

Guía de Práctica Clínica

para la cesación tabáquica

Sistema General de Seguridad Social - Colombia

Guía completa

2024 - Guía N.º 67



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



Instituto Nacional
de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

©Instituto Nacional de Cancerología Colombia
Guía de Práctica Clínica para la cesación tabáquica - 2024.
ISBN: XXXX-XXXX (edición en línea)

Publicación anticipada en:
Bogotá, 2 de mayo de 2025

Página web:
www.cancer.gov.co

Citar como:
Instituto Nacional de Cancerología. Guía de práctica clínica para la cesación tabáquica - versión completa. Bogotá: INC; 2024.

Nota legal:

En relación con la propiedad intelectual, los derechos patrimoniales de esta guía pertenecen al Instituto Nacional de Cancerología, institución que proporcionó el apoyo económico y acompañó el desarrollo del proceso. Esto se establece sin perjuicio de los derechos morales, los cuales corresponden tanto al Instituto Nacional de Cancerología como a la Universidad Nacional de Colombia.

Este documento se encuentra disponible bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0; <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>).

Conforme a los términos de esta licencia, está permitido copiar, redistribuir y adaptar el contenido para fines no comerciales, siempre que se cite adecuadamente la fuente. En ningún caso el uso de este documento debe implicar que el Instituto Nacional de Cancerología (INC) avala alguna organización, producto o servicio específico. El uso de los logotipos del INC no está permitido. Si se realizan adaptaciones del contenido, dichas obras derivadas deben ser licenciadas bajo la misma licencia Creative Commons o una equivalente.



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 de la guía práctica clínica

La presente Guía contó con las contribuciones del Instituto Nacional de Cancerología. Las revisiones sistemáticas fueron financiadas en su totalidad mediante contrato 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 a la Universidad Nacional de Colombia.

Independencia editorial

La entidad financiadora del presente proyecto proporcionó acompañamiento permanente durante la elaboración de la presente Guía, garantizando con ello la transferencia 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). Las instituciones gestoras no influyeron en el contenido de la guía.

Declaración de conflicto de intereses

La entidad financiadora del presente proyecto proporcionó acompañamiento permanente durante la elaboración de la presente Guía, garantizando con ello la transferencia 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 GDG. Las instituciones gestoras no influyeron en el contenido de la guía. El detalle se encuentra en el Anexo 1.

Actualización de la GPC

De acuerdo con lo contemplado en las metodologías nacionales vigentes, las recomendaciones de la Guía deben ser actualizadas en los próximos tres años, o antes en caso de que exista nueva evidencia que modifiquen las recomendaciones generadas en este proceso. Esto debe hacerse mediante la metodología contemplada en la “Guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica con evaluación económica en el sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano” (6). Se revisará cada una de las preguntas y, a través de una actualización de las estrategias de búsqueda, se procederá a seleccionar nueva evidencia para ser incluida en la Guía, siguiendo el método anteriormente mencionado.

Contenido

FINANCIACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA	7
DERECHOS DE AUTOR	8
INDEPENDENCIA EDITORIAL	9
DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES	10
ACTUALIZACIÓN DE LA GPC	11
ALCANCE Y OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	18
POBLACIÓN DIANA	18
GLOSARIO	20
CÓMO USAR ESTA GUÍA	24
RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES	26
PREGUNTA 1: ¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE OPORTUNIDAD (TAMIZAJE MÁS INTERVENCIÓN) EN LA SUSPENSIÓN DEL CONSUMO DE TABACO?	27
PREGUNTA 2: ¿CÓMO SE DEBE HACER EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LAS PERSONAS QUE CONSUMEN TABACO Y DESEAN DEJAR DE FUMAR?	27
PREGUNTA 3: ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS MÁS EFECTIVAS Y SEGURAS PARA LA SUSPENSIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN?	28
PREGUNTA 4: ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS MÁS EFECTIVAS Y SEGURAS PARA LA SUSPENSIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN?	29
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?	31
PREGUNTA 6. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS Y SEGURAS PARA LOS PACIENTES QUE NO QUIEREN DEJAR EL CONSUMO DE TABACO?	31

PREGUNTA 7. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS Y SEGURAS PARA LOS CONSUMIDORES DE TABACO DE SEGUNDA MANO?	32
PREGUNTA 8. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS Y SEGURAS PARA LAS PACIENTES CONSUMIDORAS DE TABACO EN ESTADO DE EMBARAZO?	32
PREGUNTA 9. ¿CUÁL DEBERÍA SER EL ABORDAJE CLÍNICO PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDA AL CONSUMO DE TABACO?	33
PREGUNTA 10. ¿CUÁL DEBERÍA SER EL ABORDAJE CLÍNICO DE LAS PERSONAS CON RECAÍDA AL CONSUMO DE TABACO?	34
PREGUNTA 11. ¿CUÁL DEBE SER EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE CESACIÓN TABÁQUICA?	34
ALGORITMO	35
INTRODUCCIÓN	39
EL CONSUMO DE TABACO COMO PROBLEMÁTICA DE SALUD PÚBLICA	41
CAPÍTULO DE METODOLOGÍA	43
GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	44
DECLARACIÓN Y MANEJO DE LOS CONFLICTOS DE INTERÉS	44
DEFINICIÓN DE ALCANCES Y OBJETIVOS	44
CONSTRUCCIÓN DE LAS PREGUNTAS CLÍNICAS	44
PREGUNTAS QUE ABORDA LA GUÍA	45
DESENLACES ELEGIBLES Y PRIORIZADOS	46
BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA	46
SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA	48
METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LOS METAANÁLISIS INCLUIDOS EN LA GUÍA	48
CREACIÓN DE PERFILES DE EVIDENCIA GRADE	48

FORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES	49
INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES	52
INCORPORACIÓN DE COSTOS	52
DERECHOS DE AUTOR	52
FINANCIACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	52
DECLARACIÓN DE INDEPENDENCIA EDITORIAL	52
EVALUACIÓN POR PARES REVISORES	52
SOPORTE PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y AUDITORÍA EN LA GUÍA	53
ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA	53
PREGUNTAS, EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES	54
PREGUNTA 1: ¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE OPORTUNIDAD (TAMIZAJE MÁS INTERVENCIÓN) EN LA SUSPENSIÓN DEL CONSUMO DE TABACO?	55
<i>RECOMENDACIONES</i>	55
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	56
PREGUNTA 2: ¿CÓMO SE DEBE HACER EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LAS PERSONAS QUE CONSUMEN TABACO Y DESEAN DEJAR DE FUMAR?	64
<i>RECOMENDACIONES</i>	64
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	65
PREGUNTA 3: ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS MÁS EFECTIVAS Y SEGURAS PARA LA SUSPENSIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN?	76
<i>RECOMENDACIONES</i>	77
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	77
PREGUNTA 4: ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS MÁS EFECTIVAS Y SEGURAS PARA LA SUSPENSIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN, DE ACUERDO CON EL GRADO DE CONSUMO?	93
<i>RECOMENDACIONES</i>	93
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	95

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?	115
<i>RECOMENDACIONES</i>	115
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	115
PREGUNTA 6: ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS Y SEGURAS PARA LOS PACIENTES QUE NO QUIEREN DEJAR DE FUMAR?...	124
<i>RECOMENDACIONES</i>	124
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	124
PREGUNTA 7: ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS Y SEGURAS PARA LAS PERSONAS EXPUESTAS A HUMO DE SEGUNDA MANO?	133
<i>RECOMENDACIONES</i>	133
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	133
PREGUNTA 8: ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS Y SEGURAS PARA LAS PACIENTES FUMADORAS EN ESTADO DE EMBARAZO?	140
<i>RECOMENDACIONES</i>	140
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	140
PREGUNTA 9: ¿CUÁL DEBERÍA SER EL ABORDAJE CLÍNICO PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDA AL CONSUMO DE TABACO?	147
<i>RECOMENDACIONES</i>	147
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	147
PREGUNTA 10: ¿CUÁL DEBERÍA SER EL ABORDAJE CLÍNICO DE LAS PERSONAS CON RECAÍDA AL CONSUMO DE TABACO?	160
<i>RECOMENDACIONES</i>	160
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	160
PREGUNTA 11. ¿CUÁL DEBE SER EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE CESACIÓN TABÁQUICA?	161
<i>RECOMENDACIONES</i>	161
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</i>	161

CAPÍTULO DE INCORPORACIÓN DE PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES	163
INTRODUCCIÓN	164
METODOLOGÍA	165
RESULTADOS	167
CAPÍTULO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA	187
INTRODUCCIÓN	188
MÓDULO DE IMPLEMENTACIÓN	198
INTRODUCCIÓN	199
ACTORES RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA	199
RECOMENDACIONES CLAVES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA PARA LA CESACIÓN TABÁQUICA	200
BARRERAS Y ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA	202
INDICADORES	207
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	209
ANEXOS	215
ANEXO 1. CONFLICTOS DE INTERÉS	216
ANEXO 2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	219
ANEXO 3. DIAGRAMAS PRISMA	259
ANEXO 4. PERFILES DE EVIDENCIA GRADE	264
ANEXO 5. TABLAS EtD	341
ANEXO 6. ANEXOS CAPÍTULO EVALUACIÓN ECONÓMICA	397
ANEXO 7. TEST DE FARGESTOM	405
ANEXO 8. ENTREVISTA MOTIVACIONAL	406

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 (4).
- **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 (4).
- **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 (5).
- **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 (6).
- **Bupropión:** Fármaco desarrollado originalmente como antidepresivo, pero que ahora también está autorizado para dejar de fumar (4).
- **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 (4).
- **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 (1), (6).
- **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 (1), (7).
- **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 (1), (7).

- **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 (1), (7).
- **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 (6).
- **Día D:** Fecha propuesta para dejar de fumar (6).
- **Dopamina:** Neurotransmisor que regula el estado de ánimo, la atención, el placer, la recompensa, la motivación y el movimiento (4).
- **Eficacia:** También llamado “efecto del tratamiento” o “tamaño del efecto”, se diferencia en el resultado entre los grupos experimental y de control (4).
- **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 (7).
- **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 (6).
- **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 (6).
- **Farmacoterapia:** Tratamiento que utiliza fármacos como, por ejemplo, NRT, bupropión, y vareniclina (4).
- **Consumidor de tabaco:** Persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses (6).
- **Consumidor de tabaco diario:** Persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses (8).
- **Consumidor de tabaco ocasional:** Persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo, se lo debe considerar como fumador (8).
- **Fumador pasivo:** Persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno, humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental (8).
- **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 (4).

- **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 (4).
- **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 (4).
- **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 (4).
- **Nicotina:** Alcaloide derivado del tabaco, responsable de los efectos psicoactivos y adictivos del tabaquismo (4).
- **Recaída:** Volver al hábito de fumar después de un periodo de abstinencia (4).
- **Reducir:** Disminución gradual de la dosis al final del tratamiento, como alternativa a la interrupción brusca del tratamiento (4).
- **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 (4).
- **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 (9).
- **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 (10).
- **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 (11).
- **Tabaquismo:** Enfermedad crónica, de naturaleza adictiva al cigarrillo, que se asocia con una acentuada vulnerabilidad a la recaída (7).

- **Tasa de cesación (o de abstinencia):** Porcentaje o proporción de personas que consiguen no fumar por un tiempo determinado (1).
- **Tasa de cesación continua:** El fumador está sin consumir tabaco desde el día D (1).
- **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 (1).
- **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 (12).
- **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 (10).
- **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 (4).
- **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 (1).
- **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 (4).
- **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 (7).
- **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 (13).

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 las 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 ⊕○○○

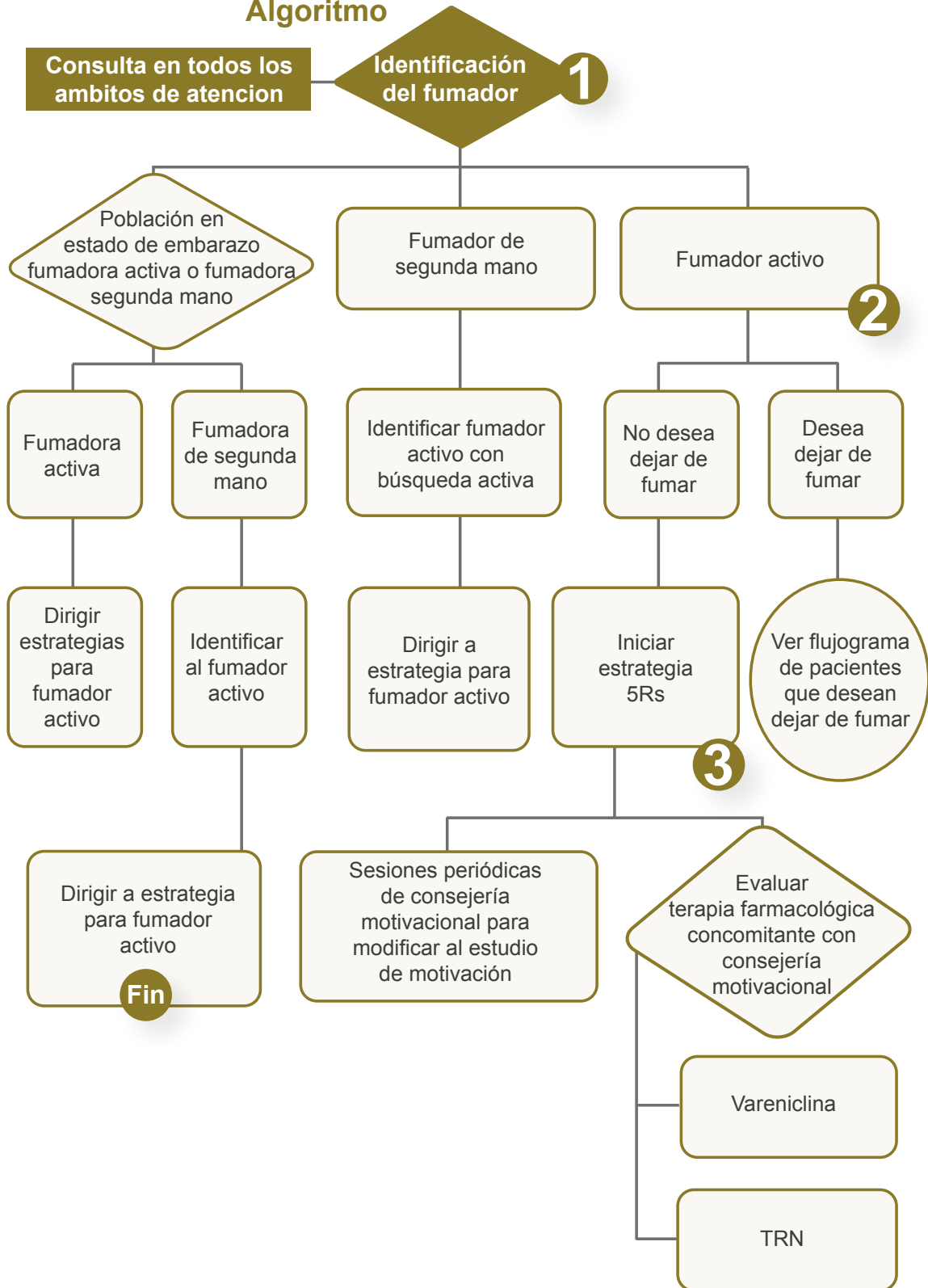
Pregunta 10. ¿Cuál debería ser el abordaje clínico de las personas con recaída al consumo de tabaco?

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?

