandonar el tabaco, y vigilar atentamente la epidemia y las medidas de prevención. Estas medidas han demostrado su eficacia para reducir el consumo de tabaco. (Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2008. Plan de medidas MPOWER)

A nivel nacional aun no hay una legislación vigente con respecto al tabaquismo, en la provincia de Buenos Aires rige la ley N° 13.894<sup>2</sup> que tiene por objeto la regulación de aspectos relativos al consumo, comercialización, publicidad, distribución y entrega de tabaco.

### Situación del tabaquismo en la Argentina: epidemiología

En nuestro país la prevalencia de tabaquismo es del 33,4% en la población de 18 a 64 años de edad, (37,7% en hombres y 29,3% en mujeres), esto representa aproximadamente 8.000.000

<sup>1</sup> Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2008. Plan de medidas MPOWER

<sup>2</sup> Boletín oficial del Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. Argentina.

de personas. El 56,4% de la población esta expuesta habitualmente al humo ambiental del tabaco<sup>3</sup>.

Si bien la tendencia esta en baja en los adultos, es preocupante el aumento del consumo en los adolescentes. Cada día, 500 jóvenes comienzan a fumar. Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes llevada a cabo en el país en el año 2007 (EMTA 2007), a nivel nacional el 52% de los adolescentes de 13 a 15 años alguna vez había probado un cigarrillo, en la provincia de Buenos Aires, el 24,9 %, y el 18,5% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; en todas las jurisdicciones la prevalencia fue mayor en mujeres.

Con respecto a la exposición del humo del tabaco un 68,3% de los adolescentes están expuestos al humo del tabaco ajeno en lugares públicos y en la provincia de Buenos Aires el 72,3%, la exposición al humo en el hogar a nivel nacional es del 54,7%.

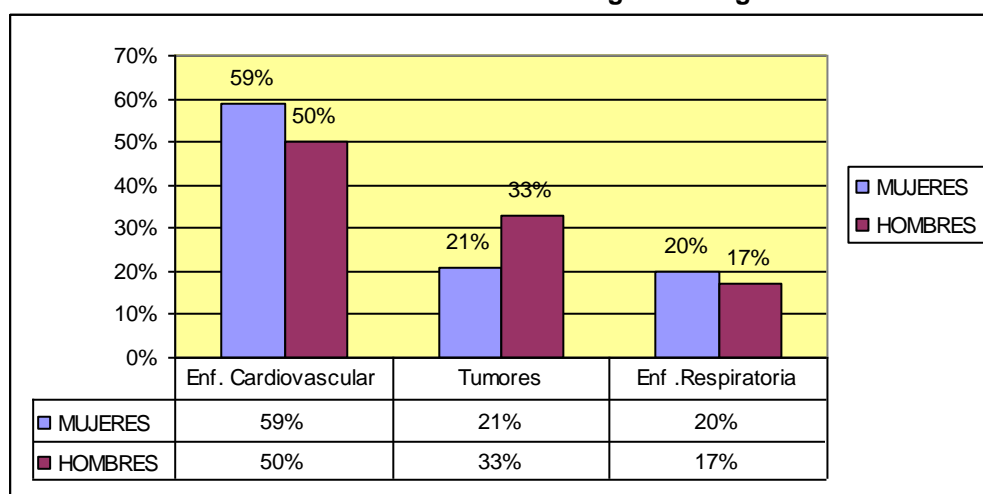
El SUTEBA esta realizando desde el año 2006 en el marco del Programa "Suteba Va a la Escuela" una encuesta sobre factores de riesgos cardiovasculares a los docentes de las escuelas del conurbano bonaerense y del interior de la provincia de Buenos Aires, el análisis de los datos desde el 2006 al 2008 arrojó una prevalencia de tabaquismo 25%.<sup>4</sup>

### **MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE TABACO.**

Cada año en la Argentina mueren más de **40.000** personas por enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco, esto representa el **16%** de los decesos de personas mayores de 35 años<sup>5</sup>.

