

Guía de Práctica Clínica

para la cesación tabáquica

Sistema General de Seguridad Social - Colombia

Guía para profesionales de la salud

2024



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



Instituto Nacional
de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

Instituto Nacional de Cancerología
Por el control del cáncer

Guía de Práctica Clínica para la cesación tabáquica -
Guía para profesionales de la salud

ISBN (edición en línea): 978-958-8963-42-6

Publicado en:

Bogotá, D.C., 31 de octubre de 2025

Citar como:

Instituto Nacional de Cancerología (INC). Guía de práctica clínica para la cesación tabáquica: guía para profesionales de la salud. Bogotá, D. C.: INC; 2025.

© Instituto Nacional de Cancerología

Calle 1 # 9-85, Bogotá, D. C. , Colombia

Teléfono: (601) 481 7000

Resto del país: 018000 - 414414

www.cancer.gov.co

Guía de Práctica Clínica para la cesación tabáquica – Guía para profesionales de la salud © 2025 del Instituto Nacional de Cancerología se publica bajo los términos de la licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Conforme a los términos de esta licencia, está permitido copiar, redistribuir y adaptar (remezclar, transformar y crear) el material en cualquier medio o formato, únicamente con fines no comerciales. Esta licencia exige otorgar crédito al autor y licenciar bajo términos idénticos las obras derivadas.

En ningún caso el uso de este documento debe implicar que el Instituto Nacional de Cancerología (INC) ni la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) avalan alguna organización, producto o servicio específico. No está permitido el uso de los logotipos del INC ni de la UNAL.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud Pública y Protección de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SILDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

GONZALO PARRA GONZÁLEZ
Secretario General

GINA ROSA ROJAS FERNÁNDEZ
Directora de Promoción y Prevención

CLARA MERCEDES SUÁREZ RODRÍGUEZ
Directora de Epidemiología y Demografía

YULIANA ANDREA VALBUENA BEDOYA
Directora Oficina de Promoción Social (e)

GERMÁN RAÚL CHAPARRO
Director Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELAEZ
Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud

LIBIA ESPERANZA FORERO GARCIA
Directora de Prestación de servicios y Atención Primaria

JOSÉ ALEXIS MAHECHA ACOSTA
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

LUZ ADRIANA ZULUAGA SALAZAR
Jefe Oficina de Calidad

Equipo técnico

YULIANA ANDREA VALBUENA BEDOYA
INDIRA TATIANA CAICEDO REVELO
YOLANDA INES SANDOVAL GIL
HEIDY GARCIA OROZCO
GINNA PAOLA SAAVEDRA MARTINEZ
GLORIA EDITH VILLOTA ENRIQUEZ



**Instituto Nacional
de Cancerología**
Colombia
Por el control del cáncer

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

CAROLINA WIESNER CEBALLOS

Médica Cirujana, Magíster en Salud Pública, Doctora en Estudios Sociales. Directora General, Instituto Nacional de Cancerología.

LINA MARÍA TRUJILLO SÁNCHEZ

Médico Cirujano, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Especialista en Ginecología Oncológica, Especialista en Gerencia en Salud Pública, Subdirectora General de Atención Médica y Docencia del Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

ALVARO QUINTERO POSADA

Médico Cirujano, Especialista en Administración de Servicios de Salud, Subdirector General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención del Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

DEVI NEREIDA PUERTO JIMÉNEZ

Médica Cirujana, Magíster en Administración, Especialista en Epidemiología, Especialista en Gerencia de la Salud Pública, Coordinadora del Grupo Área de Salud Pública del Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

ALBA LUCIA COMBITA ROJAS

Bacterióloga, Magister en Bioquímica, Doctora en Ciencias Biomédicas, Coordinadora Grupo Área de Investigaciones del Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

JOSÉ ALEXANDER CARREÑO DUEÑAS

Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología, Magister en Administración en Salud, Doctorado en Oncología (c), Coordinador del Grupo Investigación Clínica y Epidemiológica del Cáncer del Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

MARÍA TERESA VALLEJO ORTEGA

Médica Cirujana, Magister en Epidemiología Clínica, Grupo Investigación Clínica y Epidemiológica del Cáncer del Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

JUAN CAMILO FUENTES PACHON

Médico Cirujano, Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo, Magíster en Epidemiología Clínica (c), Asesor Grupo de Guías y Protocolos del Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

GRUPO DESARROLLADOR UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Equipo temático

ANA MILENA CALLEJAS

Médica cirujana. Especialista en Neumología y Medicina Interna. Magíster en Oncología Torácica. Maestría en hipertensión pulmonar. Miembro de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax. Instituto Nacional de Cancerología (líder temática).

MARY BERMÚDEZ

Médica cirujana. Especialista en Medicina Interna y Neumología. Magíster en Epidemiología Clínica. Hospital Universitario San Ignacio y Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

LUZ HELENA ALBA

Médica cirujana. Especialista en Medicina Familiar. Magíster en Epidemiología Clínica. Hospital Universitario San Ignacio y Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

HORACIO GIRALDO

Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax, y Academia Nacional de Medicina.

RAÚL MURILLO

Médico cirujano. Programa de entrenamiento en Salud Internacional de la OPS/OMS. Magister en Salud Pública. Doctorado en Oncología (c). Centro Javeriano de Oncología. Hospital Universitario San Ignacio y Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

ALFREDO SAAVEDRA

Médico cirujano. Especialista en Medicina Interna y Neumología clínica. Maestría en Oncología Torácica. Instituto Nacional de Cancerología y Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Equipo metodológico

RODRIGO PARDO

Médico cirujano. Especialista en neurología. Maestría en epidemiología clínica. Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia. Junta directiva del Brazo Iberoamericano del Guidelines International Network (GIN).

MARCELA TORRES

Química farmacéutica. Maestría en epidemiología clínica. Doctorado en salud pública. Investigadora de la Universidad Nacional de Colombia.

JOSÉ DELGADO

Optómetra. Especialista en epidemiología y en docencia universitaria. Magíster en epidemiología clínica.

SANDRA YUSEFF

Médica cirujana. Maestría en administración pública. Entrenamiento en curso de guías de OPS/OMS.

JULIE DÍAZ

Enfermera. Maestría en epidemiología clínica. Coordinadora del Centro de Investigaciones de HOMI.

MARTÍN CAÑÓN

Médico cirujano. Especialista en medicina familiar. Maestría en epidemiología clínica. Instituto de Investigaciones clínicas de la Universidad Nacional de Colombia

Equipo de evaluaciones económicas

GABRIEL TORRES

Médico cirujano. Especialista en neurología. Maestría en economía de la salud. Coordinador evaluaciones económicas.

ÁNGELA JIMÉNEZ

Economista. Maestría en política social.

Equipo investigación cualitativa y guía de pacientes

ROSA SUÁREZ

Psicóloga. Doctorado en salud pública.

MARISOL MORENO

Fonoaudióloga. Maestría en comunicación. Doctorado en Salud Pública. Profesora titular. Departamento de Comunicación Humana. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

WANDERLEY ARIAS

Instrumentador. Maestría en epidemiología clínica.

Representante de pacientes

MANUEL GAMBOA

Equipo técnico

NUBIA ESPERANZA BAUTISTA BAUTISTA

INDIRA TATIANA CAICEDO REVELO

YOLANDA INES SANDOVAL GIL

HEIDY GARCIA OROZCO

GINNA PAOLA SAAVEDRA MARTINEZ

GLORIA EDITH VILLOTA ENRIQUEZ

Apoyo administrativo

FABIÁN ARIZA

Gerente de proyectos. Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional de Colombia.

ALEJANDRA TORRES

Gestión bibliográfica. Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional de Colombia

Corrección de estilo, diseño y diagramación

Taller Creativo de Aleida Sánchez B. SAS

BIBIANA ANDREA ALTURO MENDOZA

PANEL DE EXPERTOS

ALEJANDRA CANAS ARBOLEDA

Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Directora Medicina Interna.