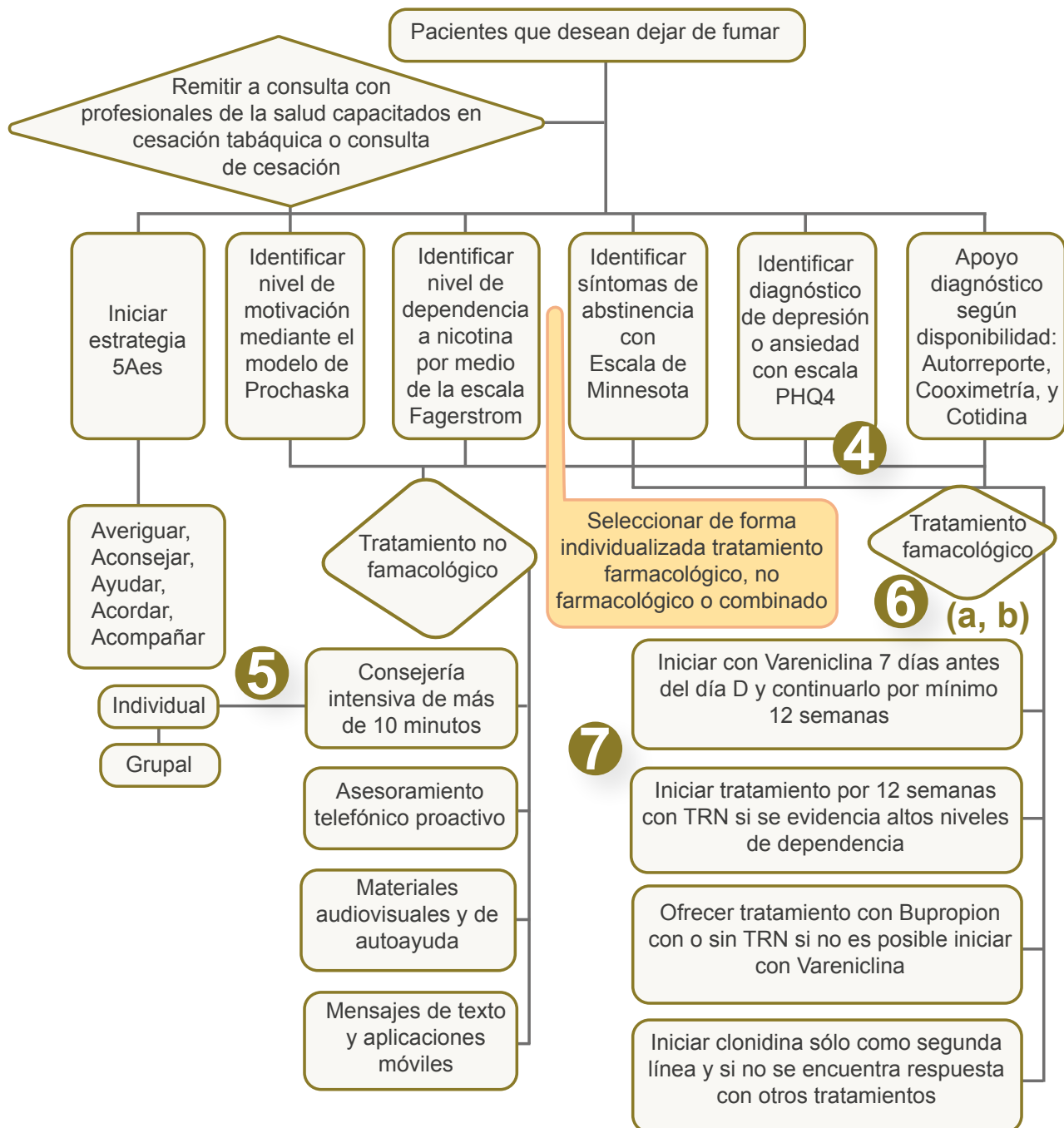
N.º	Recomendación
☒	Se debe programar un seguimiento de los pacientes en proceso de dejar de fumar en menos de un mes después del día D. En cada visita se debe felicitar por su decisión, revisar el progreso, reafirmar lo positivo de la decisión, fomentar la adherencia a la farmacoterapia, proveer consejería 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 contraindicación 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.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es una de las mayores amenazas para la salud pública en el mundo (14), con una mortalidad de 8 millones de personas al año, de las cuales más de 7 millones son consumidores directos y alrededor de 1,2 millones son no fumadores expuestos al humo de segunda mano. Las muertes atribuidas a este hábito se relacionan principalmente con el cáncer, las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardiovasculares, el deterioro de la salud mental y el incremento en el uso de otras drogas, entre otras. Su consumo está creciendo en forma constante, sobre todo entre la población adolescente (14), (15). En el mundo se han realizado diferentes estudios sobre tabaquismo y su impacto económico, estimándose costos anuales de aproximadamente 2 billones de dólares (7).

El consumo de tabaco, principalmente de cigarrillos, es la principal causa de enfermedades prevenibles y muerte en los Estados Unidos (16). Está bien establecido que consumir tabaco aumenta el riesgo de diferentes formas de cáncer, incluidos los de pulmón, hígado y colorrectal. Además, fumar aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y enfermedades cardiovasculares. Durante el embarazo, consumir tabaco aumenta la tasa de complicaciones, como aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal y anomalías congénitas. Las complicaciones neonatales y pediátricas de la exposición al tabaquismo incluyen el síndrome de muerte súbita del lactante y la función pulmonar anormal en los niños, como el asma (15).

Ayudar a los pacientes a dejar de fumar es una de las tareas de atención primaria más importantes, y los beneficios de evaluar el comportamiento de los pacientes con el hábito de fumar están bien establecidos. Solo en EE. UU. en el 2015, el 68% de los fumadores adultos (22,7 millones) dijeron que querían dejar de fumar; más de la mitad de los fumadores adultos de cigarrillos informan haber intentado dejar de fumar en el último año, y cuatro de cada nueve fumadores adultos que visitaron a un profesional de la salud durante el año pasado no recibieron consejos para dejar de fumar (17).

En Colombia, la prevalencia de tabaquismo viene en descenso pasando del 12,9% en el 2013 a un 9,7% para el 2019, según lo reporta el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (6), (7). La Encuesta de Calidad de Vida del 2018, del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), reportó la prevalencia de consumo de tabaco en personas de 10 años y más, con una tendencia a la baja si se compara la prevalencia del 2016, que fue de 8,3%, con el 7,4% en el 2018 (7). En otro estudio, en la Encuesta Nacional de Tabaquismo realizada a jóvenes de 13 a 15 años en el 2017, mostró una prevalencia de escolares con consumo regular de cigarrillo de 9% (IC95%=7,9-10,3), siendo Medellín la ciudad donde se identificó un mayor consumo de cigarrillo con el 11% (IC95%=8,6-13,9), en comparación con lo observado en Barranquilla, con el 5,9% (IC95%=5,1-6,7) y Cali 8,9% (IC95%=8,9-9,0) (7).

El tabaquismo aún ocasiona un número importante de muertes y elevados costos al sistema de salud para atender a las personas con enfermedades provocadas por el consumo o

exposición al tabaco, siendo prevenible, pues el tabaquismo es responsable de que se presenten 34.800 muertes al año, con 624.000 años de vida perdidos; 154.450 muertes pueden evitarse en 15 años si se implementan las intervenciones de la OMS (7).

Los tratamientos de cesación tabáquica son determinantes en la salud pública, porque con su implementación se podría reducir la demanda de consumo de tabaco y el efecto en la salud de la población (6). El tratamiento contra el tabaquismo es recomendado por la OMS como parte integral de los servicios de prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y también podría estar integrado a otros programas, por lo que es muy importante su implementación en los servicios de atención primaria. Dichas acciones deben contar con el compromiso de los gobiernos del nivel nacional y local, las comunidades, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud y de los profesionales de la salud (10), (7).

El consumo de tabaco como problemática de salud pública

El consumo de tabaco y sus derivados es una de las principales causas de muerte prevenible a nivel mundial al asociarse con enfermedades no transmisibles como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas, entre otras, convirtiéndose en el segundo factor de riesgo de muerte prematura y discapacidad (18). En este sentido el tabaquismo es considerado como uno de los grandes retos que debe afrontar la Región de las Américas pues está relacionado con al menos 25 enfermedades catastróficas y de alto costo social y económico, no sólo para las familias, sino también para el sistema de salud.

En Colombia, continúa siendo un problema de salud pública, la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSP) en 2019 evidenció que durante los últimos seis años Colombia consolidó la disminución del consumo de tabaco al pasar del 12,9 % en 2013 a 9,8 % en 2019. Sin embargo, a pesar de la reducción en el consumo y la elevada proporción de población no fumadora (82 %), sigue existiendo un número importante de muertes por enfermedades atribuibles al consumo del tabaco (19). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Sustancias Psicoactivas en Escolares (2016), se encontró que un 15.9% de los niños encuestados reportaron haber consumido cualquier sustancia ilícita alguna vez en la vida. Mostrando un dato preocupante, y es que los jóvenes de 16 a 18 años son los mayores consumidores (17,36 %). Aspecto a tener en cuenta en la implementación y priorización del control de consumo de tabaco.

El consumo de tabaco no solo influye en el aumento de la carga de enfermedad, sino que tiene costos sociales y económicos. En Colombia, el consumo de tabaco en 2017 costó 17 billones de pesos, lo que equivale aproximadamente al 1,8 por ciento del PIB nacional, de acuerdo con los resultados de un estudio titulado “Caso a favor de la inversión para el control del tabaco en Colombia” (20).

Otro aspecto para considerar es la distribución desigual del consumo de tabaco según la condición socioeconómica. Por ejemplo, la mayor incidencia de tabaquismo (comienzo del hábito) se da en hombres de países de ingreso bajo y medio, pero la prevalencia del tabaquismo es mayor entre los países de ingreso medio-alto. Así mismo, el consumo de tabaco en poblaciones con bajo nivel de ingresos se relaciona con una mayor frecuencia de enfermedades asociadas, con el agravamiento de que esta población tiene menor acceso a los servicios de salud, y mayores dificultades para el pago de medicamentos.

Dado a lo anterior, el control del consumo de tabaco es una prioridad para el Ministerio de Salud y Protección social. Contando con una estrategia específica en el Plan Decenal de Salud Pública (2012- 2021). Además, el plan decenal de los próximos diez años busca identificar y proyectar intervenciones basadas en evidencia con enfoque en determinantes sociales de la salud. En relación con políticas de salud pública para mitigar el tabaquismo, hasta el momento se están revisando las intervenciones con mayor éxito según la evidencia pero que buscan reducir las brechas.

Finalmente, en el marco de la Pandemia por COVID-19 los consumidores de tabaco han mostrado mayor riesgo de enfermedad severa y muerte (21). Esto por dos razones: primero, el consumo de tabaco afecta la función pulmonar, disminuyendo la respuesta frente al coronavirus y otras enfermedades. Por otro lado, el tabaco también es un factor de riesgo importante para las enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes (21).

La dependencia que provoca el consumo de tabaco requiere la aplicación de intervenciones que lleven a promover el abandono del consumo y tratar la dependencia a esta sustancia. Por lo anterior, el Instituto Nacional de Cancerología y la Universidad Nacional de Colombia elaboraron la “Guía de Práctica Clínica para el manejo de cesación tabáquica”, con el objetivo de formular recomendaciones informadas en la evidencia para lograr la suspensión definitiva del consumo de tabaco en población colombiana mayor de 18 años, fumadora o usadora de vapeadores y, así, reducir la prevalencia del consumo de tabaco en el país.

Capítulo Metodología

GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA

Para constituir el grupo desarrollador de la guía (GDG), se contó con un equipo temático o expertos clínicos, equipo metodológico, equipo de evaluación económica, equipo de investigación cualitativa, representante de pacientes, participantes en panel de expertos, y fuerza de tarea ampliada. Para esto se convocó a un grupo de con experiencia suficiente en el objetivo central de la guía. El GDG contó con la participación de médicos familiares, neumólogos, expertos en cesación tabáquica. También fueron partícipes de este proceso profesionales con experiencia en economía de la salud, salud pública, epidemiología clínica, estadística y especialistas de la información entrenados por Cochrane. El GDG contó con el acompañamiento del ente gestor.

DECLARACIÓN Y MANEJO DE LOS CONFLICTOS DE INTERÉS

Al momento de configurar el GDG, cada uno de los expertos convocados declaró, de antemano y por escrito, sus potenciales conflictos de interés (COI), por un periodo no menor a un año. El líder clínico y metodológico, en cabeza de cada uno de los integrantes de su equipo, realizó la lectura y el registro de cualquier interés económico personal, no personal, no económico personal o económico personal de un familiar, en el formulario disponible para tal fin. Para el análisis de los conflictos de interés, se designó un comité independiente del Instituto Nacional de Cancerología a cargo de examinar y resolver cualquier potencial conflicto que pudiese surgir durante el desarrollo de esta guía (8). El análisis de los COI se encuentra en el anexo 1.

DEFINICIÓN DE ALCANCES Y OBJETIVOS

El alcance y los objetivos de esta guía fueron definidos en consenso con el Instituto Nacional de Cancerología, y revisados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Con el ánimo de garantizar que las recomendaciones formuladas, fuesen aplicables al ámbito clínico colombiano, al tiempo que sirviesen de apoyo a todos los profesionales de la salud. Con el objeto de brindar una atención médica con calidad y eficiencia, se consideraron los aspectos clínicos del manejo de cesación tabáquica. Un tema determinante para el grupo desarrollador fue establecer la edad de la población por incluir en la guía.

CONSTRUCCIÓN DE LAS PREGUNTAS CLÍNICAS

A partir de un proceso de priorización liderado por el Instituto Nacional de Cancerología, se definieron las preguntas clínicas, identificando las controversias y los vacíos del conocimiento, en torno a la prestación de los servicios de salud. Así, se determinaron la variabilidad injustificada, la existencia de diferentes opciones terapéuticas, la disponibilidad de nueva evidencia, los costos relacionados con la atención en salud y los problemas de calidad en la práctica, lo que sirvió de insumo para la construcción de las preguntas genéricas de la guía que posteriormente fueron estructuradas en formato PICO (acrónimo en inglés de Población, Intervención, Comparación y Desenlaces), siguiendo los lineamientos de la guía metodológica

y teniendo siempre presente el alcance y objetivo trazados para la guía. Finalmente, para responder cada pregunta, se seleccionó el tipo de estudio apropiado y, una vez que el listado definitivo de preguntas se definió en función de cada uno de sus componentes, el documento con las preguntas fue concertado entre el ente gestor y el GD (8), (22).

Las preguntas fueron socializadas con los grupos de interés, con el objeto de obtener sus aportes al proceso (incluyendo el Ministerio de Salud y Protección Social), así como para incluir la perspectiva de los pacientes. Una vez surtido este paso, se generó el listado definitivo de preguntas que configura la estructura general de la presente guía.

PREGUNTAS QUE ABORDA LA GUÍA

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

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

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

Pregunta 4: *¿Cuáles son las intervenciones farmacológicas más efectivas y seguras para la suspensión del consumo de tabaco en la población, de acuerdo con el grado de consumo?*

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?*

Pregunta 6: *¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para los pacientes que no quieren dejar de fumar?*

Pregunta 7: *¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para las personas expuestas a humo de segunda mano?*

Pregunta 8: *¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para las pacientes fumadoras en estado de embarazo?*

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

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

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

DESENLACES ELEGIBLES Y PRIORIZADOS

Para incluir los desenlaces de mayor relevancia al interior de la guía, el GD elaboró de manera preliminar el conjunto de desenlaces cruciales para la toma de decisiones, los cuales fueron validados mediante los resultados de una pesquisa de literatura sobre el tema. Se priorizaron aquellos desenlaces clínicos de seguridad, efectividad, calidad de vida y todo aquel importante para los pacientes. Cada desenlace identificado fue graduado como *no importante*, *importante no crítico* o *crítico* para los pacientes, utilizando una escala de nueve unidades propuesta por el grupo GRADE.

El representante de los pacientes, los expertos temáticos y el GD en pleno calificaron de forma autónoma el listado de desenlaces, utilizando una plantilla diseñada para este aspecto, que se distribuyó vía correo electrónico. Al término de este ejercicio, se examinaron los puntajes obtenidos para cada resultado, se estimó su mediana y se procedió a establecer la relevancia de cada desenlace. Solo se preservaron aquellos desenlaces catalogados como críticos e importantes no críticos (23). En el anexo 2 se incluyen los desenlaces y la calificación.

BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA

Como primer paso, se desarrolló una búsqueda sistemática y evaluación de guías de práctica clínica informadas en la evidencia, encontrando que no se identificó ninguna guía susceptible de ser adaptada. El detalle de la metodología y los resultados se encuentra en el anexo 3.