Según un estudio realizado por ISALUD muestra que, en el año 2002 las enfermedades y muertes a causa del consumo del tabaco generaron la perdida de 824.804 años de vida saludables (AVISA), el 35% corresponde a años de vida por muerte prematura y el 64.5% por discapacidad. Este es un indicador que expresa en una unidad de medida única, el impacto de la muerte prematura y de la discapacidad en la población.<sup>5</sup>

**Grafico1 Causas de mortalidad relacionada al cigarrillo según sexo.**



En Argentina el costo del tratamiento de las patologías relacionadas al consumo de tabaco y a los efectos del Humo del Tabaco Ambiental es de **\$ 4.330 millones** o el equivalente al **15.5%** del gasto total de salud. Un trabajo realizado por el Ministerio de Salud muestra que la sociedad Argentina gastó en el 2006 \$ 6.917.318.105 pesos en atender enfermedades causadas por el consumo de tabaco, cifra muy superior al conjunto de impuestos percibidos por el Ministerio de Economía de la Nación que en el año 2006 fue de \$ 4.200 millones.

<sup>3</sup> Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Año 2005

<sup>4</sup> Suteba. Programa Preventivo "Suteba va a la escuela". Concientización de Factores de Riesgos Cardiovasculares 2006-2008.

<sup>5</sup> Programa Nacional de control de Tabaco. Informe de Gestión 2003-2007. Ministerio de salud de la Nación.

## Cada día la Argentina gasta 19 millones de pesos en la atención de patologías relacionadas con el consumo del tabaquismo 5

El 70% de todas las defunciones atribuibles al tabaquismo se deben principalmente a cuatro patologías: Cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebro vascular (ACV)<sup>6</sup>.

**El mayor costo está relacionado con el tratamiento del EPOC:** 3791 millones de pesos, una patología crónica que genera una enorme discapacidad en quien la padece, en segundo lugar se encuentra el tratamiento del IAM: 852 millones de pesos.

El tratamiento del cáncer de pulmón y del ACV cuestan 463 millones y 215 millones de pesos respectivamente.

### Cuales son los factores que determinan la alta prevalencia del tabaquismo?

De acuerdo a la opinión de los expertos los principales determinantes son<sup>7</sup>:

- ✚ Determinantes biológicos y conductuales. Dependencia física, encontrar placer en el fumar
- ✚ Determinantes de iniciación del consumo del tabaco: consumo de tabaco en el ámbito familiar u hogareño, baja autoestima, limitaciones para resistir presiones hacia el consumo
- ✚ Determinantes psico sociales: alta tolerancia social hacia el consumo del tabaco, falta de promoción de estilos de vida libres del humo del tabaco, nivel socioeconómico, alto consumo en ambientes laborales y entretenimiento, estrés, y la publicidad.
- ✚ Determinantes ambientales: la contaminación.
- ✚ Determinantes sobre la dificultad de abandonar el habito de fumar: insuficiente practica en consultorios para implementar tratamientos de cesación en fumadores, escasa intervención en deshabituación en los servicios médicos, contradicción e incoherencia en el discurso medico (mas del 30% de los profesionales médicos fuman), y por ultimo la necesidad de un discurso sostenido de los actores involucrados para lograra la disminución del consumo del tabaco e implementar mecanismos de control, regulación de la producción la venta y la publicidad.

### Historia y Componentes de tabaco

En el año 1856 se comienza la manufactura y la comercialización del cigarrillo. En la década del 60 ya en el siglo XX se comienza a tener conciencia del peligro que presenta el consumo de productos derivados del tabaco por la gran mortalidad anual que producen.

La complejidad de las acciones que ocasiona el humo del tabaco en el organismo, se explica cuando conocemos que éste produce unas **4.700 sustancias** de las cuales **60** son decididamente **cancerígenas**

La nicotina es droga psicoactiva generadora de dependencia, con conductas y alteraciones físicas específicas, que conduce a que el adicto fume, a pesar de conocer o experimentar las consecuencias negativas para su salud

**La nicotina es un alcaloide presente en el tabaco y es la responsable fundamental de la dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia.**