ALFONSO ÁVILA GARCÍA

Universidad Icesi. Sociedad Colombiana de Medicina Familiar. Docente, Médico.

AMPARO VALDERRAMA BÁEZ

Ministerio de Salud y Protección Social. Profesional Especializado.

ANDREA LARA SÁNCHEZ

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Especialista en Participación y Deliberación.

BLANCA LLORENTE.

Fundación Anáas. Directora de Investigación.

DEVI PUERTO

Instituto Nacional de Cancerología. Coordinadora Grupo Área de Salud Pública.

EDGAR ALBERTO SÁNCHEZ MORALES

Universidad Nacional de Colombia. Instituto Nacional de Cancerología. Profesor asociado, Neumólogo.

GERMÁN AUGUSTO DÍAZ SANTOS

Instituto Nacional de Cancerología. Neumólogo.

GLORIA VILLOTA

Ministerio de Salud y Protección Social. Asesor Oficina de Calidad.

INDIRA TATIANA CAICEDO REVELO

Ministerio de Salud y Protección Social. Contratista Subdirección de Enfermedades No Transmisibles.

JUAN CAMILO MARTÍNEZ URREGO

Ministerio de Salud y Protección Social. Contratista.

LORENA VIVIANA CALDERÓN PINZÓN

Ministerio de Salud y Protección Social. Profesional Especializado.

LUCÍA CAROLINA VIOLA MUÑOZ

Fundación Neumológica Colombiana. Coordinador Programa de Detección Temprana de Cáncer de Pulmón - Jefe Oncología Torácica.

MANUEL CONRADO PACHECO GALLEGO

Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax - Universidad Tecnológica de Pereira - Universidad Visión de las Américas. Asociación Colombiana de Medicina Interna. Médico Internista, Neumólogo.

MARCELA CELIS AMÓRTEGUI

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. FECOLSOG. Ginecoobstetra.

MARÍA DEL PILAR GARCÍA PADILLA

Centro Javeriano de Oncología/Hospital Universitario San Ignacio. Psicóloga.

MARIANA PINTO ÁLVAREZ

Ministerio de Salud y Protección Social. Líder Grupo de Búsqueda, Síntesis y Apreciación Crítica de la Evidencia de la Dirección de Medicamentos.

NELCY ASTRID BECERRA MARTÍNEZ

Javesalud IPS/Sociedad Colombiana de Medicina Familiar. Médica Especialista en Medicina Familiar.

NELSON PÁEZ E.

Fundación Neumológica Colombiana. Neumólogo.

SANDRA MILENA MANRIQUE LÓPEZ

Asociación Colombiana de Salud Pública. Integrante de Junta Directiva.

YOLANDA INÉS SANDOVAL GIL

Ministerio de Salud y Protección Social. Profesional Especializado.

Financiación

La presente guía fue financiada por el Instituto Nacional de Cancerología mediante contrato 0299 de 2020 suscrito entre el Instituto Nacional de Cancerología y la Universidad Nacional de Colombia.

Propiedad intelectual

En concordancia con el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982, los derechos de esta Guía son propiedad del Instituto Nacional de Cancerología, entidad que brindó el apoyo económico y realizó el acompañamiento a lo largo de todo el proceso, sin perjuicio de los derechos morales a los que haya lugar de acuerdo con el Artículo 30 de la misma ley, que pertenecen tanto al Instituto Nacional de Cancerología como a la Universidad Nacional de Colombia.

Independencia editorial

La entidad financiadora del proyecto proporcionó acompañamiento permanente durante la elaboración de la presente guía, garantizando con ello la transparencia y aplicabilidad de su contenido al contexto colombiano. El trabajo científico de investigación, así como la elaboración de las recomendaciones, fue realizado de manera independiente por el grupo desarrollador de la guía (GDG).

Declaración de conflictos de intereses

Todos los miembros del grupo desarrollador declararon sus intereses utilizando un formato establecido, que incluyó la declaración de intereses económicos personales, económicos no personales, no económicos personales y económicos personales de un familiar. Este proceso se llevó a cabo al inicio de las actividades para garantizar la transparencia del proceso. Un comité independiente evaluó los intereses declarados por los expertos. Este comité determinó el grado de participación pertinente para cada miembro, clasificándola en participación total, participación parcial o no participación, según el potencial conflicto de interés identificado. El detalle se encuentra en el Anexo 1 de la versión completa de la guía.

Actualización

La revisión y actualización de esta guía se llevará a cabo en un plazo de 3 a 5 años, dependiendo de la publicación de nueva evidencia relevante que pueda modificar el contenido, la fuerza o la dirección de las recomendaciones actuales. Esta decisión estará sujeta a las consideraciones del organismo gestor y se realizará conforme a las pautas metodológicas vigentes establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Contenido

<i>FINANCIACIÓN</i>	7
<i>PROPIEDAD INTELECTUAL</i>	7
<i>INDEPENDENCIA EDITORIAL</i>	7
<i>DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS</i>	8
<i>ACTUALIZACIÓN</i>	8
<i>ALCANCE Y OBJETIVOS</i>	10
<i>GLOSARIO</i>	13
<i>CÓMO USAR ESTA GUÍA</i>	17
<i>RESUMEN DE RECOMENDACIONES</i>	19
<i>METODOLOGÍA</i>	35

Alcance y objetivos

Objetivo general

Formular recomendaciones informadas en la evidencia para lograr la suspensión definitiva del consumo de cualquier producto que contenga tabaco en población colombiana mayor de 18 años fumadora o usadora de dispositivos electrónicos de suministro de nicotina y reducir la prevalencia del consumo de tabaco en el país.

Objetivos Específicos

- Determinar las intervenciones a desarrollar en atención primaria para el tamizaje de los consumidores de tabaco o usuarios de suministros de nicotina.
- Formular recomendaciones para las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de los consumidores de tabaco o usuarios de suministros de nicotina.
- Determinar si los cigarrillos electrónicos son eficaces y seguros para la cesación tabáquica.

Población Diana

Población mayor de 18 años que consuma tabaco en cualquier frecuencia y forma de presentación, incluyendo mujeres embarazadas.

Definiciones de fumador:

- **Fumador actual:** persona que ha fumado cualquier cantidad de cigarrillos (o productos que contengan tabaco) en el último mes. Esta categoría se divide en:
 - * **Fumador estándar:** persona que consume cigarrillo todos los días > 5 cig/día y < 10 p/año (2), (3).
 - * **Fumador pesado:** fumador de más de 10 cigarrillos diarios o > 10 p/año (2), (3).
 - * **Fumador ligero o intermitente:** persona con consumo de cigarrillo menor de 5 cigarrillos al día menos de 5 días a la semana (2), (3).
- **Fumador de segunda mano:** persona con exposición directa a personas con tabaquismo documentado.

Se incluirán fumadores o usuarios de dispositivos electrónicos de suministro de nicotina con condiciones concomitantes (alteraciones mentales, prisión, hospitalizados, poblaciones vulnerables, etc.).

El grupo desarrollador considera que la población de la guía debe ser mayor a 18 años. La guía es una guía de cesación de tabaquismo; como se define en la misma, la cesación implica la suspensión de un hábito o práctica de riesgo, luego no se puede suspender lo que no se tiene. En esa medida, incluir exfumadores o personas sin el hábito de fumar no son objeto de la intervención. Quienes son sujetos pasivos, no activos. En población adolescente es en donde se da el inicio del consumo, desde el punto de vista de la salud pública, no es adecuado

trabajar en cesación de quienes están iniciando, lo que tiene sentido es prevenir el inicio. Por ello las medidas del convenio marco se orientan particularmente a proteger este grupo poblacional.

Aspecto clínico incluido

- Tamización
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Seguimiento

Aspectos clínicos no incluidos

- Manejo de las comorbilidades y multimorbilidades en fumadores que las presenten.