De esta forma, se dio inició a un proceso sistemático y riguroso, con el que se buscó y recuperó la evidencia disponible para cada una de las preguntas clínicas de la guía, siguiendo los lineamientos propuestos por el Manual Metodológico y el grupo Cochrane. Para ello, se contactó a un especialista de la información de profesión médico epidemiólogo, quien, en compañía de los expertos clínicos, identificó los términos de búsqueda en lenguaje libre y controlado que reflejaban los componentes más claves de cada pregunta PICO. Luego, implementando el uso de operadores booleanos, conectores de proximidad, comodines y filtros altamente sensibles, diseñó la estrategia para la pesquisa, la cual fue validada de apariencia por parte del grupo de expertos clínicos, que se encuentra en el anexo 4 (24), para finalmente ser ejecutada en las siguientes bases de bases de datos:

- Ovid MEDLINE(R) <1946-December Week 3 2020>,
- Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations <December Week 3, 2020>,
- Ovid MEDLINE(R) Daily Update <December 20, 2020>,
- Embase
- Cochrane

La búsqueda no se restringió por fecha o idioma, se implementó al interior de las distintas bases y se realizó hasta diciembre 30 del 2020. La búsqueda también abarcó literatura gris, como fueron los archivos de la Revista del INC, y documentos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social y otras instituciones relevantes. También se obtuvieron referencias por “bola de nieve” de las referencias recuperadas e incluidas y, finalmente, a través del contacto con expertos clínicos, con el ánimo de recopilar literatura relevante no publicada.

Del listado de referencias recuperadas, en una primera instancia se priorizó la inclusión de revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis que respondieran las preguntas formuladas y, en caso de ser necesario, se procedió a buscar y a recuperar aquellos estudios primarios relevantes para la Guía. El listado de referencias arrojada por la pesquisa de la información fue depurado utilizando el programa Mendeley, el cual eliminó aquellas referencias duplicadas; de esta forma, el listado final de referencias por tamizar fue revisado por un experto clínico y un asesor metodológico, quienes de forma independiente realizaron la lectura de títulos, resúmenes y artículos en texto completo, con el ánimo de identificar aquellos estudios relevantes a la luz de los criterios de inclusión y de exclusión (características de la población diana y tipo de estudio). Las discrepancias fueron resueltas mediante consenso y, en algunas instancias, mediante la consulta con un tercer evaluador.

Para brindar transparencia, y con el ánimo de otorgar trazabilidad al proceso de selección de la literatura, se construyó un diagrama de flujo para cada pregunta, en donde se registró el número de referencias identificadas por tipo de fuente, número de referencias excluidas (acompañado de su respectivo motivo), número de referencias tamizadas en texto completo y, finalmente, cantidad de artículos seleccionados para evaluación y síntesis. El algoritmo PRISMA de cada pregunta puede ser consultados en el anexo 5 del presente documento. Se utilizó la herramienta AMSTAR-2 como instrumento de evaluación crítica para las revisiones sistemáticas incluidas; dicho instrumento reporta y considera las distintas revisiones sistemáticas como de alta, media, baja y críticamente baja calidad, acorde al resultado emitido por la evaluación de 16 aspectos (25). Por su parte, cuando se trató de estudios primarios, los ensayos clínicos controlados fueron evaluados implementado el instrumento de riesgo de sesgos sugerido por el Grupo Cochrane y denominado “Risk of Bias Tool 2.0” (24); finalmente, los estudios de exactitud diagnóstica fueron analizados utilizando el instrumento QUADAS-2, que consta de los dominios *selección de los participantes*, *prueba índice*, *patrón de referencia* y *flujo-tiempo*, cada uno de ellos evaluado en términos de su riesgo de sesgos y, para los tres primeros dominios, también en relación con su aplicabilidad (26).

SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA

Metodología para el desarrollo los metaanálisis incluidos en la guía

Se realizó metaanálisis en caso de que no se identificaran revisiones sistemáticas que dieran respuesta a las preguntas de la Guía. Dos integrantes del grupo metodológico evaluaron de forma independiente el riesgo de sesgo para cada estudio incluido, utilizando los criterios descritos en el Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión. Se evaluó el riesgo de sesgo en los ensayos incluidos y se recopiló información en los formularios de extracción de datos. Se digitó la información en el programa Review Manager 5 de forma pareada para verificar la calidad de la información. Dada la naturaleza de los desenlaces (datos dicotómicos), se implementó como medida resumen de efecto la razón de riesgo (RR) o características operativas de las pruebas (sensibilidad y especificidad) junto a sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%.

Para los estudios incluidos, se analizó el nivel de desgaste de los datos y, para todos los resultados, se realizó, de ser posible, análisis por intención de tratar, independientemente de si recibieron o no la intervención/prueba asignada (5). Se evaluó la heterogeneidad estadística en cada metaanálisis mediante el estadístico I^2 y los valores de prueba Chi^2 , considerando heterogeneidad sustancial como la presencia de un estadístico I^2 mayor del 40% o la presencia de un valor de P en la prueba de hipótesis menor a 0,10 (prueba de heterogeneidad Chi^2). Finalmente, se realizó la construcción de los diagramas de bosque, utilizando el programa Review Manager 5, a través de la implementación de la aproximación de efectos fijos para combinar los datos cuando fue razonable suponer que los estudios estimaban el mismo efecto subyacente del tratamiento (desde la perspectiva clínica y metodológica). Por el contrario, si el grupo clínico o metodológico, o bien las pruebas estadísticas, detectaron la presencia de heterogeneidad sustancial, se realizó metaanálisis de efectos aleatorios para producir un resumen general si el efecto promedio del tratamiento en todos los ensayos fue considerado clínicamente significativo.

Creación de perfiles de evidencia grade

La síntesis de la evidencia para cada uno de los estudios seleccionados se realizó utilizando el programa GRADEpro, a través del cual se generaron los respectivos perfiles de evidencia y se estableció la confianza en el efecto, acorde a la calidad global de la evidencia. El sistema GRADE establece cuatro niveles de evidencia.

Tabla 4. Niveles de evidencia: calidad global

Calificación	Juicio	Características
A	Alta ⊕⊕⊕⊕	Muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
B	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.
C	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.
D	Muy baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Para la metodología GRADE (ver tabla 4), los ensayos clínicos controlados representan, en principio, evidencia de alta calidad; no obstante, la confianza en el efecto (calidad) se puede afectar por la presencia de serias o muy serias limitaciones en el diseño o la conducción del estudio (riesgo de sesgos); serias o muy serias limitaciones en la consistencia en los resultados; serias o muy serias limitaciones al momento de analizar la aplicabilidad de la evidencia o al evaluar la precisión de los resultados y, finalmente, cuando se sospecha fuertemente la presencia de sesgo de publicación. Ahora bien, a pesar de que los estudios controlados no aleatorios (v. g. estudios de cohorte o estudios de casos y controles) inician siendo catalogados como evidencia de “baja calidad” al interior de esta metodología, la confianza en el efecto se puede acrecentar, llegando incluso a ser evidencia de “alta calidad”, si se observa gradiente dosis-respuesta; si la magnitud del efecto es fuerte o muy fuerte (en términos de la magnitud de la medida de asociación), o bien si todos los sesgos plausibles podrían haber disminuido la magnitud del efecto (23), (27).

FORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

En cuanto a la fortaleza de la recomendación, GRADE propone dos grados de recomendación “fuerte” o “condicional”. Cuando los efectos deseables de una intervención sobrepasan claramente los efectos indeseables, el panel de la guía emite una recomendación “fuerte”. Por otra parte, cuando el balance entre los efectos deseables e indeseables de la intervención es menos claro, ya sea en virtud de la baja o muy baja calidad de la evidencia, la incertidumbre o variabilidad en los valores y preferencias, la preocupación entorno a que la intervención demanda un amplio consumo de recursos, o bien a causa de que la evidencia sugiere poca o estrecha diferencias entre los efectos deseables e indeseables de la intervención, el panel emitió una recomendación “condicional”. La evaluación AMSTAR-2 para cada una de las revisiones sistemáticas incluidas se presenta dentro del cuerpo de la evidencia y los perfiles de evidencia GRADE pueden ser consultados en el anexo 6 (28).

La presente guía sigue la metodología propuesta por el sistema GRADE (acrónimo en inglés de Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) y sugerida por el metodológico para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, en donde se implementan los niveles de evidencia y grados de recomendación expuestos en la tabla 5 (23).

Tabla 5. Fuerza de la recomendación metodología GRADE

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se recomienda hacerlo
Condicional a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se sugiere hacerlo
Condicional en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. Se sugiere no hacerlo
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. Se recomienda no hacerlo

Una vez que se ha finalizado la elaboración de los diferentes perfiles de evidencia, se tiene el sustrato principal para la formulación de las recomendaciones. De esta forma, los distintos perfiles de evidencia GRADE fueron presentados en la reunión del panel de expertos virtual con la finalidad de generar las recomendaciones para la guía. Durante la mesa de trabajo, cada perfil acompañado de su respectiva síntesis de evidencia fue presentado al grupo de expertos clínicos, metodológicos, representantes de los pacientes, entes gubernamentales, sociedades científicas, economistas, estadísticos y expertos en investigación cualitativa, quienes determinaron la fortaleza y la dirección de cada recomendación implementando la metodología GRADE, la cual pondera la calidad de la evidencia, el balance riesgo-beneficio, los costos y las preferencias de los pacientes como insumo primordial al momento de definir la fortaleza y la dirección de las recomendaciones (24).

Cada recomendación presenta la fuerza de la recomendación según el enfoque GRADE que se interpreta de acuerdo con la tabla 6. Durante la reunión de consenso, también se formularon puntos de buena práctica clínica para aquellas circunstancias en donde no sería razonable la implementación de alternativas diferentes y también fortalecen las recomendaciones. Al término de cada discusión académica que dio origen a las recomendaciones, se verificó que el panel estuviera de acuerdo con el sentido y fortaleza de estas, al tiempo que su contenido

fuese específico y dirigido. El proceso de deliberación y votación, al igual que los resultados, se registraron en una plataforma virtual diseñado para tal fin, y el audio de la discusión se guardó como soporte posterior.

Tabla 6. Definición de fuerza de la recomendación

	Recomendaciones fuertes	Recomendaciones condicionales
Para pacientes	La mayoría de los individuos en esta situación desearían el curso de acción recomendado y solo una pequeña proporción no lo desearía.	La mayoría de los individuos desearían el curso de acción sugerido, pero muchos no lo aceptarían.
Para usuarios de la guía	La mayoría de los individuos debería recibir el curso de acción recomendado. La adherencia a esta recomendación de acuerdo con la guía podría ser usada como un criterio de calidad o un indicador de rendimiento.	Reconocer qué opciones diferentes serían apropiadas para distintos pacientes, y que se debe ayudar para que cada paciente alcance una decisión de manejo consistente con sus valores y preferencias. Las colaboraciones en las decisiones pueden resultar útiles al momento de ayudar a los individuos en la toma de decisiones coherentes con sus valores y preferencias. Los médicos deben saber que pasarán más tiempo con los pacientes en el proceso de la toma de decisión.
	Es poco probable que se necesite colaboración en las decisiones formales para ayudar a los individuos a tomar decisiones coherentes con sus valores y preferencias.	
Para desarrolladores de políticas	La recomendación se puede adaptar como política en la mayoría de las situaciones, incluido su uso como indicador de rendimiento.	Formular políticas requeriría de debates importantes y la participación de muchas partes interesadas. Es muy probable que las políticas varíen entre regiones. Los indicadores de rendimiento tendrían que centrarse en el hecho de que ha tenido lugar una deliberación adecuada acerca de las opciones de manejo.

Fuente: (29).

Adicionalmente, se desarrollaron las tablas de la evidencia a la recomendación, las cuales presentan los juicios de valor que llevaron a formular las recomendaciones. Las tablas EtD se encuentran en el anexo 7 junto con la pregunta PICO, y presentan la decisión acerca de los efectos deseables, efectos indeseables, certeza de la evidencia, calidad de la evidencia, variabilidad, balance riesgo-beneficio, recursos, costo-efectividad, equidad, aceptabilidad y viabilidad (28).

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

Para la incorporación de las perspectivas de los pacientes, se desarrolló un estudio cualitativo donde se identificaron las preferencias y valores de 20 fumadores, el cual incluyó fumadores en diferentes niveles, incluyendo fumadores pasivos, exfumadores, adultos jóvenes, fumadores que no desean dejar de fumar y embarazadas. Se desarrollaron varios grupos focales utilizando una guía semiestructurada de acuerdo con las preguntas de la Guía que permitió identificar las preferencias y experiencias de los participantes. La información recolectada en entrevistas vía virtual se analizó identificando códigos y resumiéndose de forma narrativa. Los resultados resumidos se encuentran en cada pregunta aportando información de preferencias y valores de los pacientes. El detalle del estudio se encuentra en el capítulo de incorporación de la perspectiva de los pacientes.

INCORPORACIÓN DE COSTOS

Para la incorporación de aspectos de costos, se evaluó si las intervenciones recomendadas se encontraban en el plan de beneficios del sistema de salud, los costos de su adquisición y posibles costos para los pacientes a partir de la literatura y experiencias del panel de expertos. Adicionalmente, se desarrolló una evaluación económica que evaluó la costo-efectividad de las intervenciones farmacológicas y de terapia combinada para el tratamiento de cesación tabáquica en Colombia. El detalle del estudio se encuentra en el capítulo de evaluación económica.

FINANCIACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

La presente guía contó con las contribuciones del Instituto Nacional de Cancerología. Las revisiones sistemáticas fueron financiadas en su totalidad mediante contrato suscrito entre el Instituto Nacional de Cancerología y la Universidad Nacional de Colombia.

DECLARACIÓN DE INDEPENDENCIA EDITORIAL

La entidad financiadora del presente proyecto proporcionó acompañamiento permanente durante la elaboración de la presente guía, garantizando con ello la transferencia 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 GDG. Las instituciones gestoras no influyeron en el contenido de la guía.

EVALUACIÓN POR PARES REVISORES

La presente guía de práctica clínica será revisada de forma independiente por dos pares revisores, externos al proceso y ajenos a las entidades gestoras. Los pares serán invitados a participar mediante la revisión del contenido y se les solicitará que realicen comentarios en

torno a la amplitud y la exactitud de la evidencia que sustentan las recomendaciones emitidas. Los pares declararán de antemano y por escrito sus potenciales conflictos de interés y, una vez se determine que no tienen impedimentos para su participación en el proceso, revisarán el contenido de la Guía. Por su parte, el GD recibirá y analizará cada comentario enviado por los pares y determinará su pertinencia, justificando cualquier desacuerdo con respecto a los cambios sugeridos. Los evaluadores pares utilizarán la herramienta AGREE II, con el fin de determinar la calidad de la guía.

SOPORTE PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y AUDITORÍA EN LA GUÍA

Se desarrolló un módulo que permitió identificar los actores claves de implementación de la guía, las recomendaciones claves, las barreras y estrategias de implementación, y los indicadores de resultado e implementación de la guía de cesación tabáquica. Este se desarrolló con base en revisión de la evidencia y experiencia del grupo desarrollador, considerando las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y el panel de expertos.

ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA

De acuerdo con lo contemplado en las metodologías nacionales vigentes, las recomendaciones de la Guía deben ser actualizadas en los próximos tres años, o antes en caso de que exista nueva evidencia que modifiquen las recomendaciones generadas en este proceso. Esto debe hacerse mediante la metodología contemplada en la “Guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica con evaluación económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano” (1). Se revisará cada una de las preguntas y, a través de una actualización de las estrategias de búsqueda, se procederá a seleccionar nueva evidencia para ser incluida en la Guía, siguiendo el método anteriormente mencionado.

Capítulo de Preguntas, Evidencia y Recomendaciones

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

Población	Población general mayor de 18 años consumidora de tabaco y vapeadores (con signos que indiquen consumo o declaren consumir tabaco)
Intervención	Consejería breve Consejería mínima
Comparación	Consejo médico durante la consulta estándar No realizar tamizaje
Desenlace	Disminución del consumo Cesación del consumo Recaídas y pérdidas en el seguimiento se considerarán como tabaquismo persistente. Efectos secundarios Calidad de vida

Recomendaciones

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, y realizar consejería breve entre 3 y 10 minutos por 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, para 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 sugiere indagar a 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

Resumen de los hallazgos

Para dar respuesta a esta pregunta, se identificaron 18 revisiones sistemáticas de calidad moderada, baja y muy baja, con limitaciones en el reporte de estudios incluidos, excluidos, búsqueda limitada al idioma inglés sin justificación, prueba de un reporte del protocolo *a priori*. La calidad de la evidencia de forma global fue moderada, baja y muy baja por limitaciones en riesgo de sesgo de los estudios incluidos, heterogeneidad e imprecisión. En la tabla 7, se presenta un resumen de los principales hallazgos de las revisiones identificadas.