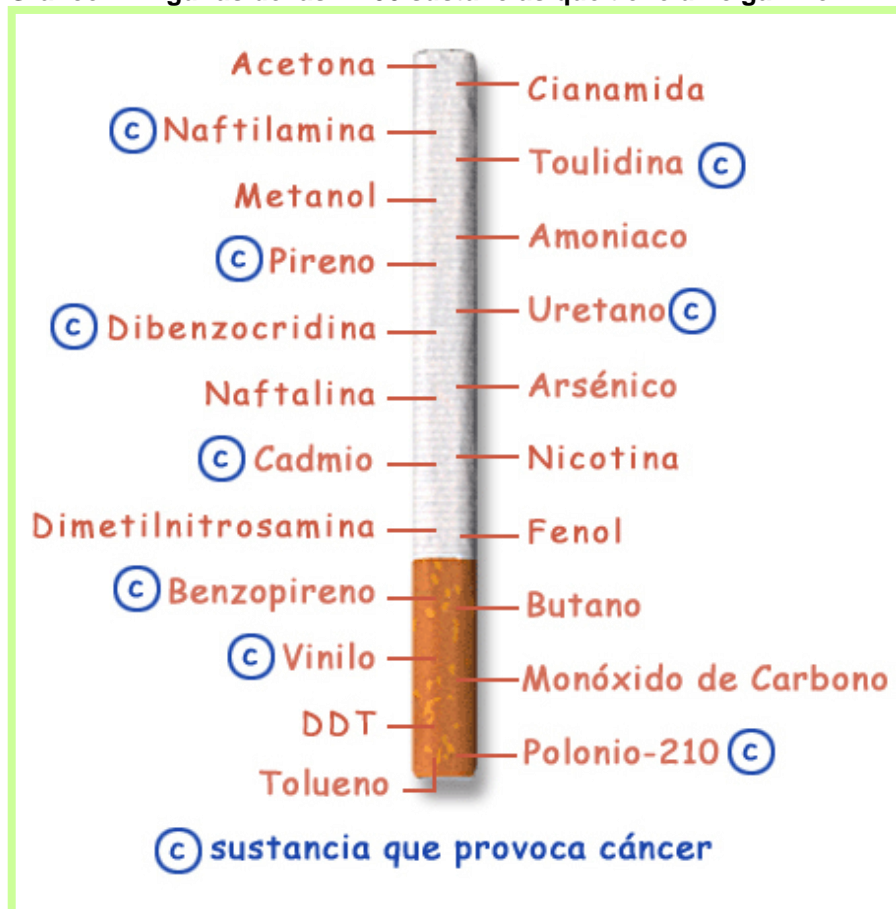
Aproximadamente la nicotina necesita unos 7 segundos para actuar sobre el cerebro, mediado fundamentalmente por la dopamina, un neuro trasmisor cerebral que produce sensación de placer, bienestar. Un cigarrillo contiene aproximadamente 0,5-1 mg de nicotina, de la que aproximadamente el 25 % llega a la circulación sistémica del fumador pudiendo incrementarse

<sup>6</sup> Programa Nacional de control de Tabaco. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2005

<sup>7</sup> Foro de Investigación en Salud de Argentina. Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en tabaquismo.2007.

la bio disponibilidad según la intensidad de la aspiración. El tiempo de eliminación es de 2-3 horas, de forma que su consumo regular motivaría que se acumulasen niveles de nicotina durante 6-8 horas<sup>8</sup>.

**Grafico 2: Algunas de las 4.700 sustancias que tiene un cigarrillo**



### Costo efectividad de las intervenciones en Tabaquismo

Sin una política a nivel institucional, los profesionales de la salud no tienen la capacidad de abordar el problema del tabaquismo de una manera consistente.

Tanto como los médicos deben asumir la responsabilidad de tratar a sus pacientes tabaquistas, los administradores de salud deben asumir la responsabilidad de implementar políticas sanitarias y proveer recursos que faciliten dicho proceso

Los tratamientos para dejar de fumar no son solamente efectivos desde el punto de vista clínico. También lo son desde el punto de vista económico. Desde el consejo medico, los fármacos, hasta los programas intensivos para dejar de fumar son costo- efectivos en relación a otras intervenciones médicas. Análisis de costo-efectividad han mostrado que ayudar a un paciente a dejar de fumar es más costo-efectivo que tratar la hipertensión, o la hipercolesterolemia o que realizar mamografía, entre otras prácticas. Tal es así que el tratamiento para dejar de fumar ha sido llamado el gold standard de las intervenciones preventivas<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Guía de Practica clínica basada en la evidencia Año 2008. Tabaquismo Abordaje en Atención primaria. Grupo respiratorio SAMFYC. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>9</sup> Integración del tratamiento del tabaquismo en España. Estudio y propuesta. C.A Jiménez Ruiz. PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO vol. 5 nº 2, Abril-Junio 2003

Se habla de intervención sobre el hábito tabáquico al conjunto de estrategias efectivas para el abandono del hábito tabaquico, que pueden ser utilizadas por cualquier profesional de la salud

En nuestro país contamos con el **Programa Nacional de control del Tabaco**, el cual busca ofrecer un enfoque integral a la problemática del tabaquismo abarcando los aspectos principales que determinan el alto consumo. Comprende un conjunto de líneas de intervención en sus tres áreas principales:

- ✚ Prevención Primaria
- ✚ Cesación y
- ✚ Protección del fumador pasivo.