Usuarios diana

- Médicos generales
- Médicos especialistas: medicina familiar, medicina interna, neumología, anestesiología, cirugía, psiquiatría, cardiología, oncología u otras especialidades afines que deseen implementar estrategias de cesación tabáquica.
- Médicos en entrenamiento
- Personal de enfermería
- Personal en salud a cargo de actividades de prevención y promoción
- Tomadores de decisiones dentro del Sistema General de Servicios en Salud (aseguradores, pagadores, IPS, ESE ministerio)
- Comunicadores en salud

Ámbito asistencial

Servicios de baja, mediana y alta complejidad tanto urbanos como rurales o en comunidades apartadas, sin importar el tipo de aseguramiento o vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

Declaración de conflictos de interés

El grupo desarrollador completo declara no tener conflicto de intereses para el desarrollo de esta guía.

Glosario

- **Abstinencia:** Periodo para dejar de fumar, es decir, dejar de consumir cigarrillos u otros productos de tabaco. Puede definirse de varias formas como: abstinencia de prevalencia puntual; abstinencia prolongada; abstinencia continua/sostenida.
- **Abstinencia continua:** Medida de abandono que se utiliza en ensayos clínicos, que implican evitar todo el consumo de tabaco desde el día en que se deja de fumar hasta el momento en que se realiza la evaluación; ocasionalmente, permite lapsos. Esta es la medida más rigurosa de abstinencia.
- **Abstinencia prolongada:** Medida de cesación que típicamente permite un “periodo de gracia” después de la fecha de cesación (generalmente de aproximadamente dos semanas), para permitir deslices/lapsos durante los primeros días cuando el efecto del tratamiento aún puede estar emergiendo.
- **Adicción al tabaco:** Conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras un consumo repetido, y que suelen consistir en un intenso deseo de consumir tabaco, dificultad para controlar ese consumo, persistencia en este pese a sus consecuencias graves, asignación de mayor prioridad al consumo de tabaco que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y un estado físico de abstinencia, cuando se difiere o abandona el consumo.
- **Bupropión:** Fármaco desarrollado originalmente como antidepresivo, pero que ahora también está autorizado para dejar de fumar.
- **Cesación tabáquica:** Acción de dejar de fumar. El objetivo del tratamiento para ayudar a las personas a lograr la abstinencia de fumar u otro uso de tabaco, también se utiliza para describir el proceso de cambio de comportamiento.
- **Consejería:** Guía psicológica y asesoramiento práctico en el que se entrena a los fumadores a identificar y afrontar los eventos y problemas que se relacionan con fumar o con riesgo de recaída.
- **Consejería breve:** Intercambio de información y mensajes verbales para la cesación del consumo de tabaco, suministrada en menos de 10 minutos, en función de los recursos para ayudar a los usuarios consumidores de tabaco a abandonarlo. Pueden ser realizadas por la mayoría de los profesionales de la salud entrenados, principalmente médicos y enfermeras.
- **Consejería cognitivo-conductual:** Tratamiento de la dependencia física, psicológica y social asociada al consumo de tabaco. Se trabaja en las modalidades de terapia grupal o individual.

- **Consejería intensiva:** Tratamientos más integrales, que se pueden realizar durante múltiples visitas durante periodos de tiempo más largos y que pueden ser administrados por más de un profesional de salud. Son apropiadas en todos los consumidores de tabaco dispuestos a participar en ellas.
- **Deseo imperioso de fumar:** Manifestación intensa del síndrome de abstinencia. Es el deseo imperioso de fumar que se percibe como difícil de refrenar. Lo padece más del 80% de los fumadores después de 8 a 12 horas sin fumar. Se relaciona con la tasa de recaída.
- **Día D:** Fecha propuesta para dejar de fumar.
- **Dopamina:** Neurotransmisor que regula el estado de ánimo, la atención, el placer, la recompensa, la motivación y el movimiento.
- **Eficacia:** También llamado “efecto del tratamiento” o “tamaño del efecto”, se diferencia en el resultado entre los grupos experimental y de control.
- **Entrevista motivacional:** Entrevista directiva no confrontativa y centrada en el paciente que permite explorar las ambivalencias de la persona acerca de su propio comportamiento de consumo, con el fin de incrementar la motivación por la cesación y el cambio.
- **Estrategia de las 5 A:** Es la intervención breve más costo-efectiva, que implica cinco pasos: averiguar, asesorar, apreciar, ayudar y acordar. Este modelo ayuda a los pacientes a abandonar el tabaco.
- **Estrategia de las 5 R:** Modelo para aumentar la motivación para dejar de fumar, en aquellas personas que no desean hacer el intento de dejar de fumar “ahora”, en cinco pasos: relevancia, riesgos, recompensas, resistencia y repetición.
- **Farmacoterapia:** Tratamiento que utiliza fármacos como, por ejemplo, NRT, bupropión, y vareniclina.
- **Consumidor de tabaco:** Persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses.
- **Consumidor de tabaco diario:** Persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.
- **Consumidor de tabaco ocasional:** Persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo, se lo debe considerar como fumador.
- **Fumador pasivo:** Persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno, humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental.
- **Humo de segunda mano:** También se llama tabaquismo pasivo o humo de tabaco ambiental (HTA). Se trata de una mezcla de humo exhalado por fumadores y humo de cigarrillos, puros, pipas, etc., que arden sin llama. La mezcla de humo contiene gases y partículas, que incluyen nicotina, carcinógenos y toxinas.

- **Lapso/desliz:** Términos que a veces se utilizan para volver al consumo de tabaco después de un período de abstinencia. Un descuido o desliz podría definirse como una o dos caladas de un cigarrillo. Esto puede proceder a una recaída o se puede recuperar la abstinencia. Algunas definiciones de abstinencia continua, sostenida o prolongada requieren abstinencia completa, pero algunas permiten un número limitado o una duración de deslices. Las personas que sufren una recaída son muy propensas a recaer, pero algunos tratamientos pueden tener su efecto al ayudar a las personas a recuperarse de una recaída.
- **Monóxido de carbono (CO):** Gas incoloro e inodoro altamente venenoso que se encuentra en el humo del tabaco y en los pulmones de personas que han fumado recientemente o, en cantidades más pequeñas, en personas que han estado expuestas al humo del tabaco. Puede usarse para la verificación bioquímica de la abstinencia.
- **nAChR [receptores neurales nicotínicos de acetilcolina]:** Áreas del cerebro que se cree que responden a la nicotina, lo que constituye la base de la adicción al cigarrillo al estimular el desbordamiento de dopamina.
- **Nicotina:** Alcaloide derivado del tabaco, responsable de los efectos psicoactivos y adictivos del tabaquismo.
- **Recaída:** Volver al hábito de fumar después de un periodo de abstinencia.
- **Reducir:** Disminución gradual de la dosis al final del tratamiento, como alternativa a la interrupción brusca del tratamiento.
- **Reducción de daños:** Estrategias para reducir el daño causado por el uso continuo de tabaco/nicotina, como reducir la cantidad de cigarrillos fumados o cambiar a diferentes marcas o productos como, por ejemplo, productos de exposición potencialmente reducida (PREP), tabaco sin humo.
- **Retiro:** Variedad de síntomas conductuales, afectivos, cognitivos y fisiológicos, generalmente transitorios, que ocurren después de que se reduce o se suspende el uso de una droga adictiva.
- **Parar el consumo de tabaco:** A menudo se utiliza para describir el resultado que se mide en los ensayos que son relevantes para la revisión. Por ejemplo, dejar de fumar es el resultado que se utiliza en las revisiones de las formas de ayudar a los fumadores a dejar de fumar. El resultado exacto en términos de la definición de abstinencia y el tiempo que ha transcurrido desde que se intentó dejar de fumar puede variar de un ensayo a otro.
- **Síndrome de abstinencia:** Conjunto de síntomas que se presentan al dejar de fumar o por reducción significativa del número de cigarrillos. La abstinencia de nicotina genera ansiedad, irritabilidad, dolor de cabeza, hambre, temblor, trastornos del sueño y deseo vehemente por cigarrillos u otras fuentes de nicotina. Estos síntomas alcanzan su punto máximo de 12 a 24 horas después de dejarlo.
- **Tabaquismo:** Enfermedad crónica, de naturaleza adictiva al cigarrillo, que se asocia con una acentuada vulnerabilidad a la recaída.