Tabla 7. Resumen de los hallazgos de la pregunta 1

Referencia (AMSTAR-2)	Población	Comparación	Desenlace	N.º Sujetos	Efecto	GRADE
(30) (Muy bajo)	Fumadores de países de medianos y bajos ingresos	Consejería breve (< 30 min) vs. manejo usual	Cesación ≥ 6 meses	I: 102/373 C: 58/355	OR=2,46 IC95%= 1,56-3,88	Baja
(2) (Muy bajo)	Fumadores que recibieron alguna terapia no farmacológica en seis o menos consultas médicas	Consejería breve vs. otra intervención de cesación	Cesación de fumar	–	OR=1,78 IC95%= 1,44-2,21	Muy baja
(3) (Bajo)	Fumadores mayores de 18 años reclutados en servicios de salud o en otros escenarios	Intervenciones generales de enfermería vs. manejo usual	Cesación ≥ 6 meses	I: 1607/13119 C: 1165/9562	RR=1,29 IC95%= 1,21-1,38	Moderada
(31) (Moderado)	Fumadores en servicios de atención primaria, farmacias, clínicas dentales y centros pediátricos	Intervenciones de manejo sistémico	Cesación continua	2/4 estudios a favor de la intervención.		Muy baja
			Enrolamiento en líneas de cesación	(32): 4,1% vs. 1,1% (p<0,01) (33): 81 vs. 8 (p<0,001)		Muy baja

Referencia (AMSTAR-2)	Población	Comparación	Desenlace	N.º Sujetos	Efecto	GRADE
(34) (Bajo)	Individuos, grupos o comunidades en riesgo de consumo o consumiendo en su momento a través de pipas de agua.	Intervención de baja intensidad vs. manejo usual.	Cesación ≥ 6 meses	I: 147/358 C: 28/395	RRa=5,8 IC95%= 4,0-8,4 (cigarrillo)	Moderada
				I: 53/116 C: 13/64	RRa=2,2 IC95%= 1,3-3,7 (pipas de agua)	Moderada
				I: 54/146 C: 11/156	RRa=5,4 IC95%= 2,9-9,9 (ambos)	Moderada
(35) (Moderado)	Fumadores de cualquier sexo y reclutados en cualquier escenario	Intervenciones mínimas (<20 min) vs. manejo usual	Cesación ≥ 6 meses	I: 455/7913 C: 218/5811	RR=1,66 IC95%= 1,42-1,94	Baja
(36) (Muy bajo)	Adultos con cáncer de cabeza y cuello que fueron objeto de una intervención para la cesación de tabaco	Intervención breve (<5 minutos) vs. manejo usual	Cesación a los 12 meses	I: 27/215 C: 28/217	RR=0,97 IC95%= 0,59-1,59	Muy baja
(37) (Bajo)		Intervención corta por un médico u odontólogo (+ sesiones de refuerzo) vs. manejo usual	Enrolamiento en líneas de cesación	I: 29/50 C: 33/46	RR=0,81 IC95%= 0,60-1,09	Baja
(38) (Bajo)	Adultos de 18 a 24 años en EE. UU	Intervención de baja intensidad vs. manejo usual.	Cesación 1 a 6 meses	(39): OR=1,00; IC95%=0,27-3,75 (40): OR=1,04; IC95%=0,48-2,27		Muy baja

Referencia (AMSTAR-2)	Población	Comparación	Desenlace	N.º Sujetos	Efecto	GRADE
(41) (Muy bajo)	Pacientes con tuberculosis o sospecha de esta	Entrevista motivacional corta o estrategia de las 5 A repartida en dos sesiones) sobre el manejo usual o consejería estándar	Cesación ≥ 6 meses	I: 298/825 C: 71/819	RR=3,45 IC95%= 3,67-6,39	Muy baja
		Estrategia de las 5 A modificada más volante de información sobre cesación y consejería vs. manejo usual o consejería estándar		I: 16/36 C: 15/37	RR=1,10 IC95%= 0,64-1,87	Baja
(42) (Muy bajo)	Pacientes con enfermedad cardiovascular	Intervención breve por medicina o enfermería vs. manejo usual	Cesación ≥ 6 meses	I: 472/1605 C: 497/1761	RR=1,02 IC95%= 0,92-1,13	Baja
(43) (Muy bajo)						
(44) (Muy bajo)	Estudios que evaluaron intervenciones en el periodo preoperatorio	Intervenciones breves vs. mínimas	Cesación 12 meses	I: 20/114 C: 7/107	RR=2,55 IC95%= 0,76-8,58	Muy baja
(45) (Moderado)	> 15 años en terapia ambulatoria u hospitalaria por dependencia a las drogas o al alcohol, o en periodo de recuperación de las dependencias mencionadas	Intervenciones breves vs. manejo usual o intervenciones mínimas	Cesación al periodo de seguimiento más largo	I: 8/146 C: 6/159	RR=1,53 IC95%= 0,47-4,98	Muy baja

A continuación, se presenta la evidencia identificada. No se identificaron desenlaces que evaluaran calidad de vida.

Fumadores que asisten a servicios médicos y odontológicos

Se identificó una revisión sistemática que evaluó las estrategias farmacológicas y no farmacológicas de cesación de tabaco en pacientes fumadores de países de medianos y bajos ingresos. Las intervenciones no farmacológicas fueron consejería intensiva, consejería breve (30 segundos a 5 minutos y manejo usual. Los autores encontraron que se presentó una mayor proporción de abstinencia mayor o igual a seis meses en aquellos participantes que recibieron consejería intensiva, en comparación con quienes recibieron consejería breve o manejo usual (ECA=8; OR=6,87; IC95%=4,18-11,29; $I^2=67\%$). De la misma manera, en el grupo que recibió consejería breve suministrada por personal de salud, se observó una mayor proporción en la abstinencia mayor o igual a seis meses en comparación con manejo usual (ECA=4; OR=2,46; IC95%=1,56-3,88; $I^2=0\%$) (30). Otra revisión sistemática comparó las diversas estrategias de consejería breve con otra intervención de cesación de tabaco en adultos fumadores que recibieron alguna terapia no farmacológica por seis o menos consultas médicas. El estudio incluyó 12.975 adultos mayores de 18 años en el cuidado primario en salud. Los autores reportaron un aumento en la probabilidad de cesación de tabaco en aquellos que recibieron consejería breve (en cualquiera de sus modalidades), en comparación con otra intervención de cesación (ECA=36; OR=1,78; IC95%=1,44-2,21) (2). La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Una revisión sistemática (3) evaluó las intervenciones por enfermería en cuidado ambulatorio y hospitalario con consejería breve o manejo usual en la cesación del consumo de fumadores mayores de 18 años reclutados en servicios de salud o en otros escenarios. Las intervenciones incluyeron recomendaciones, consejería o estrategias para ayudar a las personas a que abandonen el consumo de tabaco. La revisión sistemática (en adelante, RS) seleccionó 58 ensayos clínicos aleatorizados (en adelante, ECA), 44 de los cuales fueron incluidos en el metaanálisis principal ($n=20\ 881$). Los autores reportaron que las intervenciones de enfermería aumentaron la probabilidad de la cesación de tabaco de forma general (alta y baja intensidad) en comparación con manejo usual (ECA=44; RR=1,29; IC95%=1,21-1,38; $I^2=50\%$). Sin embargo, la evidencia fue insuficiente para sustentar el mismo efecto con intervenciones de enfermería de baja intensidad (ECA=7; RR=1,27; IC95%=0,99-1,62; $I^2=36\%$). La calidad de la evidencia es moderada por heterogeneidad.

En la revisión sistemática (31), se comparó la efectividad de las intervenciones de manejo sistémico con manejo usual o control activo (presentación informal de estrategias) en adultos fumadores que estaban recibiendo cuidados en servicios de atención primaria, farmacias, clínicas dentales y centros pediátricos. Los autores definieron las intervenciones de manejo sistémico como políticas y prácticas diseñadas por las organizaciones para integrar la identificación de todos los fumadores y el subsecuente ofrecimiento de tratamientos de cesación de tabaco basados en la evidencia. Dos estudios favorecieron las intervenciones de

manejo sistémico: el de Cabezas y colaboradores (46) reportó en cuidado primario abstinencia continua a un año (OR=1,5; IC95%=1,05-2,14), y el de Gordon y colaboradores (47) reportó abstinencia prolongada en servicios odontológicos (RR=2,79; IC95%=1,74-4,46). Por otra parte, dos estudios encontraron evidencia a favor del enrolamiento en programas de cesación: el de Winickoff y colaboradores (32) (4,1% vs. 1,1%; $p<0,01$); y el de Patwardhan (33) (81 vs. 8; $p<0,001$). Una revisión sistemática evaluó las intervenciones de cesación de consumo de tabaco en individuos, grupos o comunidades en riesgo de consumo o consumiendo en su momento a través de pipas de agua. Un estudio (48) comparó una intervención de baja intensidad (dos sesiones comportamentales cortas basadas en la estrategia de las 5 A) con manejo usual (folleto de autoayuda en la abstinencia continua de cesación en adultos con sospecha de tuberculosis pulmonar (RRa=5,8; IC95%: 4,0-8,4, uso de pipas de agua (RRa=2,2; IC95%=1,3-3,7) o ambos (RRa=5,4; IC95%=2,9-9,9) en la abstinencia continua de cesación a los 6 meses. La calidad de la evidencia de forma global es moderada y baja por riesgo de sesgo e imprecisión (34).

En el estudio de Stead y colaboradores (35), se evaluaron intervenciones mínimas de cesación de tabaco, realizadas por médicos o médicos asistidos por otro personal de salud, en participantes fumadores de cualquier sexo y reclutados en cualquier escenario, excepto por mujeres embarazadas. Estas intervenciones se definieron como aquellas consultas menores de 20 minutos con una visita de seguimiento como máximo. Los autores reportaron un aumento en la tasa de cesación en el seguimiento más largo (6 a 18 meses) con las intervenciones mínimas en comparación con manejo usual o intervenciones sin consejería (Estudios: 17; RR=1,66; IC95%=1,42-1,94; $I^2=31\%$). La comparación indirecta entre intervenciones mínimas con una visita de consejería (Estudios: 18; RR=1,55; IC95%=1,35-1,79; $I^2=35\%$) o la opción de más de una visita consejería (Estudios: 3; RR=1,60; IC95%=1,21-2,11; $I^2=65\%$) no muestran diferencias importantes en la magnitud de los efectos. De la misma manera, no hubo una diferencia importante entre intervenciones mínimas con ayudas (Estudios: 10; RR=1,55; IC95%=1,35-1,79; $I^2=38\%$; GRADE: Muy baja) y sin ellas (Estudios: 17; RR=1,78; IC95%=1,56-2,04; $I^2=47\%$; GRADE: Muy baja). La calidad de la evidencia de forma global es baja y muy baja por riesgo de sesgo, heterogeneidad moderada e imprecisión (35).

Pacientes con cáncer de cabeza y cuello: dos RS (36), (37) evaluaron a adultos con cáncer de cabeza y cuello que fueron objeto de una intervención para la cesación de tabaco. En una RS (36) se identificó un estudio aleatorizado ($N = 432$; cáncer de cabeza y cuello, $n = 16$); otro estudio (49) comparó el manejo usual con una intervención breve (< 5 minutos), en la que se aconsejó cesar el consumo, enfatizando los beneficios de abandono de consumo, convenciendo al participante de fijar una fecha para la cesación y discutiendo la posibilidad de iniciar terapia de remplazo con nicotina. Los autores no encontraron evidencia suficiente a favor de la intervención corta vs. manejo usual en la cesación de tabaco a los doce meses de seguimiento (RR=0,97; IC95%=0,59-1,59). Por otra parte, en otro estudio (37) se reportaron datos producto de la comparación del manejo usual con una intervención corta por un médico u odontólogo, seguida de seis sesiones de refuerzo (50); $n=186$. De forma similar, los resultados tampoco configuran evidencia suficiente para afirmar la superioridad de la intervención corta

sobre el manejo usual en la abstinencia continua a los 12 meses en esta población (RR=0,81; IC95%=0,60-1,09). La calidad global de la evidencia es baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Población adultos jóvenes: En un estudio (38), se analizaron las intervenciones para cesación de tabaco en estudios que incluyeron adultos de 18 a 24 años que vivieran en EE. UU. Cuatro de los 32 ensayos clínicos incluidos mencionaban una intervención individual corta: entrevista motivacional de 50 minutos; entrevista motivacional única con componente de balance en las decisiones; consejería de 5 minutos o intervención de línea de cesación más cuatro llamadas telefónicas. Los datos en los cuatro estudios fueron insuficientes para afirmar la superioridad de las intervenciones individuales vs. manejo usual o intervenciones mínimas en la abstinencia a 7 o 30 días o autorreporte de cesación en el seguimiento entre 1 y 6 meses. La calidad global de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Pacientes con tuberculosis: En una revisión sistemática (41), se evaluaron intervenciones de cesación en una población de pacientes con tuberculosis o sospecha de esta. De los 14 estudios incluidos, tres ensayos clínicos pusieron a prueba una intervención corta de baja intensidad (51),(52): entrevista motivacional corta (15-20 minutos); estrategia de las 5 A modificada más volante de información sobre cesación y consejería, o estrategia de las 5 A repartida en dos sesiones. En participantes con tuberculosis, la evidencia soporta la superioridad de las intervenciones de oportunidad (entrevista motivacional corta o estrategia de las 5A repartida en dos sesiones) sobre el manejo usual o consejería estándar en la abstinencia de consumo a los seis meses (ECA=2; RR=3,45; IC95%=3,67-6,39; I²=84%)¹. Sin embargo, la evidencia fue insuficiente para soportar la superioridad de la intervención (estrategia de las 5 A modificada más volante de información sobre cesación y consejería) en la cesación de tabaco al mes de seguimiento (ECA=1; RR=1,10; IC95%=0,64-1,87). La calidad de la evidencia global es baja por riesgo de sesgo, imprecisión y heterogeneidad.

Pacientes con enfermedad cardiovascular: Dos revisiones sistemáticas (42), (43) compararon las intervenciones de cesación en una población de pacientes con enfermedad cardiovascular. De los estudios incluidos en dichas revisiones, seis ensayos clínicos pusieron a prueba una intervención corta: consejería por enfermería de 30 minutos y posterior llamada telefónica a la semana o al mes; consejería por enfermería y ofrecimiento de TRN; consejería por enfermería del programa *In Control* de la Asociación Americana del Pulmón y seguimiento a la semana; consejería por un médico al ingreso hospitalario de 10 minutos y contacto telefónico por enfermería hasta por cuatro semanas; consejería y guía de tabaco y riesgo cardiovascular. La evidencia indica que las intervenciones breves no son superiores al manejo usual o intervención mínima en la abstinencia de consumo de tabaco a los doce meses en este grupo de pacientes (ECA=6; RR=1,02; IC95%=0,92-1,13; I²=0%). La calidad de la evidencia es baja por riesgo de sesgo.

¹ Metaanálisis propio a partir de los datos del estudio.

Pacientes prequirúrgicos: Una revisión sistemática (53) sintetizó los resultados de cesación de tabaco en el largo plazo de estudios que evaluaron intervenciones de cesación en el período preoperatorio. Se incluyeron ocho estudios, dos de los cuales tuvieron intervenciones de consejería corta. La evidencia en los datos de estos dos estudios fue insuficiente para afirmar la superioridad de las intervenciones breves sobre intervenciones mínimas en la cesación de tabaco de pacientes en periodo preoperatorio ($RR=2,05$; $IC95\%=0,76-8,58$; $I^2=46\%$)². Además, en otro estudio (54) se realizó una metarregresión para encontrar asociaciones entre cesación de tabaco e intervenciones comportamentales en pacientes en periodo preoperatorio. La evidencia en los datos soportó que acciones como brindar información de tabaquismo o de las consecuencias de la cesación, establecer y revisar las metas, realizar monitoreo regular por otros, brindar opciones para soporte adicional o información de síntomas de abstinencia estuvieron asociadas a la cesación de tabaco en esta población. Sin embargo, el único factor que resultó como predictor independiente fue el establecimiento de metas de cesación. Los autores (45) evaluaron la abstinencia al tabaco de intervenciones de cesación en comparación con otras terapias de cesación diferentes, terapia aplazada, menores niveles de tratamiento o ninguna terapia de cesación en pacientes mayores de 15 años en terapia ambulatoria u hospitalaria por dependencia a las drogas o al alcohol, o en periodo de recuperación de las dependencias mencionada. La revisión incluyó 35 ensayos clínicos, tres de los cuales fueron de intervenciones breves: sesión de consejería y remisión a consejería de grupo; sesión de 30 minutos con la estrategia 5 A; sesión de 10 minutos. La evidencia en los datos no fue suficiente para afirmar la superioridad de la consejería breve sobre el manejo usual o intervenciones mínimas ($RR=1,53$; $IC95\%=0,47-4,98$; $I^2=0\%$)³. La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo, heterogeneidad moderada e imprecisión.