La estrategia de intervención se establece en armonía con las orientaciones del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT).

Es fundamental contar con este programa así como también, los profesionales poder tener el entrenamiento necesario para asistir a los pacientes con esta problemática. Nuestra institución (SUTEBA) en el año 2008 en el marco de la capacitación continua de los profesionales que trabajan en los diferentes centros de Salud de Atención Primaria ofreció en forma gratuita un curso de cesación tabaquica, el cual tuvo lugar en el Instituto Dr. Raúl Vaccarezza del Hospital Muñiz a cargo de profesionales especialistas en el tema.

**Sin un sistema que establezca políticas articuladas para el control del tabaco, las acciones individuales de los profesionales de la salud no serán suficientes para tratar y resolver la problemática sanitaria.**

**Es por ello que se debería incluir dentro del Programa Medico Obligatorio (PMO) los tratamientos actuales de cesación así como se incluyen otras entidades crónicas prevalentes.**

**Según la evidencia disponible la intervención farmacológica constituye una herramienta eficaz dado que duplica o triplica de acuerdo al fármaco utilizado la chance de éxito de un intento de cesación a través del control de los síntomas de abstinencia, independientemente de de la intensidad de la intervención psico-social.**

Todo paciente que desea dejar de fumar debe recibir una intervención efectiva para el abandono y esta debe incluir:

- ✚ **Intervención psico-social**
- ✚ **Intervención farmacológica**
- ✚ **Adecuado seguimiento**

### **Tratamiento farmacológico del tabaquismo**

El tabaquismo ha demostrado un nivel de dependencia superior al que provocan otras drogas como la heroína, la cocaína o el alcohol.

Está demostrado que la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropion y vareniclina tienen efectos terapéuticos en la ayuda para dejar de fumar, y que aumentan las posibilidades de abandono de la dependencia al tabaquismo a largo plazo

De esta manera, en la mayoría de las guías de práctica clínica se asegura que el tratamiento farmacológico del tabaquismo es una parte fundamental del abordaje terapéutico del fumador que quiere dejar de serlo y que, en ausencia de contraindicaciones, el tratamiento farmacológico se les debe ofrecer a todos los fumadores que tienen dependencia a la nicotina, puesto que esta intervención duplica las posibilidades de éxito.<sup>6</sup>

La intervención farmacológica debe ofrecerse a la mayoría de los fumadores. Los fármacos no deben utilizarse como una estrategia terapéutica aislada, dado que su eficacia depende de su utilización en un marco terapéutico psico-social.

Existe suficiente evidencia sobre la eficacia y costo efectividad del tratamiento farmacológico<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Guía Nacional de tratamiento de adicción al tabaco. Año 2005.

La elección del fármaco estará basada en las características clínicas y preferencias del fumador