- **Tasa de cesación (o de abstinencia):** Porcentaje o proporción de personas que consiguen no fumar por un tiempo determinado.
- **Tasa de cesación continua:** El fumador está sin consumir tabaco desde el día D.
- **Tasa de cesación prolongada:** El fumador esta sin fumar en forma continuada desde un “periodo de gracia” (por ejemplo, 15 días) después de la fecha de abandono y su evaluación final (por ejemplo, 6 meses, 12 meses).
- **Terapia cognitivo-conductual:** tratamientos conductuales que intentan reforzar el autocontrol de los fumadores sobre su conducta de fumar, ayudándolos a cambiar pensamientos, creencias y actitudes frente al consumo, con el fin de cambiar esas conductas a través de diferentes técnicas como el establecimiento de metas personales, creación e registros sobre el hábito del cigarrillo, horarios, situaciones desencadenantes, creación de recompensas, implementación de técnicas para ayudarlos a resistir el deseo de fumar.
- **Terapia farmacológica:** Terapias que ayudan a superar los síntomas de abstinencia; hay dos disponibles: terapias de reemplazo de nicotina y terapias de reemplazo sin nicotina.
- **Terapia de reemplazo de nicotina (NRT):** Tratamiento para dejar de fumar en el que la nicotina del tabaco se reemplaza durante un periodo limitado por nicotina farmacéutica. Esto reduce el deseo y la abstinencia experimentados durante el periodo inicial de abstinencia, mientras los consumidores aprenden a dejar de fumar. La dosis de nicotina se puede tomar a través de la piel, usando parches, inhalando un aerosol o por vía oral con chicle o pastillas.
- **Test de Fagerström:** Esta prueba sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina. Está formado por seis ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. La puntuación oscila entre 0 y 10. Puntuaciones altas en la prueba (6 o más) indican un alto grado de dependencia; por el contrario, puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia.
- **Valoración:** Técnica de dosificación en niveles bajos al comienzo del tratamiento y que se incrementa gradualmente hasta la dosis completa durante unos días, para permitir que el cuerpo se acostumbre al fármaco. Está diseñado para limitar los efectos secundarios.
- **Vareniclina:** Fármaco que actúa interfiriendo los receptores nicotínicos en el cerebro. Esto significa que tiene dos efectos: disminuye el placer que las personas sienten cuando fuman o vapean, y reduce los síntomas del síndrome de abstinencia.
- **Verificación bioquímica:** También llamada “validación bioquímica” o “confirmación bioquímica”. Se trata de un procedimiento para verificar el informe de un consumidor de tabaco de que no ha fumado ni consumido tabaco. Puede medirse analizando los niveles de nicotina o cotinina u otras sustancias químicas en sangre, orina o saliva, o midiendo los niveles de (CO) en el aliento exhalado o en la sangre.

Cómo usar esta guía

Cada pregunta clínica presenta un grupo de recomendaciones y buenas prácticas que brindan orientaciones para el manejo de los pacientes en proceso de cesación tabáquica. Cada recomendación presenta la calidad de la evidencia con base en el sistema GRADE (tabla 1).

Tabla 1. Certeza de la evidencia de acuerdo con el sistema GRADE

Calidad	Características
Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
Moderada ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Baja ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Muy baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Las recomendaciones incluyen la fuerza de la recomendación según el sistema GRADE (tabla 2).

Tabla 2. Fuerza de recomendación de acuerdo con el sistema GRADE

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Debe realizarse. Es poco probable que nueva evidencia modifique la recomendación. Se recomienda hacerlo
Condicional a favor	Podría realizarse. Nueva evidencia podría modificar la recomendación. Se sugiere hacerlo
Fuerte en contra	No debe realizarse. Es poco probable que nueva evidencia modifique la recomendación. Se recomienda no hacerlo
Condicional en contra	Puede no realizarse. Nueva evidencia podría modificar la recomendación. Se sugiere no hacerlo
	Punto de buena práctica

Resumen de recomendaciones

Las recomendaciones claves se identifican con este símbolo **¥** para facilitar su implementación.

Pregunta 1: ¿cuál es la efectividad y seguridad de las intervenciones de oportunidad (tamizaje mas intervención) en la suspensión del consumo de tabaco?

N.º	Recomendación
1	Se recomienda indagar el consumo de tabaco o sus derivados, el uso de cualquier dispositivo (electrónico, pipas de agua, etc.) y otros mecanismos de consumo (oral e inhalado) en todos los pacientes que asisten a un encuentro clínico en cualquier nivel de atención. Esta información se debe consignar de manera sistemática y prioritaria en los antecedentes y los diagnósticos de la historia clínica. ¥ Recomendación fuerte a favor. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
2	Se recomienda preguntar por el interés en dejar de fumar o suspender el uso de cualquier dispositivo de suministro de tabaco y sus derivados, así como la realización de consejería breve entre 3 y 10 minutos por parte de profesionales capacitados a todos los consumidores de tabaco identificados. Recomendación fuerte a favor. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
3	Se recomienda que se identifique en todos los pacientes con enfermedades crónicas (en especial, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, trastornos mentales y cáncer) o en pacientes prequirúrgicos que asisten a cualquier grado de complejidad si son consumidores de tabaco y realizar consejería breve. ¥ Recomendación fuerte a favor. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○
4	Se recomienda que el profesional de la salud capacitado seleccione el tipo de consejería de acuerdo con el estadio de cambio comportamental de cada consumidor de tabaco y utilice la estrategia de las 5 A para personas que están motivadas y la de las 5 R para aquellas que no lo están. Recomendación fuerte a favor. Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○ y baja ⊕⊕○○
☒	Se debe indagar en los pacientes que asisten a un encuentro clínico en cualquier nivel de atención si consumen tabaco o usan cualquier dispositivo para su suministro, y esta información se debe consignar de manera sistemática y prioritaria tanto en los antecedentes como en los diagnósticos de la historia clínica. Punto de buena práctica

Pregunta 2: ¿cómo se debe hacer el abordaje diagnóstico de las personas que consumen tabaco y desean dejar de fumar?

N.º	Recomendación
☒	En el proceso de tamización, a los pacientes identificados como consumidores de productos del tabaco o que usen dispositivos, se debe realizar la evaluación de la intensidad de consumo de acuerdo con el número de paquetes por año, su deseo de dejar el consumo de tabaco y sus intentos fallidos. Punto de buena práctica

N.º	Recomendación
✓	Las personas que consumen productos del tabaco o usan dispositivos de suministro de nicotina deben ser remitidas a un programa o consulta médica de cesación con apoyo de un profesional de salud o un equipo multidisciplinario entrenado en cesación tabáquica, después de recibir la consejería breve. Punto de buena práctica
5	Se recomienda que en la consulta de cesación se profundice en aspectos del diagnóstico mediante la siguiente estrategia: • Identificación del estadio de motivación para dejar el consumo mediante el modelo de Prochaska y Diclemente. • Identificación del nivel de dependencia a la nicotina mediante la Escala de Fagerstrom • Identificación de los síntomas de abstinencia mediante la Escala de Minnesota. • Identificación del diagnóstico de depresión y ansiedad que puede ser realizada, inicialmente, con la escala PHQ4 y, luego, con una evaluación completa en la consulta de psiquiatría como parte del manejo integral si la escala arroja un resultado positivo. • Búsqueda de comorbilidades relacionadas con tabaquismo: se realizará mediante la historia clínica completa y la derivación del paciente a la especialidad correspondiente para su manejo. • Apoyos diagnósticos para el estado de fumar: autorreporte que puede ser suficiente si no se cuenta con cooximetría o cotinina. Estos dos se reservan para la consulta de cesación de acuerdo con la disponibilidad. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○ (Opinión de expertos)

Pregunta 3: ¿cuáles son las intervenciones no farmacológicas más efectivas y seguras para la suspensión del consumo de tabaco en la población?