Consumidores de dispositivos electrónicos: No se identificaron RS y ECA que evaluarán el efecto de la consejería en la reducción de su consumo.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO: Los expertos consideran que el beneficio de la consejería es mayor a los riesgos (los cuales son mínimos) para los consumidores de tabaco y sus derivados. Un punto determinante para formular las recomendaciones es la identificación de la población diana durante la prestación de los servicios de atención primaria, con el fin de proveer la consejería y remitir oportunamente a las personas consumidoras a la consulta especializada. Esta intervención puede ser desarrollada por médicos generales, enfermeras, psicólogos, odontólogos, terapeutas, médicos laborales y profesionales de la salud de cualquier especialidad con la capacitación adecuada para proveer una consejería efectiva. Para el panel es importante que se institucionalice en los diferentes encuentros clínicos con los pacientes con enfermedades crónicas (en especial, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, trastornos mentales y cáncer) y pacientes prequirúrgicos la consejería para la suspensión o reducción del consumo de tabaco. Estos pacientes se beneficiarían de mayor manera, puesto que mejorarían los desenlaces en salud, así como el pronóstico de las condiciones y los tratamientos quirúrgicos.

² Metaanálisis propio a partir de los datos del estudio.

³ Metaanálisis propio a partir de los datos del estudio.

Los expertos consideran que, aunque no se identificó evidencia sobre la eficacia de la consejería en consumidores de cualquier dispositivo para el suministro de tabaco, se puede extrapolar la evidencia de consumidores de tabaco. La selección del tipo de consejería 5 R o 5 A dependerá de cada caso y la capacitación del profesional de la salud.

USO DE RECURSOS: El panel reitera la importancia de que los profesionales de la salud que realicen la consejería se encuentren capacitados para que la intervención sea efectiva y tenga un impacto positivo en los consumidores de tabaco. Esto implicaría un costo para los actores del sistema de salud, con el fin de cumplir con la recomendación. En Colombia existen centros con reconocimiento para entrenamiento en consejería breve e intensiva. Con respecto a las otras recomendaciones, los expertos consideran que no implicará un aumento en los costos, dado que la indagación del estado de consumidor de tabaco entraría al proceso regular de evaluación del paciente y la consejería se realiza por 3 a 10 minutos durante el encuentro clínico.

VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES: En el estudio cualitativo diseñado para la guía se reporta que, para las personas consultadas, no es molesto que durante la consulta se indague sobre el hábito y su consumo. Ellos sugieren que se le dé más importancia a la respuesta y que no quede como tan solo un dato más en la historia médica, así como consideran que vale la pena indagar un poco más sobre el origen y motivación de fumar, las particularidades y condiciones de cada persona, y ser contundentes en brindar información clara y concisa sobre las alternativas y asesoría que incluya el acompañamiento psicológico. Los pacientes reportan que la comunicación es fundamental con el personal de salud tanto en el tono afectivo como en la claridad y precisión del mensaje, aún para aquellos quienes tienen la firme convicción de no abandonar el hábito. Tanto los consumidores como el panel recomiendan respetar la decisión de las personas que no desear dejar de fumar.

APLICABILIDAD E IMPACTO EN LA EQUIDAD: El panel de expertos considera que algunos miembros del personal de salud pueden no aceptar la recomendación, dado que implica una actividad adicional por realizar en la consulta, y por causa de los cortos tiempos que tienen en los encuentros clínicos. Sin embargo, de forma general el panel considera que las recomendaciones deben ser implementadas con el apoyo de los actores del sector salud, porque son claves para la prevención de enfermedades crónicas. Los expertos consideran que las recomendaciones pueden tener un impacto en la equidad, dado que pueden ser implementadas a todas las personas sin importar su régimen de afiliación, género, edad o zona geográfica.

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

Población	Población general mayor de 18 años consumidora de tabaco y que desean dejar de fumar
Abordaje diagnóstico/comparador	Aspectos-intervenciones por considerar: a. Escalas para evaluación de: 1.Evaluación de la fase de abandono: Etapas de Prochaska. 2.Nivel de dependencia a la Nicotina: Heaviness of Smoking Index, Test de Fag�rstrom. 3.Grado de motivación: Test de Richmond. 4.Evaluación de síntomas de abstinencia: Minnesota nicotine withdrawal scale, single rating of <i>craving</i>. 5.Escalas de ansiedad y depresión para fumadores: General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Affective disorders and symptoms (ADS), Centre for Epidemiological Studies scale on Depression (CES-D), Beck Depression Inventory (BDI), PH4, Inventario de la ansiedad rasgo-estado (IDARE). b. Examen físico, uso de cooximetría. (diagnóstico) c. Cálculo de consumo en paquetes/año. (predictivo)
Desenlace	Características operativas Efectos secundarios del diagnóstico

Recomendaciones preliminares

N.�	Recomendación
☒	Se recomienda que, a los pacientes identificados como consumidores de productos del tabaco o que usen dispositivos en el proceso de tamización, se les realice la evaluación de la intensidad de consumo de acuerdo con el número de paquetes año, su deseo de dejar el consumo de tabaco y sus intentos fallidos. Punto de buena práctica
☒	Las personas que consumen productos del tabaco o usan dispositivos de suministro de nicotina deben ser remitidas a una consulta médica de cesación con apoyo de un profesional de salud o un equipo multidisciplinario entrenados en cesación tabáquica. Punto de buena práctica

N.º	Recomendación
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 & 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 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 a disponibilidad. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia muy baja ⊕○○○ (Opinión de expertos)

Resumen de los hallazgos

Tabla 8. Resumen de los hallazgos de la pregunta 2

Referencia (AMSTAR-2)	Población	Comparación	Desenlace	N.º Sujetos	Efecto	GRADE
(55) (Moderado)	Fumadores de cualquier edad, raza o sexo	EDC [materiales de autoayuda] vs. no usarla (comparación óptima)	Cesación ≥ 6 meses	I: 43/1062 C: 46/1055	RR=0,93 IC95%= 0,62-1,30	Muy baja
		EDC [consejería] vs. no usarla (comparación óptima)	Cesación de fumar	I: 146/578 C: 142/560	RR=1,00 IC95%= 0,82-1,22	Muy baja
		EDC [cartas a la medida, generadas por computador o sistemas expertos] vs. material de autoayuda	Cesación ≥ 6 meses	I: 157/3070 C: 119/2877	RR=1,27 IC95%= 1,01-1,59	Moderada
		EDC [cartas a la medida, generadas por computador o sistemas expertos] vs. evaluación solamente	Cesación ≥ 6 meses	I: 517/6369 C: 462/7228	RR=1,35 IC95%= 1,19-1,52	Moderada

Referencia (AMSTAR-2)	Población	Comparación	Desenlace	N.º Sujetos	Efecto	GRADE	
(52-57)	Adultos fumadores diarios por autorreporte o cooximetría que provenían de servicios de salud, sitios de trabajo o voluntarios.	HSI	FNTD	1465	S= 0,72-0,94	Muy baja	
				4619	E= 0,81-0,97	Muy baja	
				4 estudios	S= 0,60-0,89	Muy baja	
				4 estudios	E= 0,79-0,97	Muy baja	
	Subgrupo de mujeres						
(56)	Adultos fumadores.	HSI	Cooximetría	1 estudio	S= 0,87	Moderada	
				1 estudio	E= 0,62	Baja	
			Cotínina salival	1 estudio	S= 0,76	Baja	
				1 estudio	E= 0,72	Baja	
(57)	Fumadores que asistieron a urgencias y a un centro de atención para abuso de sustancias		SCID-IV	236	S= 0,84	Moderada	
				35	E= 0,60	Baja	
(58-62)	Adultos fumadores diarios por autorreporte o cooximetría que provenían de servicios de salud, sitios de trabajo o voluntarios.		Fagerström Test de Dependencia a la Nicotina (FTND)	CIDI-II FNTD completo SCID-IV Cotínina salival DSM-III-R	5 estudios	S= 0,69-1,0	Muy baja
					5 estudios	E= 0,68-1,0	Baja

Referencia (AMSTAR-2)	Población	Comparación	Desenlace	N.º Sujetos	Efecto	GRADE
(53)	Hombres y mujeres no embarazadas mayores de 18 años que reportaron consumo de al menos 10 cigarrillos al día por al menos 5 años.	Single rating craving Módulo de deseo de fumar de la escala de abstinencia de nicotina de Minnesota (MNWS)	Cooximetría ≥ 8 p. p. m	1 estudio	S= 0,68 IC95%= 0,66-0,70	Moderada
	1 estudio			E= 0,77 IC95%= 0,76-0,79	Moderada	
	Embarazadas (12-20 SEG) que fumaban al menos 5 cigarrillos al día.			1 estudio	S= 0,47 IC95%= 0,43-0,50	Baja
	1 estudio			E= 0,87 IC95%= 0,80-0,93	Moderada	
(58)	Mujeres jóvenes (17-25 años) que asistieron a la escuela de ciencias de la salud de una Universidad en España	Preguntas genéricas sobre hábito tabáquico <i>¿Cuál de las siguientes describe mejor su consumo de tabaco en la actualidad?</i>	Cotina salival ≥ 10 ng/mg	114	S= 0,85 IC95%= 0,79-0,92	Muy baja
				318	E= 0,95 IC95%= 0,92-0,98	Baja
(64-67)	Población general	Cooximetría (estado de fumar)	Cotina o autorreporte	3 estudios	S= 0,94-0,95	Muy baja
				3 estudios	E= 0,83-0,96	Muy baja
(59), (60)	Enfermedades respiratorias		Cotina o autorreporte	2 estudios	S= 0,73-0,94	Muy baja
				2 estudios	E= 0,85-0,87	Muy baja
(61)	Adolescentes		Autorreporte	223	S= 0,92	Muy baja
				313	E= 0,87	Baja

A continuación, se presenta la evidencia para cada una de las intervenciones propuestas en el abordaje diagnóstico propuesto en la pregunta PICO (ver tabla 8). No se identificaron desenlaces que evaluaran calidad de vida.

Evaluación de la fase de abandono

Etapas de Prochaska

Se identificó una RS que da respuesta a la pregunta. No se identificaron ECA o estudios diagnósticos que evaluarán las etapas de Prochaska. La revisión sistemática realizada (55) (AMSTAR-2: Moderada) sintetizó la información pertinente al abordaje terapéutico de estrategias basadas en el modelo de cambio en la cesación de consumo de tabaco como mínimo al sexto mes de seguimiento en consumidores de tabaco de cualquier edad, raza o sexo. Los autores no encontraron evidencia a favor de un aumento de la probabilidad de cesación de consumo de tabaco en las comparaciones óptimas⁴: materiales de autoayuda⁵ basados en el modelo de cambio comparadas con los que no estaban basadas en este modelo (Estudios: 2; RR=0,93, IC95%=0,62-1,30; I²=21%) y consejería basada en el modelo de cambio con manejo estándar (Estudios: 2; RR=1,00, IC95%=0,82-1,22; I²=0%). En cuanto a las intervenciones más específicas, se reporta evidencia a favor de intervenciones basadas en el modelo de cambio en las cartas a la medida, generadas por computador o sistemas expertos en comparación con material de autoayuda (Estudios: 6; RR=1,27 IC95%=1,01-1,59; I²=28%) o evaluación únicamente (Estudios: 10; RR=1,35 IC95%=1,19-1,52; I²=46%). La calidad de la evidencia general es muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Análisis cualitativo: en la búsqueda se identificaron dos guías de práctica clínica que aportaron información a la sección narrativa de este análisis (62), (63). La revisión de hallazgos de las guías indica que la intervención de cesación de tabaco debe incluir la evaluación con el modelo transteórico de cambio de Prochaska y Diclemente, especialmente en pacientes diabéticos, embarazadas y adolescentes (Calidad CERQual: Baja).

Nivel de dependencia a la nicotina

Heaviness Smoking Index (HSI)

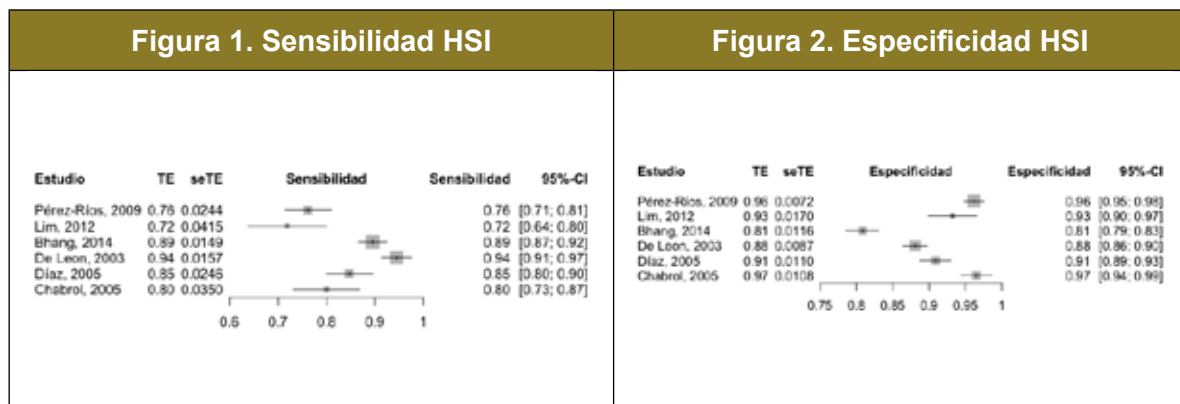
No se identificaron RS que dieran respuesta a la pregunta. Por esta razón, se realizó una RS que seleccionó ocho estudios que evaluaron el HSI. Seis de ellas utilizaron la prueba de dependencia de nicotina de Fagerstrom (FNDT) (≥ 6 como patrón de referencia). La población incluida estuvo constituida por adultos fumadores diarios por autorreporte o cooximetría (> 10 ppm) que provenían de servicios de salud, sitios de trabajo o voluntarios. La evaluación

4 Aquellas que comparan una intervención genérica o que no esté basada en el modelo de cambio con una intervención basada en el modelo de cambio de similar intensidad.

5 Sistemas expertos, manuales, programas de computador.

QUADAS-2 indicó que los estudios tuvieron riesgo de sesgo especialmente en la selección de la muestra e incertidumbre en el cegamiento de las pruebas índice y de referencia.

Las características operacionales de la escala HSI fueron altas cuando fueron confirmadas con el FNTD. En los seis estudios evaluados, el rango de la sensibilidad fue 0,72-0,94 y de especificidad, 0,81-0,97 (Figuras 1 y 2). Además, la capacidad discriminativa de la escala fue alta (DOR=65,5; IC95%=41,6-103,0; $I^2=0\%$). En el subgrupo de mujeres, los rangos de sensibilidad fueron amplios y con un límite inferior más bajo que en el grupo total (sensibilidad=0,60-0,89; especificidad=0,79-0,97). De acuerdo con un estudio (64), la sensibilidad se modifica según la escolaridad en ambos sexos: es mayor en sujetos con perfil educativo alto. La calidad de la evidencia es baja y muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.