**Fármacos de primera línea:**

- ✓ **Sustitutos de la Nicotina:** la nicotina fue el primer el principio activo aprobado por la FDA (Administración de alimentos y drogas de EEUU) para uso en terapia para dejar de fumar. El chicle de nicotina aprobado en el año 1984 marco la disponibilidad de la primera terapia de reemplazo. La Nicotina, ingresa a la sangre por una vía diferente de la del consumo inhalado del cigarrillo, llega al sistema nervioso central en **una cantidad suficiente para controlar los síntomas de abstinencia pero insuficiente para crear dependencia.** Reduce los síntomas de abstinencia en los fumadores que dejan de fumar y es eficaz como tratamiento de deshabituación. Existen en el mercado diferentes presentaciones, en forma de chicles, nicotina inhalada nasal y parches transdermicos. La terapia de reemplazo de nicotina puede duplicar las posibilidades de éxito de la abstinencia de fumar durante 6 a 12 meses comparando con placebo, datos de estudios agrupados realizados en 39.503 pacientes <sup>11</sup> . **La tasa de éxito a los 12 meses es del 15 al 25%**
- ✓ **Bupropion:** es un antidepresivo, actúa a nivel central ejerciendo un efecto similar al de la nicotina. Fue aprobado por la FDA en el año 1997 como fármaco utilizado para la deshabituación tabaquica .La eficacia del bupropion ha sido demostrada en varios ensayos clínicos, duplica las probabilidades de dejar de fumar con éxito comparado con el placebo a los 6 meses o mas.<sup>12</sup> La duración del tratamiento es de 7 a 9 semanas
- ✓ **Vareniclina:** es el primer medicamento para combatir el tabaquismo y es el único diseñado específicamente para dejar de fumar, dado que actúa exclusivamente sobre los receptores nicotínicos del cerebro. De acuerdo a la evidencia actual puede triplicar las probabilidades de dejar de fumar frente al placebo.<sup>12</sup> La duración del tratamiento es de 12 semanas.
- ✓ **Otros fármacos:**  
Clonidina y nortriptilina, son considerados fármacos de segunda línea.

**Tabla 1: Tratamiento farmacológico: comparación de drogas y costos**

**DROGAS DE PRIMERA LINEA: grado de recomendación tipo A**

TRN (terapia reemplazo Nicotina	Dosis	Costo/envase Fuente: Kairos Web/Nov 09	Duración tto	Costo estimado TTO completo
	<25cigarrillos =2mg	\$34,75		
Chicles de Nicotina	>25 cigarrillos =4mg	\$34,75	<b>12 semanas</b>	<b>\$1.563,75</b>
	Hasta 24 chicles/d	(x30)		(promedio de 15 chicles/día)
	21mg/24hs	\$235,88 X21	4semanas	\$334,22
Parches de Nicotina	14mg/24hs	\$219,28 x 21	2 semanas	\$156,62
	7mg	\$202,23 x21	2 semanas	\$144,45
			Total :	
			<b>8 semanas</b>	<b>\$635,29</b>
Spray nasal de nicotina	8 a 40 dosis/día	\$164,68 x 200 pulsaciones	<b>8 a 12 semanas</b>	<b>\$1.482,12</b> (promedio de 20 pulsaciones/día) <b>x 3 meses</b>

<sup>11</sup> Smoking and smoking cessation in Latin America: a review of the current situation and available treatments.2008  
Fernando Müller<sup>1</sup> and Luis Wehbe <sup>2</sup>

Comprimidos de Nicotina	20 comp./día 2mg X24 comp 4mg x 24 comp	\$46,90 \$49,90	<b>12 semanas</b>	<b>\$3.517,47</b> (Promedio de 20 comp. /día)
<b>BUPROPION</b>	150mg x 60 comp. Inicio 150mg/día, luego cada 12 hs.	\$98,61	<b>7 a 9 semanas</b>	<b>\$197,22</b> ( 8semanas)
<b>VARENICLINA</b>	1 mg comp. x 56 Inicio 0,5 /día x 3 días, luego cada 12hs x 3 días y luego 1mg/cada cada 12hs hasta comp tto	\$473,54	<b>12 semanas</b>	<b>\$1.522,09</b>

#### **DROGAS DE SEGUNDA LINEA: grado de recomendación tipo A**

<b>CLONIDINA</b>	0.1mg comp. x 100 (dosis:0,15 a 75mg/día.) 40mg x 20 comp	\$83,82	<b>3 a 10 semanas</b>	<b>\$100,58</b> (8 semanas)
<b>NORTRIPTILINA</b>	(dosis: 75 a 100mg/dia)	\$55,67	<b>12 semanas</b>	<b>\$501,03</b>

Todas las drogas para el tratamiento de dependencia del tabaco tienen una recomendación de tipo A según el grado de evidencia, es decir, hay suficientes trabajos científicos que demuestran su efectividad en el tratamiento de cesación tabaquica.