N.º	Recomendación
6	Se sugiere ofrecer consejería intensiva (mayor a 10 min) individual o grupal (estrategia cognitivo-conductual, manejo de contingencias, entrevista motivacional, procesos asociativos, autorregulatorios) a todos los consumidores de tabaco o dispositivos de suministro de nicotina que quieran dejar de fumar ✖ Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada y baja ⊕⊕○○
7	Se recomienda el asesoramiento telefónico proactivo como una estrategia de consejería intensiva (más de tres llamadas) adicional para ayudar a los consumidores de tabaco o dispositivos de suministro de nicotina a dejar de fumar. Puede actuar como una intervención independiente o junto con otras intervenciones para cesación ✖ Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
8	Se recomienda el uso de materiales de autoayuda personalizados que pueden complementar la realización de otras intervenciones de consejería intensiva. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○

N.º	Recomendación
9	Se recomienda realizar asesoramiento para dejar el consumo de tabaco en el perioperatorio de pacientes quienes van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○
10	Se recomienda el uso de mensajes de texto y aplicaciones móviles diseñadas para suspender el consumo de tabaco como complemento de las estrategias de consejería intensiva para dejar de fumar. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
11	Se recomienda no usar acupuntura como terapia alternativa para los pacientes que quieren suspender el consumo de tabaco Recomendación fuerte en contra. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
☒	Se debe promover hábitos saludables como complemento a la consejería intensiva para suspender el consumo de tabaco. Punto de buena práctica
☒	Se debe realizar asesoramiento a todos los pacientes hospitalizados para dejar el consumo de tabaco, independiente de la causa de su hospitalización. Punto de buena práctica

Pregunta 4: ¿cuáles son las intervenciones farmacológicas más efectivas y seguras para la suspensión del consumo de tabaco en la población?

N.º	Recomendación
12	Se recomienda el uso de consejería intensiva combinada con terapia farmacológica en consumidores de tabaco o dispositivos de suministro de nicotina que deseen suspenderlo sobre el tratamiento farmacológico como terapia única. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
☒	Se debe realizar una evaluación individualizada del paciente consumidor de otras formas de suministro de nicotina, para ofrecer consejería intensiva y terapia farmacológica. Punto de buena práctica
13	En pacientes quienes van a iniciar el tratamiento para cesación tabáquica, se recomienda ofrecer terapia farmacológica (vareniclina, terapia de reemplazo de nicotina o bupropión) al inicio del tratamiento. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○
☒	Se debe evaluar los casos sin indicación para uso de farmacoterapia. Punto de buena práctica
14	En pacientes en quienes se va a iniciar el tratamiento farmacológico para cesación tabáquica, se recomienda iniciar la terapia farmacológica con vareniclina, si no existen contraindicaciones para su uso. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○

N.º	Recomendación
☒	El tratamiento con vareniclina debe ser individualizado en cada paciente, teniendo en cuenta su condición de base, considerando el riesgo/beneficio y los efectos secundarios. Punto de buena práctica
15	Se recomienda el uso de terapia de reemplazo de nicotina o bupropión en pacientes seleccionados en quienes se observen contraindicaciones o reacciones adversas al uso de vareniclina o en quienes no hayan presentado respuesta a la terapia farmacológica inicial. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○
16	En pacientes que reciben el tratamiento de cesación tabáquica con vareniclina, se recomienda iniciarlo siete días previos al día D (día de inicio del tratamiento). ✕ Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia alta ⊕⊕⊕⊕
☒	Se debe iniciar el tratamiento con bupropión dos semanas antes del día D Punto de buena práctica
17	Se recomienda no combinar vareniclina más bupropión ya que no mejora desenlaces y si se asocia con mayores efectos secundarios Recomendación fuerte en contra. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
18	Se recomienda no usar fluoxetina, moclobemide e IMAO en el manejo de pacientes con tabaquismo en proceso de cesación. Recomendación fuerte en contra. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○
19	Se recomienda que la terapia farmacológica se administre como mínimo por 12 semanas, con extensión de tiempo de acuerdo a la respuesta clínica. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
20	En caso de pacientes que no muestren respuesta a la terapia de primera línea, se recomienda el uso de clonidina como segunda línea (previa evaluación de su perfil de seguridad). Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○
21	En pacientes fumadores con enfermedad mental asociada, quienes inician tratamiento para cesación, se recomienda el inicio de terapia farmacológica en combinación con consejería intensiva. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
☒	El uso de terapia farmacológica en pacientes con enfermedad mental debe ir acompañado de manejo conjunto de su patología de base por psiquiatría y nunca debe considerarse un manejo aislado para tratamiento de tabaquismo. Punto de buena práctica
☒	En pacientes fumadores con enfermedad cerebrovascular asociada se considera inicio de terapia farmacológica como apoyo en el proceso de cesación tabáquica. No hay evidencia que esté a favor de uno u otro tratamiento en este contexto, por lo que se seguirán los estándares de tratamiento de la población consumidora de tabaco general. Punto de buena práctica

N.º	Recomendación
22	Se recomienda evaluar el contexto clínico, la motivación del paciente y la disposición para plantear la opción más efectiva entre la suspensión paulatina de cigarrillo, comparada con la suspensión abrupta en un día específico. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○
23	En casos donde el paciente presente alta dependencia a la nicotina, se recomienda el uso combinado de parches de nicotina con otras presentaciones de nicotina de acuerdo con la necesidad del paciente y la disponibilidad. No incluye suministro con vapeadores u otros dispositivos electrónicos. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○

Pregunta 5. ¿Cuál es la efectividad y seguridad del uso de los dispositivos de suministro no convencionales de nicotina distintos al cigarrillo en el proceso de cesación tabáquica?

N.º	Recomendación
24	Se recomienda no usar sistemas electrónicos con o sin nicotina para el manejo de los pacientes que desean dejar el consumo de tabaco. Recomendación fuerte en contra. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○

Pregunta 6. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para los pacientes que no quieren dejar el consumo de tabaco?

N.º	Recomendación
25	Se recomienda la realización de sesiones periódicas de consejería motivacional cada vez que se tenga la oportunidad, con el fin de modificar el estadio de motivación en pacientes en fase precontemplativa (que no quieren dejar el consumo de tabaco). Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○
26	Se recomienda el uso de consejería motivacional y terapia farmacológica (vareniclina o terapia de reemplazo de nicotina) para la cesación tabáquica en la población de consumidores de tabaco que se encuentran en fase contemplativa, siempre y cuando el paciente acepte la terapia (están indecisos). Se debe realizar un adecuado seguimiento para evaluar la respuesta a la intervención. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○
☒	Al paciente en fase precontemplativa se le debe ofrecer consejería y evaluar si ha avanzado en su estadio de cambio comportamental (idealmente, al mes y, posteriormente, de acuerdo con lo concertado con el paciente). Puntos de buena práctica

Pregunta 7. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para los consumidores de tabaco de segunda mano?