Dos estudios adicionales confirmaron la dependencia a la nicotina con otros métodos como cooximetría, cotinina salival y entrevista psiquiátrica con los criterios DSM IV (SCID-IV). La sensibilidad de la escala HSI fue aceptable cuando se confirmó con la cooximetría (> 10 ppm) (0,87) y la SCID-IV (0,84). Sin embargo, cuando se confirmó con la cotinina salival (> 100 ng/ml) la sensibilidad fue menor (0,76). La especificidad fue baja en los tres escenarios presentados: cooximetría (0,62), cotinina salival (0,72) y SCID-IV (0,60). La calidad de la evidencia es moderada y baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Fagerström Test de Dependencia a la Nicotina (FTND)

No se identificaron revisiones sistemáticas que dieran respuesta a la pregunta. Por esta razón, se realizó una revisión sistemática que seleccionó cinco estudios transversales que analizaron las características operativas del FTND. Los patrones de referencia fueron la entrevista psiquiátrica (DSM-III-R, DSM-IV o CIDI-II), cotinina salival y la prueba de Fagerstrom completa. La población incluida estuvo conformada por adultos consumidores de tabaco que provenían de servicios de salud, centros de abuso de sustancias, población general y una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Los estudios se realizaron en Japón, Taiwán, Perú,

Brasil y Colombia. Los cinco estudios se clasificaron con riesgo de sesgo en la evaluación QUADAS-2, principalmente por problemas en la selección de participantes y la prueba índice. Las características operativas fueron bajas a aceptables en tres estudios incluidos. El intervalo de valores de sensibilidad fue 0,75 a 1,0 y de especificidad 0,68 a 1,0. Excluyendo un estudio (65) que utilizó la escala completa como patrón de referencia, el intervalo de valores de sensibilidad es de 0,69 a 0,8 y de especificidad de 0,68 a 0,80. La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión. Los resultados para cada estudio se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Características operativas del Test de Dependencia a la Nicotina

Autor	Año	Referencia	N	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
(66)	2011	CIDI-II	126	≥6	0,69	0,71
(65)	2011	FNTD completo	464	≥6 ⁶	1,0	1,0
(57)	2009	SCID-IV	271	≥4	0,8	0,74
(56)	2008	Cotina salival	245	≥4	0,762	0,675
(67)	1999	DSM-III-R	151	≥6	0,75	0,80

La escala de Fagestrom se encuentra en el anexo 8.

Escalas de ansiedad y depresión para consumidores de tabaco

No se identificaron RS o estudios primarios que evaluaran escalas validadas de depresión para consumidores de tabaco. La Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada validada en Colombia, recomienda que se debe tamizar para depresión a los pacientes con uno o más factores de riesgo o al menos una manifestación clínica de trastorno depresivo. Se aplica a la persona con sospecha de depresión las siguientes tres preguntas de la escala de Whooley.

- ¿Durante el último mes o en los últimos 30 días, se ha sentido a menudo triste, desanimado, deprimido o sin esperanza?
- ¿Durante el último mes o en los últimos 30 días, ha sentido que no disfruta o siente poco interés por cosas que antes le generaban placer?
- ¿Tiene la persona dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales? (22).

⁶ (65 reporta un punto de corte preestablecido de 6 puntos para la FTND; sin embargo, en el análisis con la curva ROC reportan uno de 2,5 según el índice de Youden.

Para la medición de ansiedad, no se identificaron RS que evaluarán escalas de ansiedad en consumidores de tabaco. Se identificó un estudio que evaluó la escala PHQ-4. Esta escala de autorreporte tiene dos preguntas breves de tamización para la detección de depresión y ansiedad. En un estudio (68), analizaron las características psicométricas de la escala en ocho ciudades capitales de Colombia. La consistencia interna de la escala fue buena (alfa de Cronbach=0,84). Las correlaciones con otras escalas (HADS, Termómetro de Distrés, Escala de Desesperanza de Beck y Preguntas de Satisfacción de Vida) fueron similares a otros estudios. Por último, el estudio provee los valores normativos de la escala para la población colombiana.

Análisis cualitativo: en la búsqueda se identificaron tres guías de práctica clínica que aportaron información a la sección narrativa de este análisis (69), (63), (70). La revisión de hallazgos de las guías no encontró escalas o pruebas específicas para la tamización o clasificación de severidad de depresión o ansiedad específica en consumidores de tabaco. Sin embargo, los hallazgos indican que las personas que consumen tabaco deben recibir tamización de depresión y ansiedad, especialmente en aquellos con EPOC y diabetes. Las guías recomiendan que los pacientes hospitalizados con menos de seis meses de cesación deben recibir tamización para depresión (CERQual: Muy baja).

Evaluación de síntomas de abstinencia

Preguntas de un solo ítem para deseo de fumar (single rating of craving)

No se identificaron RS que dieran respuesta a esta pregunta. Se encontró un estudio (53), que analizó las características operacionales del módulo de deseo de fumar de la escala de abstinencia de nicotina de Minnesota (MNWS) en participantes fumadores de la población general (hombres y mujeres no embarazadas mayores de 18 años que reportaron consumo de al menos 10 cigarrillos al día por al menos 5 años; antecedente de enfermedades relacionadas con el tabaquismo) y en embarazadas (12-20 semanas EG) mayores de 18 años que fumaban al menos 5 cigarrillos al día (QUADAS-2: Con riesgo de sesgo). La confirmación del diagnóstico se realizó con cooximetría ≥ 8 p. p. m. La sensibilidad fue muy baja en la población de embarazadas ($n=402$; 0,47; IC95%=0,43-0,50) y baja en la población general ($n=310$; 0,68; IC95%=0,66-0,70). La especificidad fue aceptable en la población general (0,77; IC95%=0,76-0,79) y alta en embarazadas (0,87; IC95%=0,80-0,93). La calidad de la evidencia es moderada y baja por riesgo de sesgo.

Preguntas de hábito de fumar

No se identificaron RS que dieran respuesta a esta pregunta. Se encontró un estudio diagnóstico que evaluó las características operacionales de las preguntas genéricas sobre hábito tabáquico (*¿Cuál de las siguientes describe mejor su consumo de tabaco en la actualidad?* mediante

autorreporte por mujeres jóvenes (17-25 años) que asistían a la escuela de ciencias de la salud de una Universidad en España (QUADAS-2: Con riesgo de sesgo). La sensibilidad (0,85; IC95%=0,79-0,92) y especificidad (0,95; IC95%=0,923-0,98) fueron altas cuando el estado de fumar se confirmó con cotinina salival ≥ 10 ng/mg. La calidad de la evidencia es baja (58).

Cooximetría

No se identificaron RS que dieran respuesta a la pregunta. Por lo que se realizó una RS que seleccionó diez estudios que evaluaron la cooximetría (tabla 10). Siete de ellos tuvieron como objetivo identificar el estado de fumar (71). Dos estudios analizaron las características operacionales en pacientes con enfermedades pulmonares (asma bronquial o EPOC) La mayoría incluyó población adulta y sólo una de ellas evaluó la prueba en adolescentes (61). Tres estudios clasificaron a los consumidores de tabaco según su nivel de dependencia (72), (73), (74). El estudio restante discriminó el bajo consumo de tabaco y la abstinencia en consumidores de tabaco (75). En los estudios de estado de fumar, el patrón de referencia más usado fue el autorreporte (3/7), seguido de la cotinina sérica (2/7). El intervalo de tamaño de la muestra fue de 65 a 1870 sujetos. Por otra parte, en los estudios de dependencia se utilizaron el HSI, FTND y la entrevista MINI como patrones de referencia. El intervalo de tamaño de la muestra fue de 107 a 952 sujetos. La mayoría de estudios fue de corte transversal (8/10), solo dos tuvieron un diseño de casos y controles (76) y cohorte mixta (75). Todos los estudios se calificaron con riesgo de sesgo con la herramienta QUADAS-2.

- Estado de fumar

Las características operacionales en participantes de la población general (77) (72) fueron altas cuando se confirmó el estado de fumar con cotinina o autorreporte (HSI): (sensibilidad=0,94-0,95; especificidad=0,83-0,96). Los resultados fueron similares en adolescentes de Turquía en quienes se confirmó el estado de fumar por autorreporte (sensibilidad=0,92; especificidad=0,87). La calidad de la evidencia es baja y muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Tabla 10. Características operativas de la cooximetría

Autor	Año	Referencia	Desenlace	N	Punto de corte (p. p. m.)	Sensibilidad	Especificidad
(71)	1987	Autorreporte	Estado de fumador	211	>10	0,84	0,84
(60)	1993	Autorreporte	Estado de fumador	1557	≥ 10	0,94	0,87
(77)	1998	Cotinina sérica	Estado de fumador	94	≥ 7	0,95	0,93
(78)	2000	Incierto	Estado de fumador	65	>6	0,94	0,96
(59)	2003	Cotinina sérica	Estado de fumador	161	>10	0,85	0,86
(59)	2003	Cotinina sérica	Estado de fumador	170	>11	0,73	0,85
(61)	2009	Autorreporte	Estado de fumador	536	≥ 7	0,92	0,87
(72)	2010	HSI	Estado de fumador	1870	$\geq 5,5$	0,95	0,83

Por otra parte, las características operacionales en pacientes con asma bronquial o EPOC (60); fueron de aceptables a altas: (sensibilidad=0,73-0,94; especificidad=0,85-0,87). La sensibilidad de la prueba en participantes con EPOC varió con el tipo de medida de desenlace. La calidad de la evidencia baja y muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Tabla 10. Características operativas de la cooximetría (continuación)

Autor	Año	Referencia	Desenlace	N	Punto de corte (p. p. m.)	Sensibilidad	Especificidad
(60)	1993	Autorreporte	Estado de fumador	1557	≥10	0,94	0,87
(59)	2003	Cotina sérica	Estado de fumador	161	>10	0,85	0,86
(59)	2003	Cotina sérica	Estado de fumador	170	>11	0,73	0,85

- **Dependencia**

Las características de los estudios de cooximetría para la evaluación de dependencia en consumidores de tabaco fueron variadas. Cada estudio confirmó el diagnóstico con un patrón de referencia diferente: entrevista MINI, HSI o FTND. Los puntos de corte para el diagnóstico también fueron heterogéneos (intervalo: 6-15,5). Las características operacionales fueron de bajas a aceptables (sensibilidad=0,57-0,75; especificidad=0,68-0,80). La calidad de la evidencia muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

- **Abstinencia en fumadores**

Una cohorte ($n=213$) evaluó el bajo consumo y la abstinencia en participantes fumadores que confirmaron el nivel de consumo por autorreporte (75). En este estudio, la cooximetría tuvo una sensibilidad⁷ baja (0,715) y especificidad⁸ aceptable (0,85). La calidad de la evidencia muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Cálculo de consumo en paquetes/año

No se identificaron RS o estudios primarios que evaluarán el cálculo de consumo en paquetes/año. El GDG considera que debe incluirse en el proceso diagnóstico y se puede calcular multiplicando el número de cigarrillos que se fuma al día, por el número de años que ha fumado y esto dividirlo por 20, lo cual daría el número de paquetes por año que una persona se ha fumado. En los siguientes links se puede encontrar la calculadora:

<https://shouldiscreen.com/Espa%C3%B1ol/calculadora-de-paquete-anos>

⁷ Sensibilidad definida como el porcentaje de pruebas de aliento positivas en los días de fumar en todos los sujetos.

⁸ Especificidad definida como el porcentaje de pruebas de aliento negativas en días de no fumar.

<http://www.semergencantabria.org/calc/cocalc2.htm>

Evidencia de dispositivos de suministro de tabaco y sus derivados: No se encontró evidencia que evalué el diagnóstico diferente a consumidores de tabaco.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO: Los expertos consideran que la recomendación de un abordaje diagnóstico multicomponente es fundamental para poder realizar un diagnóstico adecuado del paciente que identifique el estadio de motivación, nivel de dependencia, síntomas de abstinencia, grado de depresión y ansiedad, identificación de comorbilidades y utilice otros apoyos diagnósticos. Los efectos secundarios son inexistentes, por lo que son mayores los beneficios. Para el panel de expertos es importante generar un punto de buena práctica que permita que los consumidores de tabaco u otros dispositivos de suministro de nicotina sean remitidos a una consulta médica de cesación con profesionales o equipos entrenados capacitados que permitan de forma adecuada diagnosticar el grado de consumo y deseo de fumar y, por ende, presentar el mejor abordaje terapéutico de forma individualizada. Se identificó poca evidencia en general de baja calidad para las intervenciones evaluadas; también se incluyó evidencia indirecta que se extrapola a consumidores de tabaco, por lo que el grupo desarrollador decidió generar una recomendación de consenso de expertos para poder presentar el abordaje diagnóstico óptimo.

USO DE RECURSOS: Los expertos consideran que se pueden incurrir en costos del equipo multidisciplinario de la consulta de cesación tabáquica, la capacitación del personal de salud que realiza el diagnóstico y el tiempo que se destine a la consulta de cesación tabáquica. La cooximetría puede aumentar los costos; sin embargo, su uso se deja a disponibilidad de los equipos de salud que lo tengan como apoyo diagnóstico; no es obligatorio para el abordaje diagnóstico.

VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES: El estudio cualitativo diseñado para la Guía reporta que las personas consultadas consideran que la actitud del médico durante el encuentro clínico es muy importante. Debe mostrar más interés por el paciente y no tanto en el síntoma, así como en el contexto del problema y proponer cordialmente alternativas para dejar de fumar. El abordaje diagnóstico debería estar encaminado más que en solo preguntar; realmente se debe indagar sobre el contexto social y personal del paciente, con un sentido humano, no punitivo, para lograr un efectivo acercamiento y motivación para dejar de fumar.

APLICABILIDAD E IMPACTO EN LA EQUIDAD: De forma general, el panel considera que las recomendaciones y puntos de buena práctica serán aceptados por los usuarios clínicos de la Guía. Los expertos reiteran la necesidad de que se facilite el acceso a los consumidores de tabaco u otros dispositivos a la consulta de cesación tabáquica. Es posible que en ciertas regiones geográficas esto implique el desplazamiento de los pacientes a centros de mayor complejidad, lo que puede dificultar su asistencia a las consultas especializadas. La recomendación podría tener un impacto en la equidad por las razones mencionadas, lo que implica que los pacientes de ciudades tienen mayor oportunidad de obtener un diagnóstico y, por ende, un tratamiento

adecuado. El panel reporta que debe existir continuidad inmediata en el manejo si el paciente es remitido a otras especialidades en caso de encontrar alguna condición de salud durante el examen que no pueda ser resuelta en la consulta. Es determinante realizar la remisión a psiquiatría en caso de detectar en la tamización que los pacientes pueden presentar depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas.