#### **BENEFICIOS**

Los beneficios en salud que se producen al dejar de fumar son inmediatos y continúan por más de 10 a 15 años. Se ha demostrado que aquellos que han dejado de fumar tienen una mayor sobrevivencia que aquellos que continúan haciéndolo. Un individuo que deja de fumar después de los 50 años reduce a la mitad el riesgo de morir en los siguientes 15 años. Esta reducción de la mortalidad ocurre por reducción del riesgo de casi todas las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. La evidencia sugiere que aún en individuos mayores de 70 años el riesgo se reduce sustancialmente. Adicionalmente, la reducción del riesgo es directamente proporcional a un menor número de años de consumo y a un número mayor de años de abstinencia<sup>12</sup>

**Según datos del Ministerio de salud de la Nación los beneficios del abandono del hábito tabaquico se comienzan a percibir en forma inmediata, por ejemplo:**

- ✓ **A los 20 minutos:** La presión y el pulso retornan a los valores normales
- ✓ **A las 8 hs.:** La nicotina y el monóxido de carbono en la sangre se reducen a la mitad. El oxígeno en la sangre vuelve a los valores normales
- ✓ **A las 24 hs:** El monóxido de carbono ha sido eliminado y los pulmones comienzan a eliminar residuos del cigarrillo
- ✓ **A las 48 hs.:** Ya no hay nicotina en el organismo. El sentido del olfato y el gusto mejoran mucho
- ✓ **A las 72 hs.:** Respirar es más fácil, las vías aéreas comienzan a relajarse y aumentan los niveles de energía
- ✓ **A los 6 meses:** Se reducen la tos y la expectoración, los resfríos, las bronquitis
- ✓ **Entre 1 y 9 meses:** disminuye el riesgo de infecciones
- ✓ **Al año:** Es menor el riesgo de trombosis o embolias cerebrales y se reduce a la mitad el riesgo de infarto agudo en miocardio
- ✓ **A los 5 años :** El riesgo de padecer infarto se iguala al de las personas que nunca fumaron y se reduce a la mitad el riesgo de padecer cáncer de pulmón
- ✓ **A los 10 años:** El riesgo de padecer cáncer de pulmón es igual a un no fumador

<sup>12</sup> Nuevas armas para luchar contra la adicción tabaquica. Sociedad Argentina de cardiología



## **Conclusiones:**

- ✚ El tabaquismo es un problema de salud pública a nivel mundial
- ✚ Se deberá continuar trabajando para que la Argentina ratifique el convenio Marco y de esta forma entre en vigor.
- ✚ Es imprescindible que las instituciones de salud implementen políticas integrales de control de tabaco para que el impacto sanitario de las acciones sea Significativo.
- ✚ Todo fumador que desee dejar de fumar debe recibir un tratamiento integral: psico-social y farmacológico.
- ✚ El tratamiento de la dependencia al tabaco es clínicamente efectivo y costo-efectivo en relación a otras prácticas e intervenciones médicas. Por tal razón los sistemas de salud deberían garantizar cobertura de los tratamientos para dejar de fumar.

Dirección de Salud. Suteba. Noviembre 20009.

## **Bibliografía**

1. Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo,2008.Plan de medidas MPOWER
2. Boletín oficial del Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. Argentina.
3. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Año 2005
4. Suteba. Programa Preventivo” Suteba va a la escuela”.Concientización de Factores de Riesgos Cardiovasculares 2006-2008.
- 5 Programa Nacional de control de Tabaco. Informe de Gestión 2003-2007.Ministerio de salud de la Nación.
6. Programa Nacional de control de Tabaco. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2005
7. Foro de Investigación en Salud de Argentina. Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en tabaquismo.2007
8. Guía de Práctica clínica basada en la evidencia Año 2008. Tabaquismo Abordaje en Atención primaria. Grupo respiratorio SAMFYC. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
9. Integración del tratamiento del tabaquismo en España. Estudio y propuesta. C. A Jiménez Ruiz. PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO vol. 5 nº 2, Abril-Junio 2003
10. Guía Nacional de tratamiento de adicción al tabaco. Año 2005.
11. Smoking and smoking cessation in Latin America: a review of the current situation and available treatments.2008. Fernando Müller<sup>1</sup> and Luis Wehbe<sup>1</sup> Universidad Nacional de Buenos Aires and Proyecto Médico Especialista en Dejar de Fumar, Buenos Aires, Argentina; <sup>2</sup> Ave Pulmo Smoking Cessation Institute, Mar del Plata, Argentina Correspondence: Fernando Müller, Proyecto MEDEF.
12. Nuevas armas para luchar contra la adicción tabaquica. Sociedad Argentina de cardiología