N.º	Recomendación
27	Se recomienda ofrecer a los consumidores de tabaco ayudas audiovisuales que demuestren el impacto negativo del humo de tabaco sobre todos los miembros del hogar, así como desaconsejar fumar en los diferentes entornos (hogar, escuela, zonas públicas, lugar de trabajo), con el fin de disminuir la exposición a tabaquismo de segunda mano. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
28	Se recomienda, en el momento de identificar la exposición pasiva a humo de tabaco, realizar intervención del consumidor con estrategias motivacionales como llamada telefónica, consejería breve, información a través de correo electrónico, por un período de al menos 6 semanas. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
☒	Se debe realizar una búsqueda activa de fumadores pasivos con el objetivo de identificar personas consumidoras de tabaco que sean candidatas a consejería e intervención para cesación. Puntos de buena práctica
☒	Si se logra la motivación del consumidor de tabaco fuente, se debe canalizar para intervención formal. Puntos de buena práctica
☒	Se debe informar a la persona expuesta al humo de segunda mano los posibles efectos negativos del humo de tabaco y su derecho a un ambiente libre de tabaco. Puntos de buena práctica

Pregunta 8. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para las pacientes consumidoras de tabaco en estado de embarazo?

N.º	Recomendación
29	Se recomienda el uso de consejería breve o intensiva personalizada para el manejo de las gestantes que desean suspender el consumo de tabaco. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
☒	Las consejerías breve o intensiva personalizadas representan la primera alternativa de manejo para las gestantes que desean dejar de consumir tabaco, especialmente si cursan la primera mitad del embarazo. Puntos de buena práctica
☒	Los profesionales de la salud que realizan la consejería preconcepcional o cuidado prenatal deben indagar por el consumo de tabaco y deben recibir entrenamiento para apoyar la abstinencia en población gestante. Se debe promover la cesación del consumo de tabaco en la etapa preconcepcional o, en su defecto, lo más temprano posible en la gestación. Puntos de buena práctica

N.º	Recomendación
30	Se recomienda ofrecer consejería para la cesación a las personas consumidoras de tabaco que conviven con la gestante. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○
31	Se recomienda el uso de tecnologías de la información y la comunicación, incentivos o soporte telefónico como parte de la consejería breve e intensiva en la población gestante. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○
32	Se recomienda el uso de TRN en la gestante si no hubo respuesta a la consejería intensiva y discutiendo los riesgos y beneficios. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
☒	La terapia de remplazo a base de nicotina se debe acompañar de intervenciones psicosociales para dejar el consumo de tabaco. Puntos de buena práctica
☒	La terapia de remplazo de nicotina se debe considerar en: Gestantes que experimentan fallo terapéutico a una intervención psicosocial. Mujeres que cursan segundo o tercer trimestre de gestación. Mujeres gestantes que experimentan recaída. Puntos de buena práctica
33	Se recomienda no usar vareniclina ni bupropión para el manejo de las gestantes que desean cesar el consumo de tabaco. Recomendación fuerte en contra. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○

Pregunta 9. ¿Cuál debería ser el abordaje clínico para la prevención de recaída al consumo de tabaco?

N.º	Recomendación
34	En mujeres gestantes y en posparto, se recomienda las intervenciones conductuales (asesoría individual y telefónica durante 12 meses posparto) para la prevención de recaídas. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
35	En abstinentes no asistidos, se recomienda consejería breve o intensiva, con envío repetido de material de autoayuda folletos y cartas, asesorías y evaluaciones telefónicas, durante un tiempo de mediano (6 a 9 meses) a largo plazo (12 a 18 meses). Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○
36	Se recomienda en pacientes con riesgo de recaída instaurar tratamiento farmacológico con vareniclina o terapia de reemplazo de nicotina (esta última podría combinarse con bupropión) en abstinentes para disminuir riesgo de reincidencia en el consumo. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○
37	Se recomienda no usar bupropión como terapia en el manejo del paciente en recaída. Recomendación fuerte en contra. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○

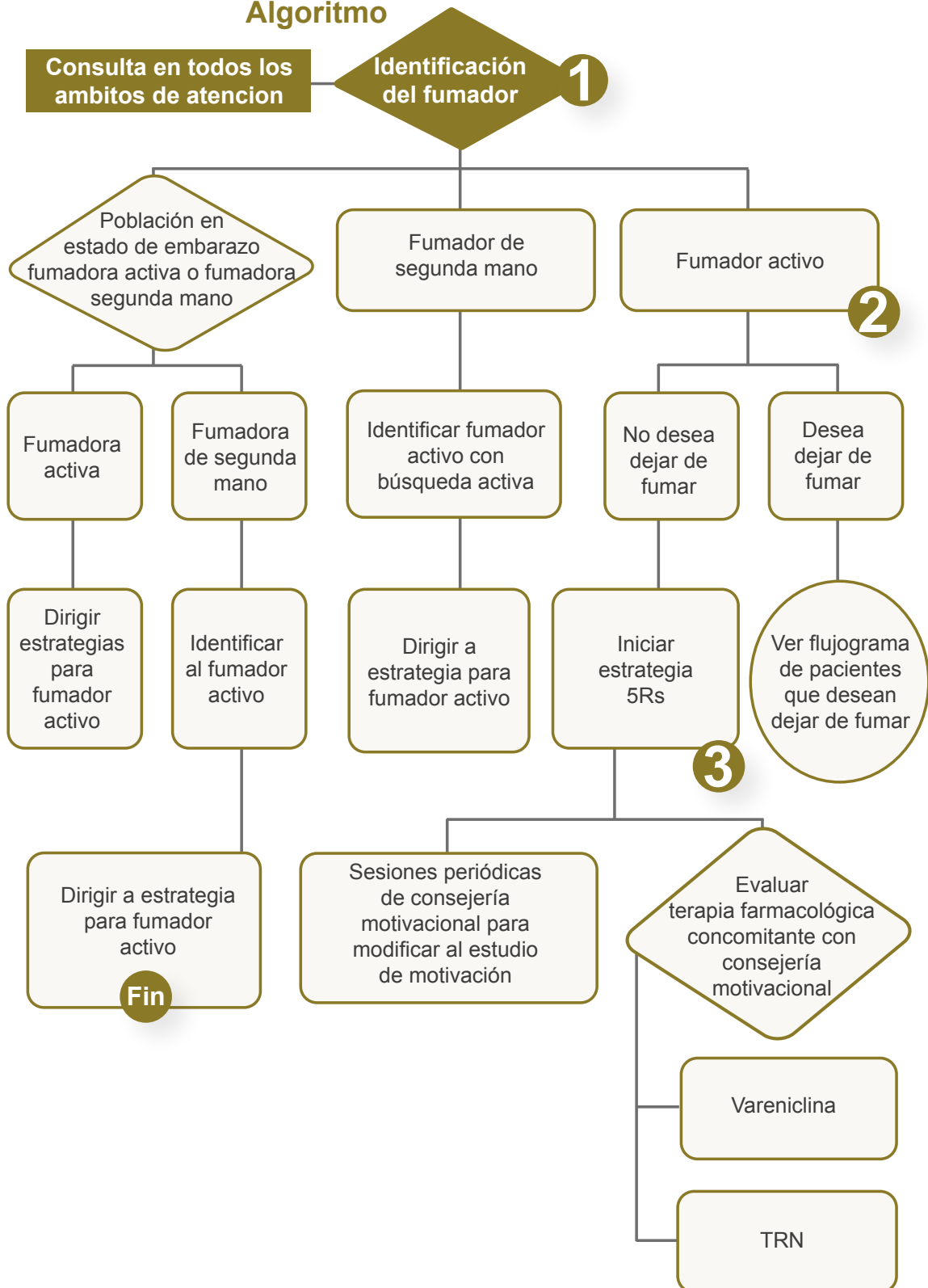
Pregunta 10. ¿Cuál debería ser el abordaje clínico de las personas con recaída al consumo de tabaco?

N.º	Recomendación
☒	Se debe ofrecer a los pacientes con recaída apoyo, exploración de las razones de la recaída y reestructuración de la terapia farmacológica y no farmacológica en forma individualizada (evaluando la etapa de cambio de conducta). Puntos de buena práctica

Pregunta 11. ¿Cuál debe ser el seguimiento de los pacientes en tratamiento de cesación tabáquica?