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

Población	Población mayor de 18 años consumidora de tabaco y que desean dejar de fumar
Intervención/ Comparación	• Programación del día D • Duración de la consejería: consejería breve e intensiva • Metodología de la intervención: - Terapia conductual - Entrevista motivacional. - Manejo de contingencias • Vía de entrega: - Soporte grupal - Línea telefónica de ayuda. - Salud a través de tecnologías como aplicaciones móviles - Ayuda audiovisual. - No consejo o consejería no intensiva standard. • Terapia farmacológica • Terapia combinada farmacológica-no farmacológica. • Terapias alternativas (<i>mindfulness</i>, yoga, acupuntura, hipnoterapia, incentivos) • Hábitos de vida saludable
Desenlace	• Cesación del consumo (3 meses, 6 meses, un año) • Disminución de numero de cigarrillos al día • Desarrollo de síntomas de abstinencia • Recaídas y pérdidas en el seguimiento se considerarán como tabaquismo persistente. • Efectos secundarios • Calidad de vida • Costos

Recomendaciones

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 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) para ayudar a los consumidores de tabaco para 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, los cuales pueden complementar la realización de otras intervenciones de consejería intensiva. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○
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 recomienda promover hábitos saludables como complemento a la consejería intensiva para suspender el consumo de tabaco. Punto de buena práctica
✓	Se recomienda realizar asesoramiento para dejar el consumo de tabaco a todos los pacientes hospitalizados independiente de la causa de su hospitalización. Punto de buena práctica

Resumen de los hallazgos

Para dar respuesta a esta pregunta se identificaron 15 revisiones sistemáticas que evaluaron las siguientes intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de cesación tabáquica: metodología de las intervenciones, terapias comportamentales, vía de entrega de la consejería, medicina alternativa y hábitos de vida saludables (tablas 11 y 12). No se identificaron desenlaces que evaluaran calidad de vida. A continuación, se presenta la evidencia de cada una de ellas:

Tabla 11. Resumen de los hallazgos de la pregunta 3

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para dejar de fumar	Estimador del efecto	Calidad de la evidencia global
(79)	2186 con trastorno por uso de sustancias	22	Uso de manejo de contingencias (CM) a corto plazo (3 meses)	RR=2,55; IC95%=1,73-3,77; $p<0,01$	Moderada
			Uso de manejo de contingencias (CM) a largo plazo (6 meses)	RR=1,02; IC95%=0,57-1,83; $p<0,01$	Baja por imprecisión
			Uso de manejo de contingencias (CM) para reducción del tabaquismo a corto plazo (3 meses)	SDMa=0,60; IC95%=0,37-0,83; $p<0,01$	Moderada
(80)	1497 con problemas de salud mental	13	Intervenciones psicológicas (terapia cognitivo-conductual (TCC), entrevistas motivacionales (MI), asesoramiento y apoyo telefónico)	Reducción porcentual en la abstinencia continua y número de cigarrillos al día, 12, 24 y 52 semanas	Alta
(81)	26168	42	Intervenciones a nivel individual vs. grupal	RR=1,56; IC95%=1,39-1,75; $I^2=54,5\%$	Moderada por riesgo de sesgo
			Intervenciones no adaptadas a la posición socioeconómica comparado con la atención habitual en participantes con una posición socioeconómica baja	RR=1,94; IC95%=1,31-2,86; $I^2=76,6\%$	Muy baja por riesgo de sesgo, imprecisión e inconsistencia
			Intervenciones no adaptadas a la posición socioeconómica comparado con la atención habitual en participantes con una posición socioeconómica alta	RR=2,00; IC95%=1,36-2,93	Baja por riesgo de sesgo e imprecisión

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para dejar de fumar	Estimador del efecto	Calidad de la evidencia global
(82)	15000	37	Entrevista motivacional vs. ningún tratamiento	RR=0,84; IC95%=0,63-1,12	Baja por riesgo de sesgo e imprecisión
			Entrevista motivacional + otros tratamientos (SC) vs. apoyo solo	RR=1,07; IC95%=0,85-1,36	Baja por inconsistencia e imprecisión
			Entrevista motivacional comparado con otro tratamiento	RR=1,24; IC95%=0,91-1,69; I²=54%	Baja por inconsistencia y heterogeneidad
			Entrevistas motivacionales de mayor intensidad vs. menor intensidad	RR=1,23; IC95%=1,11-1,37	Baja por riesgo de sesgo

^a Desviación estándar de la diferencia de medias

Tabla 12. Resumen de condiciones especiales

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para dejar de fumar	Estimador del efecto	Calidad de la evidencia global
(83)	Más de 14.000 población general adulta	57	Terapia conductual en grupo	OR=1,71; IC95%=1,05 a 2,80 I²=15,24%	Baja por riesgo de sesgo e imprecisión
			Asesoramiento individual	OR=1,96; IC95%=1,51 a 2,54 I²=24%	
			Intervenciones de autoayuda	OR=1,16; IC95%=0,74 a 1,82 I²=0,4%	
			Incentivos	OR=1,60; IC95%=1,12 a 2,30 I²=43%	
			Intervenciones múltiples	OR=1,55; IC95%=1,13 a 2,13 I²=30,21%	

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para dejar de fumar	Estimador del efecto	Calidad de la evidencia global
(38)	Oscilaron entre 40 y 33.215 participantes adultos jóvenes (18-24 años) en EE. UU.	32	Asesoramiento telefónico individual	OR=1,77; IC95%=1,00-3,12 I ² =72%	Muy baja por riesgo de sesgo, imprecisión e inconsistencia
			Usar una revista universitaria en línea personalizada, correos electrónicos de asesoramiento personalizados e intervención de refuerzo de contingencia	OR=2,43; IC95%=1,60-3,68	
			Mensajes de texto personalizados	OR=2,43; IC95%=1,75-3,37	
			Concursos múltiples vs. un solo concurso	OR=2,13; IC95%=1,28-3,55	
(54)	2992 población adulta antes de cirugía electiva	16	BM1 ^a	B ^b =0,59; IC95%=0,008-1,19	Baja y Muy baja por inconsistencia e imprecisión
			BS4 ^c	B ^b =0,77; IC95%=0,13-1,40	
			BS6 ^{bd}	B ^b =1,33; IC95%=0,32-2,35	
			A5 ^e	B ^b =0,85; IC95%=0,13-1,58	
			RC6 ^f	B ^b =0,80; IC95%=0,09-1,51	

^a BM1: proporcionar información sobre las consecuencias de fumar y dejar de fumar

^b Coeficiente de Regresión

^c BS4: Establecimiento de objetivos

^d BS6B: Monitoreo regular por otros

^e A5: Dar opciones para apoyo adicional

^f RC6: Información sobre síntomas de abstinencia

Terapias comportamentales

En una revisión sistemática (80), (AMSTAR II: Calidad baja) se evaluó la eficacia de las intervenciones psicológicas para dejar de fumar en adultos con problemas de salud mental. Para ello, se incluyeron trece ECA, con 1497 participantes. Las intervenciones psicológicas incluyeron terapia cognitivo-conductual (TCC), entrevistas motivacionales (MI), asesoramiento y apoyo telefónico para dejar de fumar. Tres ensayos dieron como resultado reducciones significativas del tabaquismo en los pacientes que recibieron intervenciones psicológicas en comparación con los controles. Dos ensayos mostraron una mayor prevalencia puntual de siete días en los grupos de intervención más terapia de reemplazo de nicotina (NRT) versus atención estándar. Cuatro ensayos mostraron que los participantes que combinaron farmacoterapia (bupropión o vareniclina) con TCC tenían más probabilidades de reducir el tabaquismo en un 50% que los que recibían TCC solamente. Cuatro de cinco ensayos que compararon diferentes intervenciones psicológicas (con o sin NRT) tuvieron resultados positivos independientemente del tipo de intervención. La calidad de la evidencia es alta.

En una revisión sistemática (84), (AMSTAR II: Calidad alta) se evaluó la eficacia y seguridad de la entrevista motivacional (IM) para dejar de fumar, se incluyeron 37 estudios con más de 15.000 participantes. Se encontró evidencia de certeza baja, limitada por el riesgo de sesgo y la imprecisión, que comparó el efecto del IM con ningún tratamiento para el abandono del hábito de fumar ($RR=0,84$; $IC95\%=0,63-1,12$; $I^2=0\%$; N ajustado=684). Mejorar el apoyo existente para dejar de fumar con MI adicional, en comparación con el apoyo existente solo, dio un $RR=1,07$ ($IC95\%=0,85-1,36$; N ajustado =4167; $I^2=47\%$), y MI en comparación con otras formas de apoyo para dejar de fumar dio un $RR=1,24$ ($IC95\%=0,91$ a $1,69$; $I^2=54\%$; $N=5192$). Se consideró que estas dos estimaciones eran de certeza baja, debido a la heterogeneidad y la imprecisión. La evidencia de certeza baja detectó un beneficio del IM de mayor intensidad en comparación con el IM de menor intensidad ($RR=1,23$; $IC95\%=1,11$ a $1,37$; N ajustado=5620; $I^2=0\%$). La evidencia fue limitada porque tres de los cinco estudios en esta comparación tenían riesgo de sesgo. Excluirlos dio un $RR=1,00$ ($IC95\%=0,65$ a $1,54$; $I^2=n/a$; $N=482$), lo que cambió la interpretación de los resultados. La calidad de la evidencia de forma general es baja por riesgo de sesgo, imprecisión y heterogeneidad.

En una revisión sistemática y metarregresión (85), para identificar las técnicas de cambio comportamental asociadas a cesación de tabaco en 134 ensayos clínicos que evaluaron el impacto de intervenciones comportamentales (con o sin apoyo farmacológico) en la cesación de tabaco bioquímicamente verificada por al menos seis meses. Los autores reportaron que los factores interpersonales (llamadas, entrevistas individuales o grupales) asociados con incremento en la cesación de tabaco a los seis meses o más post-intervención fueron los procesos asociativos⁹ ($Beta=0,034$; $IC95\%=0,004-0,065$) y los autorregulatorios¹⁰ ($Beta=0,034$; $IC95\%=0,004-0,065$) cuando se ajustaron por el total de las intervenciones de cambio comportamental.

⁹ Asociaciones, recompensas, antecedentes, consecuencias programadas, aprendizaje encubierto.

¹⁰ Metas y planeación, retroalimentación y monitoreo, soporte social, formar conocimiento, regulación.

Por el contrario, la evidencia indica que los procesos de motivación reflexiva¹¹ no están asociados con la cesación a largo plazo (Beta=-0,004; IC95%=-0,041-0,034). Por otra parte, las intervenciones individuales asociadas consistentemente en todo el análisis a un incremento en la cesación de tabaco fueron la motivación de compromiso (OR=1,30; IC95%=1,02-1,67), recompensa social (OR=1,22; IC95%=1,02-1,47) e identidad asociada con cambios en el comportamiento (OR=1,34; IC95%=1,08-1,67). Los autores no encontraron una asociación entre los procesos asociativos, de motivación reflexiva o los autorregulatorios, entregados por escrito, y la cesación de tabaco a largo plazo. La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

En un estudio (52) se sintetizaron los datos de las intervenciones farmacológicas y comportamentales para la cesación del tabaco de pacientes fumadores tratados o no con TRN, con VIH o SIDA, de cualquier edad, que tuvieron una medición de monóxido de carbono a los siete días (AMSTAR-2: Muy baja). De los ocho ensayos clínicos incluidos, tres fueron intervenciones con menos de ocho sesiones individuales y cara a cara: cuatro entrevistas motivacionales y TRN; seis intervenciones de consejería y TRN; cuatro intervenciones de consejería (Aurora) y TRN. La evidencia es insuficiente para afirmar la superioridad de las intervenciones comportamentales de cesación (y TRN) sobre el manejo usual en la prevalencia de punto de 7 días de abstinencia de consumo de tabaco (3 ECA; RR=1,05; IC95%=0,71-1,53; I²=0%)¹². La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

- **Pacientes con depresión**

Un estudio (86) analizó las intervenciones psicosociales y farmacológicas de cesación de tabaco en adultos con depresión o síntomas depresivos (AMSTAR-2: Muy bajo). De los 17 estudios seleccionados, uno realizó una intervención psicosocial de baja intensidad con retroalimentación motivacional de 15 minutos y refuerzos a los 3, 6 y 12 meses. Los resultados indican un aumento de 1,5 veces en la probabilidad de abstinencia de tabaco en el largo plazo (12 meses) con la intervención en comparación con una intervención de control breve (listado de centros de referencia para cesación de tabaco y guía para dejar de fumar). Sin embargo, la evidencia en los datos es insuficiente para afirmar la superioridad de la intervención sobre el control en este desenlace (RR=1,5; IC95%=0,81-2,80).

- **Adultos jóvenes**

En una revisión sistemática (38) (AMSTAR II: Calidad baja) evaluó la eficacia y seguridad de las intervenciones para dejar de fumar en adultos jóvenes (18 a 24 años) de EE. UU. Se incluyeron 32 estudios (29 ECA, 2 cuasiexperimental y 1 no ECA). Reportando que el asesoramiento telefónico individual a través de la línea para dejar de fumar, el OR para la abstinencia de prevalencia puntual autoreportado (48 horas 58 y 7 días 44) en estas 2 intervenciones fue 1,63 (IC95%=1,13-2,35; I²=37%), y durante 4-6 meses de seguimiento fue de 1,77 (IC95%=1,00-3,12; I²=72%). Además, usar una revista universitaria en línea personalizada, correos electrónicos de asesoramiento personalizados e intervención de refuerzo de contingencia

¹¹ Consecuencias naturales, comparación de desenlaces, incentivos, identidad, seguridad en sí mismo.

¹² Metaanálisis propio a partir de los datos del estudio con ajuste de los datos en Stanton 2015.

aumentó el abandono autorreportado a las 7 semanas, 20 semanas y 30 semanas, en comparación con el grupo de control, con una prevalencia puntual de abstinencia de 30 días del 40,5% frente al 23,1% ($p<0,001$) a las 30 semanas. También aumentó la abstinencia verificada bioquímicamente a las 30 semanas (OR=2,43; IC95%=1,60-3,68). El grupo de mensajes de texto personalizados sin *coaching* de pares también aumentó la abstinencia autorreportada de 30 días a las 12 semanas (OR=2,43; IC95%=1,75-3,37). Los concursos múltiples aumentaron la prevalencia puntual de abstinencia de 30 días verificada bioquímicamente a los 4 meses (19,3% vs. 10,3%; OR=2,09; IC95%=1,50-2,91) y la abstinencia continua en 6 meses (7,8% vs. 3,8%; OR=2,13; IC95%=1,28-3,55), en comparación con un solo concurso. Las condiciones de control para estos estudios fueron igualmente variadas. Las condiciones de control se describieron como activas definidas por una condición que entregó contenido relacionado con el tabaquismo e inactivo, es decir, una afección sin tratamiento, tratamiento sin participación del participante (es decir, folleto de autoayuda o referencia) o una intervención que no estaba relacionado con el tabaquismo. La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo, imprecisión e inconsistencia.

- **Pacientes prequirúrgicos**

Una revisión sistemática (54) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la eficacia de las técnicas de cambio de comportamiento y otras características de la intervención antes de la cirugía electiva, se incluyeron 22 estudios que incluían a 2992 fumadores y se metaanalizaron 19 estudios, reportando que las intervenciones aumentaron la proporción de fumadores que se abstuvieron o redujeron el tabaquismo mediante cirugía en relación con el control ($g=0,56$; IC95%=0,32 a 0,80; $I^2=76,6\%$), con tasas de casi el doble en la intervención (46,2%) en relación con el control (24,5%). De las técnicas de cambio en el comportamiento (BCT, por sus siglas en inglés), “proporcionar información sobre las consecuencias de fumar y dejar de fumar” (BM1) fue el predictor más significativo de dejar de fumar con éxito al controlar el parto por enfermera, ($B=0,59$; EE=0,28; IC95%=0,008-1,19; $p=0,05$). El número de sesiones entregadas al grupo experimental siguió siendo predictivo de los tamaños del efecto de la abstinencia del tabaquismo después de controlar la aplicación de la intervención por parte de la enfermera ($B=0,22$, EE=0,07; IC95%=0,07-0,36; $p=0,006$), ejecución de la intervención por parte de la enfermera en relación con el grupo de comparación, ($B=0,17$; EE=0,08; IC95%=0,00-0,34; $p=0,049$), y marginalmente significativo al controlar la duración de la intervención, ($B=0,17$; EE=0,08; IC95%=-0,01-0,34; $p=0,06$) y entrega presencial, ($B=0,17$, EE=0,08; IC95%=-0,01-0,34; $p=0,06$). La calidad de la evidencia en la mayoría de los desenlaces es moderada por riesgo de sesgo de publicación.

Vía de entrega de la consejería

Tele salud

Tabla 13. Resumen de telesalud

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para dejar de fumar	Estimador del efecto	Calidad de la evidencia global
(87)	33.849 población adulta	26	Uso de mensajes de texto automatizados vs. apoyo mínimo	RR=1,54; IC95%=1,19-2,00; I²=71%	Baja por inconsistencia e imprecisión
			Uso de mensajes de texto acompañado de otro tipo de apoyo vs. intervenciones solas	RR=1,59; IC95%=1,09-2,33; I²=0%	Baja por riesgo de sesgo e imprecisión
			Mensajes de texto de mayor frecuencia vs. menor frecuencia	RR=1,00; IC95%=0,95-1,06; I²=0%	Alta
			Aplicaciones para teléfonos inteligentes vs. apoyo de menor intensidad	RR=1,00; IC95%=0,66-1,52; I²=59%	Muy baja por inconsistencia e imprecisión
(88)	111.653 población general adulta	104	Llamadas proactivas adicionales	RR=1,38; IC95%=1,19 a 1,61; I²=72%	Baja por riesgo de sesgo e inconsistencia
			Asesoramiento telefónico proactivo	RR=1,25; IC95%=1,15 a 1,35; I²=52%	Moderado por riesgo de sesgo e inconsistencia
			Mayor número de llamadas	RR=1,44; IC95%=1,09-1,89	Alta
(89)	93.790	75	Materiales de autoayuda impresos no personalizados	RR=1,19; IC95%=1,03-1,37; I²=0%	Moderado por riesgo de sesgo
			Materiales de autoayuda impresos personalizados	RR=1,34; IC95%=1,19-1,51; I²=0%	Moderado por riesgo de sesgo
			Autoayuda más NRT ^a	RR=1,05; IC95%=0,86-1,3; I²=0%	Baja por imprecisión
			Materiales escritos adicionales	RR=1,20; IC95%=0,91-1,58; I²=73%	Muy baja por inconsistencia e imprecisión
(90)	1772 PVVIH ^b	10	mHealth a corto plazo	RR=2,81; IC95%=1,44-5,49	Baja y muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión
			Intervenciones cara a cara	RR=1,22; IC95%=0,94-1,58	

^a NRT: terapia de reemplazo de nicotina

^b PVVIH: personas que viven con el VIH

En una revisión sistemática (87) (ver tabla 13), se evaluó la eficacia y seguridad de las intervenciones basadas en teléfonos móviles (mHealth - mCessation) específicamente en el uso de mensajes de texto y aplicaciones (app) para smartphone para el abandono del hábito de fumar a los 6 meses, y realizó un metaanálisis de 26 estudios (33.849 participantes), reportando que las intervenciones de mensajería de texto automatizada fueron más efectivas que el apoyo mínimo (incluidos materiales de autoayuda estándar) para dejar de fumar (RR=1,54; IC95%=1,19-2,00; $I^2=71\%$; 13 estudios, 14133 participantes). También hubo evidencia de que los mensajes de texto agregados a otras intervenciones para dejar de fumar* fueron más efectivos que el uso de intervenciones solas para dejar de fumar** (RR=1,59; IC95%=1,09-2,33; $I^2=0\%$, 4 estudios, 997 participantes). Respecto a la intensidad (mayor frecuencia+ vs. menor frecuencia++) de envío de los mensajes de texto no se reportaron diferencias significativas en las tasas de abandono (RR=1,00; IC95%=0,95-1,06; $I^2=0\%$; 3 estudios, 12985 participantes). Finalmente, no proporcionó pruebas de que las aplicaciones para teléfonos inteligentes mejoraran la probabilidad de dejar de fumar (RR=1,00; IC95%=0,66-1,52; $I^2=59\%$; 5 estudios, 3079 participantes). La calidad de la evidencia en la mayoría de los desenlaces es moderada por bajo riesgo de sesgo.