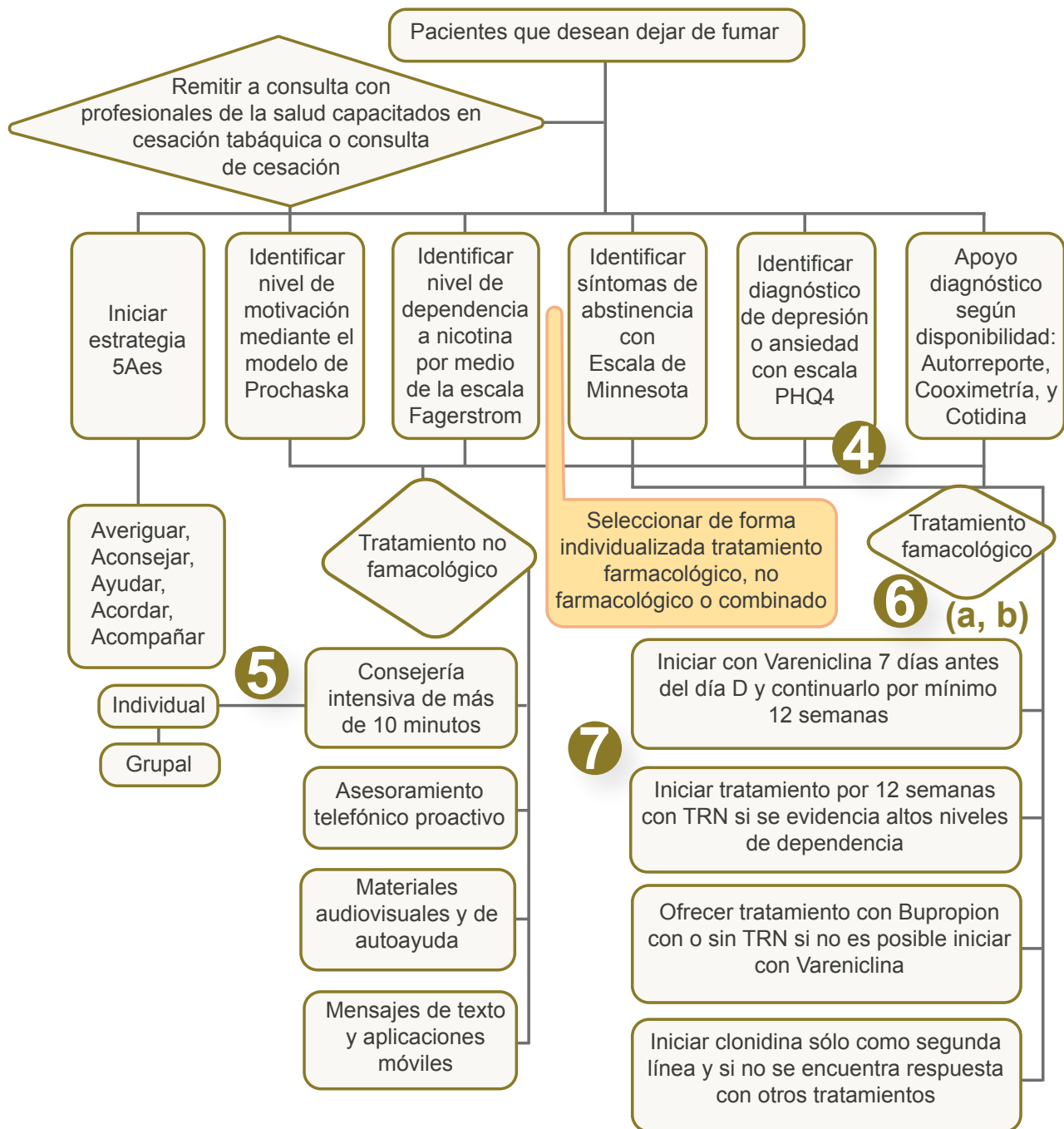
N.º	Recomendación
☒	Se debe programar un seguimiento de los pacientes en proceso de dejar de fumar en menos de un mes después del día D. En cada visita se debe felicitar por su decisión, revisar el progreso, reafirmar lo positivo de la decisión, fomentar la adherencia a la farmacoterapia, proveer consejería para prevenir las recaídas y fomentar el uso de material de apoyo de acuerdo con la disponibilidad. Puntos de buena práctica
38	Se sugiere que la intensidad del seguimiento sea de al menos 6 sesiones, y se propone el siguiente esquema de consultas: • Consulta presencial de valoración inicial • Consulta presencial de preparación para el día D (Día escogido por el fumador para dejar de fumar) • Consulta presencial a la semana del día D. • Consulta presencial del dentro del primer mes de cesación. • Consulta presencial en el segundo mes. • Consulta presencial en el tercer mes. • Seguimiento presencial al sexto mes. • Se podrán realizar seguimiento proactivo entre las consultas a través de recursos como teleasistencia o consultas adicionales de acuerdo con respuesta a la terapia de cesación o problemas adicionales identificados. • Si el paciente lo requiere, se debe evaluar adherencia al plan terapéutico y respuesta al tratamiento. • En caso de no poder realizarse la consulta presencial, se podrá realizar el seguimiento por teleconsulta. Recomendación condicional. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○ (opinión de expertos).

Algoritmo



1. La identificación se debe realizar en todos los niveles y se debe consignar en el registro clínico.
2. Realizar consejería breve (3-10') e indagar comorbilidades.
3. Estrategia 5Rs: Relevancia, Riesgo, Recompensas, Resistencias y Repetición.

Algoritmo



4. Si se realiza diagnóstico remitir a psiquiatría y retomar el tratamiento de cesación tabáquica posteriormente.
5. Promover hábitos saludables como complemento. Asesorar pacientes hospitalizados para dejar el consumo de tabaco.
6. a) La terapia farmacológica siempre debe estar acompañada de consejería intensiva.
b) Se debe evaluar la opción más efectiva entre cesación tabáquica progresiva o abrupta.
7. La Vareniclina debe ser la primera opción en el tratamiento farmacológico siempre y cuando no tenga contraindicaciones o reacciones adversas (consultar dosis en la Tabla 3).

Tabla 3. Dosis de medicamentos utilizados

Medicamento	Dosificación	Administración	Efectos secundarios	Ventajas	Desventajas
Parches de nicotina 21 mg 14 mg 7 mg	Dosis de inicio: -21 mg para > 10 cig/día -14 mg para < 10 cig/día. Después de 6 semanas de lograr respuesta se puede titular el descenso de la dosis o mantenerla según requerimiento, garantizando un uso mínimo de 3 meses.	Cambiar el parche todos los días en la mañana y colocar sobre la piel seca. Rotar todos los días el sitio donde se coloca el parche para evitar irritación cutánea. Se puede iniciar el parche antes o el día que suspende el cigarrillo. Mantener su uso así ocurra algún desliz Si aparece insomnio o sueños perturbadores remover el parche en el momento de irse a dormir, vigilando síntomas de abstinencia matinales.	Irritación cutánea. Problemas para dormir. Sueños vívidos	Fácil de usar Garantiza un nivel estable del medicamento. Terapia combinada: pueden adicionarse otras formas de presentación (goma, comprimidos, inhalador, spray nasal) al parche de nicotina para manejar situaciones de ansiedad por el consumo.	Requiere apoyo con otras formas de suministro de nicotina para controlar el <i>craving</i> **.
Nicotina tabletas 4 mg 2 mg	Si el primer cigarrillo lo requiere < 30 minutos de despertar: 4 mg Si el primer cigarrillo lo consume luego de 30 minutos de despertar: 2 mg Usar al menos 3 meses o más según respuesta clínica.	Colocar entre la encía y la mejilla y dejar que se derrita en la boca. Usar 1 pieza cada 1 a 2 horas. (máx: 20/día).	Irritación oral Hipo Epigastralgia Náusea	Permite el control de la dosis de nicotina. Sustituto oral del cigarrillo. Puede adicionarse al parche para manejar el <i>craving</i> . Más fácil de usar que la goma en personas con problemas dentales.	No consumir alimentos o bebidas 15 minutos previo o durante su uso.
Nicotina goma 4 mg 2 mg	Si el primer cigarrillo lo requiere < 30 minutos de despertar: 4 mg Si el primer cigarrillo lo consume luego de 30 minutos de despertar: 2 mg Usar al menos 3 meses o más según respuesta clínica.	Masticar brevemente hasta que sienta un hormigueo en la boca, luego ubique la goma de mascar dentro de la mejilla hasta que el hormigueo desaparezca. Repita la operación de masticar y estacionar cada vez que el hormigueo desaparezca. Deseche el chicle después de 30 minutos de uso	Irritación oral. Dolor de la articulación temporomandibular. Hipo Epigastralgia Náusea	Permite el control de la dosis de nicotina. Sustituto oral del cigarrillo. Puede adicionarse al parche para manejar el <i>craving</i> .	No se mastica como un chicle convencional y requiere instrucción para su uso. Puede producir daño dental y ser difícil de usar para quienes usan prótesis. No consumir alimentos o bebidas 15 minutos previo o durante su uso.

Medicamento	Dosificación	Administración	Efectos secundarios	Ventajas	Desventajas
Nicotina inhalador Cartucho 10 mg	Cartucho de 10 mg. Cada cartucho tiene 80 puff. Usar al menos 3 meses o más según respuesta clínica.	Colocar puff en la boca hasta que se resuelva el antojo. No inhalarlo hacia los pulmones. Cambiar el cartucho cuando desaparezca el sabor a nicotina. Usar 1 cartucho cada 1-2 horas (máx: 16/día)	Irritación oral Tos si se realizan inhalaciones profundas.	Permite control de la dosis de nicotina. Imita el ritual mano-boca del consumo de cigarrillo Puede adicionarse a los parches para control de <i>craving</i> .	Requiere inhalaciones frecuentes.
Vareniclina tabletas 0,5 mg 1 mg	Día 1-3: 0,5 mg/día. Día 4-7: 0,5 mg dos veces al día. Día +: 1 mg dos veces al día. Uso por 3-6 meses.	Iniciar al menos 7 días antes de la fecha de suspensión de cigarrillo. Tomar con las comidas y con un vaso de agua para minimizar la náusea.	Náusea Insomnio Sueños vívidos Cefalea	La fecha de suspensión de cigarrillo puede ser flexible, desde 1 semana hasta 3 meses después de inicio del medicamento. Tiene acción dual: alivia la sensación de abstinencia y bloquea la sensación de placer al fumar. Es de uso oral.	Debido a alertas previas de la FDA que ya fueron eliminadas, muchos pacientes temen eventos psiquiátricos adversos. Si bien estos no son más comunes que los que se presentan con otros medicamentos para cesación tabáquica, se deben explicar al paciente los efectos secundarios y llegar a un uso consensuado.
Bupropión tabletas de liberación sostenida 150 mg	150 mg/ día por 4 días, luego usarlo 150 mg dos veces al día. Usar por 3-6 meses.	Iniciar 15 días antes de la fecha de suspensión	Insomnio Agitación Boca seca Cefalea.	Puede disminuir el aumento de peso posterior al cese mientras se toma el medicamento. Agente oral (píldora)	Incrementa el riesgo de convulsión: no debe usarse si hay antecedentes de convulsiones o abuso de alcohol.

+ Adaptado de 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment.

* Cig/día: cigarrillos por día.

** Craving: ansia, anhelo, deseo vehemente de consumir el cigarrillo.

*** La duración recomendada del uso de los medicamentos es al menos 3 meses, pero la extensión a 6 meses o más es frecuentemente realizada para prevenir la recaída en el consumo del tabaco.

Test de Fargestom

Indicación. Se trata de una escala heteroadministrada de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina.

Aplicación. Puede ser auto administrada o por el profesional a la población fumadora.

Interpretación. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	hasta 5 minutos	3
	entre 6 y 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Si	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	El primero de la mañana	0
	10 ó menos	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si	1
	No	0

Tomado de Directrices para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo del Ministerio de Salud y Protección Social. 2020.

Entrevista motivacional

El contenido de la entrevista está dirigido a brindar información sobre las consecuencias de fumar tabaco, destacando los beneficios del abandono del tabaco, despejar dudas, trabajar sobre los miedos de dejar de fumar, alentar el análisis de conflictos y contradicciones frecuentes en el proceso. La entrevista motivacional tiene un método de ejecución que requiere un importante grupo de habilidades y competencias del profesional que la realiza.

- Formulación de preguntas abiertas y precisas, de tal modo que se dirija la sesión a una verdadera reflexión acerca del consumo
- Escucha empática: la pauta sugerida es tratar de aumentar la proporción y exactitud de las declaraciones que indican una escucha reflexiva y disminuir la proporción de preguntas hechas al paciente.
- Reflexión y Comprensión: entre más reflexivo y comprensivo es el clínico, más probable es que el paciente se torne más contemplativo y, al hacerlo, realice nuevas conexiones en sus creencias, balances y decisiones.
- Incremento de la motivación: Promover las declaraciones auto motivadoras significa dar al usuario el tiempo para expresar la ambivalencia, libre de distracciones, en un ambiente de escucha y comprensión.
- Incremento de la autoeficacia: Hacer una reestructuración positiva que, de seguridad al usuario, para que este se sienta comprendido y confiado de que sus capacidades lo pueden llevar con éxito a conseguir su meta de cesar el consumo de tabaco.
- Si el paciente relata intentos previos de dejar de fumar fallidos hágalos ver como una oportunidad para reconocer puntos a mejorar y que no sea visto como una derrota, se deben reforzar las experiencias desde lo positivo y desde el aprendizaje recibido.

Ejemplos de preguntas motivadoras del análisis acerca del consumo:

Sobre el consumo	¿Cómo cree que el tabaco afecta a su salud?
	¿Ha pensado qué beneficios obtendría si dejara de fumar?
Motivos para dejar de fumar	¿Qué ventajas tiene para usted dejar de fumar?
	¿Cuáles podrían ser sus motivos para dejar de fumar?
	¿Qué tipo de cambio está dispuesto a realizar en el caso de que decidiera dejar de fumar en el próximo mes?
	¿Qué importancia tiene dejar de fumar para usted (expectativas de resultados) y qué confianza tiene en que sea posible (expectativas de eficacia)?
	¿Cuándo iniciará el cambio?
	¿Qué piensa hacer?
	¿Cómo piensa lograrlo?
	¿Si decidiera dejar de fumar, que cree que ganaría?
Beneficios de dejar de fumar	¿Qué es lo mejor de no fumar?
	¿Qué cree que puede pasar si deja de fumar?

Tomado de Directrices para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo del Ministerio de Salud y Protección Social. 2020.

Metodología

La presente guía siguió los métodos de elaboración de guías del Manual metodológico para la elaboración de guías de práctica clínica y el Manual GRADE. Se conformó un grupo desarrollador multidisciplinario compuesto por expertos temáticos y metodológicos. Se realizó un proceso de selección de las preguntas a incluir en la guía con apoyo del grupo desarrollador. Se realizó una búsqueda sistemática y selección de la evidencia para cada pregunta PICO, posteriormente se evaluó la calidad de los estudios incluidos y se crearon los perfiles de evidencia GRADE. Posteriormente, se realizó un panel de expertos virtual para formular las recomendaciones, considerando el contexto de implementación nacional. Todos los miembros del grupo desarrollador firmaron un formato de conflicto de intereses, los cuales fueron analizados por la coordinación de la guía. El detalle de la metodología se encuentra en la versión larga de la guía.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



**Instituto Nacional
de Cancerología**
Colombia
Por el control del cáncer