- * *Otra forma de apoyo para dejar de fumar: hace referencia a estudios que usaron como control asesoramiento + mensajes de texto o apoyo conductual y farmacoterapia o asesoramiento + materiales en persona sobre el establecimiento de un hogar libre de humo.*
- ** *Otra forma de apoyo solo para dejar de fumar: hace referencia a estudios que usaron como control solo una intervención como un programa interactivo basado en internet o una sesión para dejar de fumar de cinco minutos.*
- + *Mayor frecuencia: hace referencia al envío de 91 mensajes durante seis semanas (3 al día inicialmente, seguidos de dos al día, luego uno al día).*
- ++ *Menor frecuencia: Hace referencia al uso de uno, dos o tres mensajes de texto a la semana durante seis semanas.*

Una revisión sistemática (88) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la eficacia y seguridad del asesoramiento telefónico proactivo para dejar de fumar y realizó un metaanálisis de 104 ensayos que incluían a 111.653 participantes, reportando tasas de abandono más altas para los fumadores que recibieron múltiples sesiones de asesoramiento proactivo (RR=1,38; IC95%=1,19-1,61; 14 ensayos, 32484 participantes; $I^2=72\%$). En los estudios que reclutaron fumadores que no llamaron a una línea de ayuda, la provisión de asesoramiento telefónico aumentó las tasas de abandono (RR=1,25; IC95%=1,15-1,35; 65 ensayos, 41233 participantes; $I^2=52\%$). En el análisis de subgrupos, no se encontraron pruebas de que el efecto de la asesoría telefónica dependiera de si se proporcionaron o no otras intervenciones, no hubo pruebas de que el apoyo más intensivo fuera más efectivo que el menos intensivo, o que el efecto del apoyo telefónico dependió de si las personas intentaban activamente dejar de fumar o no ($P>0,05$). El mayor número de llamadas se asoció con mayores tasas de abandono. Siete llamadas, incluidas cinco llamadas breves o estándar con dos llamadas de refuerzo (RR=1,44; IC95%=1,09-1,89; 1908 participantes)

y cinco llamadas, incluidas las llamadas breves o estándar con o sin llamadas de refuerzo (RR=1,28; IC95%=1,00-1,64; 3669 participantes) fueron más eficaces para aumentar las tasas de abandono que las tres llamadas estándar sin llamadas de refuerzo. Además, encontraron que las tasas de abandono fueron más altas en aquellos a quienes se les ofreció tres a cinco llamadas telefónicas en comparación con aquellos a quienes se les ofreció solo una llamada (RR=1,27; IC95%=1,12-1,44; 2602 participantes; $I^2=0\%$). La calidad de la evidencia en la mayoría de los desenlaces es moderada por bajo riesgo de sesgo. *El asesoramiento telefónico es una intervención conductual para ayudar a las personas a dejar de fumar. Puede actuar como una intervención independiente o junto con otras intervenciones (p. Ej., Un componente adicional al asesoramiento presencial). Puede ser proactivo (el consejero inicia el contacto) o reactivo (el fumador inicia el contacto).*

- **Personas con VIH**

La revisión sistemática (90) (AMSTAR II: Calidad baja) evaluó la eficacia y seguridad de las intervenciones de mHealth y cara a cara para dejar de fumar entre las personas que viven con el VIH y realizó un metaanálisis de 10 ECAs (1772 participantes). La RS reportó que a corto plazo las intervenciones de mHealth fueron más eficaces (RR, 2,81; IC95%=1,44- 5,49; n=726) que las intervenciones presenciales (RR=2,31; IC95%=1,13-4,72; n=726). A corto plazo, las intervenciones cara a cara no fueron más efectivas que ninguna intervención (RR=1,22; IC95%=0,94-1,58; n=1144). La calidad de la evidencia de forma general es baja por imprecisión, inconsistencia y evidencia indirecta.

Autoayuda

Una revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la eficacia y seguridad de las Intervenciones de autoayuda impresas para dejar de fumar y realizó un metaanálisis de 75 ECAs con mínimo 6 meses de seguimiento. Los estudios agrupados que compararon la autoayuda personalizada con ninguna autoayuda, ya sea por sí sola o en comparación con el asesoramiento, reportaron que los materiales de autoayuda tienen un efecto pequeño a favor de la intervención (n=13241; CR=1,19; IC95%=1,03-1,37; $I^2=0\%$). Seis estudios adicionales de autoayuda estructurada en comparación con folletos breves no mostraron efecto sobre el abandono del hábito de fumar (n=7023; RR=0,87; IC95%=0,71-1,07; $I^2=21\%$). Se encontraron pruebas del beneficio de los materiales de autoayuda estándar cuando hubo un contacto breve que no incluyó consejos para dejar de fumar (4 estudios; n=2822; RR=1,39; IC95%=1,03-1,88; $I^2=0\%$), pero no cuando la autoayuda se proporcionó como complemento del asesoramiento presencial para el abandono del hábito de fumar para todos los participantes (11 estudios; n=5365; RR=0,99; IC95%=0,76-1,28; $I^2=32\%$). Además, proporcionar intervenciones de autoayuda personalizadas mostró un beneficio (12 estudios; n=19190; RR=1,34; IC95%=1,20-1,49; $I^2=0\%$) con pocas pruebas de diferencias entre los subgrupos (diez estudios comparados a medida sin materiales, n=14.359; RR=1,34; IC95%=1,19-1,51; $I^2=0\%$); dos estudios compararon materiales personalizados con consejos breves, n=2992; RR=1,13; IC95%=0,86-1,49; $I^2=0\%$; y dos estudios evaluaron materiales personalizados como complemento del consejo breve, n=1839; RR=1,72; IC95%=1,17-2,53; $I^2=10\%$. La calidad de la evidencia es moderada por bajo riesgo de sesgo.

Cuando los estudios compararon la autoayuda personalizada con la autoayuda no personalizada, los resultados favorecieron las intervenciones personalizadas cuando las intervenciones personalizadas incluyeron más envíos por correo que las intervenciones no personalizadas (nueve estudios; $n=14166$; $RR=1,42$; $IC95\%=1,20-1,68$; $I^2=0\%$), pero no cuando las dos condiciones se emparejaron por contacto (diez estudios; $n=11024$; $RR=1,07$; $IC95\%=0,89-1,30$; $I^2=50\%$). La calidad de la evidencia es moderada por bajo riesgo de sesgo.

Cinco estudios evaluaron los materiales de autoayuda como complemento de la terapia de reemplazo de nicotina; la combinación de tres de estos no proporcionó pruebas de un beneficio adicional ($n=1769$; $RR=1,05$; $IC95\%=0,86-1,30$; $I^2=0\%$). Cuatro estudios que evaluaron materiales escritos adicionales favorecieron la intervención, pero el intervalo de confianza más bajo cruzó la línea de ningún efecto ($RR=1,20$; $IC95\%=0,91-1,58$; $I^2=73\%$). La calidad de la evidencia es moderada por bajo riesgo de sesgo.

- * *Se definió una “intervención de autoayuda” como cualquier manual o programa diseñado para ser utilizado por los individuos para ayudar en un intento de dejar de fumar sin la ayuda de profesionales de la salud, consejeros o apoyo grupal. Esta revisión cubre principalmente materiales escritos como folletos, pero la información también podría haberse proporcionado a través de audio o video o un medio similar.*

Una revisión sistemática (81) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la eficacia y seguridad de las intervenciones conductuales para el abandono del hábito de fumar a nivel individual adaptadas a la posición socioeconómica desfavorecida y se realizó metaanálisis de 42 estudios (26168 participantes). Intervenciones a nivel individual comparado con la atención habitual en grupos socioeconómicamente desfavorecidos para dejar de fumar fueron más eficaces ($RR=1,56$; $IC95\%=1,39-1,75$; $I^2=54,5\%$). Las intervenciones adaptadas a la posición socioeconómica no produjeron mejores resultados en comparación con las intervenciones no adaptadas a la posición socioeconómica para los grupos desfavorecidos ($RR_{ajustado}=1,01$; $IC95\%=0,81-1,27$; $\beta=0,011$, $SE=0,11$; $p=0,93$). No se observa diferencias de intervenciones adaptadas a la posición no socioeconómica utilizando datos de ensayos de participantes con una posición socioeconómica alta ($RR=2,00$; $IC95\%=1,36-2,93$; $I^2=82,7\%$) y participantes con una posición socioeconómica baja ($RR=1,94$; $IC95\%=1,31-2,86$; $I^2=76,6\%$), aunque la certeza de la evidencia de estos estudios se calificó como baja.

- **Intervenciones laborales**

La revisión sistemática (92) (AMSTAR II: Calidad baja) evaluó la eficacia y seguridad de las intervenciones en el lugar de trabajo para dejar de fumar, se incluyeron 57 estudios ECAs y cuasiexperimentales reportando que los programas de terapia grupal ($OR=1,71$; $IC95\%=1,05-2,80$; 8 ensayos, 1309 participantes), asesoramiento individual ($OR=1,96$; $IC95\%=1,51-2,54$; 8 ensayos, 3516 participantes) aumentaron las tasas de abandono del hábito de fumar. Las Farmacoterapias ($OR=1,98$; $IC95\%=1,26-3,11$; 5 ensayos, 1092 participantes), y los programas de intervención múltiple dirigidos principal o exclusivamente al abandono del hábito de fumar ($OR=1,55$; $IC95\%=1,13-2,13$; 6 ensayos, 5018 participantes) aumentaron las tasas de abandono del hábito de fumar. Los materiales de autoayuda fueron menos efectivos

(OR=1,16; IC95%=0,74-1,82; 6 ensayos, 1906 participantes) y dos programas de prevención de recaídas (484 participantes) no ayudaron a mantener la abstinencia a largo plazo. Los incentivos no parecieron mejorar las probabilidades de dejar de fumar, aparte de un estudio que encontró un beneficio positivo sostenido.

Medicina alternativa

Tabla 14. Resumen terapias alternativas

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para dejar de fumar	Estimador del efecto	Calidad de la evidencia global
(93)	3984	24	Acupuntura	RR=2,66; IC95%=1,50-4,70	BAJA por riesgo de sesgo e imprecisión
			Acupuntura más acupresión auricular	RR=3,61; IC95%=1,37-9,48	
			Programa educativo para dejar de fumar o la moxibustión	RR=0,77; IC95%=0,56-1,05	
(94)	Más 21.600 población mixta	33	Incentivos en poblaciones mixtas	RR=1,49; IC95%=1,28-1,73; I ² =33%	Alta
			Incentivos en mujeres embarazadas	RR=2,38; IC95%=1,54-3,69; I ² =41%	Moderado por riesgo de sesgo

La revisión sistemática (93) (AMSTAR II: Calidad baja) (ver tabla 14) evaluó la eficacia y seguridad de la acupuntura para dejar de fumar y realizó un metaanálisis con 24 ECAs con 3984 participantes, reportando que la abstinencia de fumar con acupuntura fue más efectiva en comparación con ninguna intervención / lista de espera para el cese a corto plazo (4 semanas) (1 ensayo, RR=2,37; IC95%=1,41-3,97) y a largo plazo (más de 6 meses) (2 ensayos, RR=2,66; IC95%=1,50-4,70). En comparación con la acupuntura / acupresión auricular sola, la acupuntura más la acupresión auricular mostró más beneficios para el cese a corto plazo (3 ensayos, RR=1,52; IC95%=1,03-2,25). La acupuntura más acupresión auricular fue más eficaz en comparación con la acupuntura simulada más la acupresión auricular simulada para el cese a corto plazo (3 ensayos, RR=2,50; IC95%=1,44-4,33) y a largo plazo (2 ensayos, RR=3,61; IC95%=1,37-9,48). El programa educativo para dejar de fumar o la moxibustión tuvieron más beneficios en comparación con la acupuntura para el abandono a corto plazo (3 ensayos, RR=0,75; IC95%=0,63-0,91) y a largo plazo (2 ensayos, RR=0,77; IC95%=0,56-1,05). No se produjeron eventos adversos graves. La calidad metodológica fue en general baja.

Incentivos

Una revisión sistemática (79) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la eficacia y seguridad a corto y largo plazo del manejo de contingencias (CM) para dejar de fumar en personas con trastorno por uso de sustancias (incluidos pacientes con alcohol, cannabis, cocaína y opiáceos o en recuperación). Se incluyeron un total de 22 artículos y 2186 participantes. CM fue superior a los brazos de comparación en abstinencia de fumar ($RR=2,555$; $IC95\%=1,730-3,775$; $p<0,001$ y reducción de fumar ($SDM=0,601$; $IC95\%=0,372-0,831$; $p<0,001$ al final del tratamiento. En los seguimientos a largo plazo, CM no mostró efectos mejorados sobre la abstinencia más allá de los mostrados en los brazos de comparación ($RR=1,029$; $IC95\%=0,577-1,836$; $p=0,922$). La calidad de la evidencia es moderada por bajo riesgo de sesgo. *El manejo de contingencias (MC) es una intervención conductual en la que los pacientes reciben un refuerzo que depende de la abstinencia verificada bioquímicamente. Dos de los procedimientos de MC más implementados son la terapia de refuerzo basada en vales y la MC basada en premios. Mientras que, en la terapia basada en vales, los pacientes reciben incentivos canjeables por artículos minoristas, actividades ambientales o cheques equivalentes en efectivo, en el procedimiento basado en premios, los participantes reciben boletos que les permiten sacar de un cuenco premios de diferente magnitud.*

La revisión sistemática (94) (AMSTAR II: Calidad baja) evaluó la eficacia de los incentivos para dejar de fumar y realizó un metaanálisis con 33 ECAs de población mixta con más de 21.600 participantes, reportando que el RR agrupado para dejar de fumar con incentivos durante el seguimiento más prolongado (seis meses o más) en comparación con los controles fue 1,49 ($IC95\%=1,28-1,73$; 31 ECA, N ajustado=20.097; $I^2=33\%$). Los resultados no fueron sensibles a la exclusión de 6 estudios en los que se ofreció un incentivo para el abandono durante el seguimiento a largo plazo (resultado que excluyó esos estudios: $RR=1,40$; $IC95\%=1,16-1,69$; 25 ECA; N ajustado=17.058; $I^2=36\%$), lo que sugiere que el impacto de los incentivos continúa durante al menos algún tiempo después de que cesan. Cuando se agruparon, los nueve ensayos con datos utilizables (8 realizados en los EE. UU. y 1 en el Reino Unido) arrojaron un RR durante el seguimiento más prolongado (hasta 24 semanas después del parto) de 2,38 ($IC95\%=1,54-3,69$; $N=2273$; $I^2=41\%$), a favor de incentivos. Se incluyeron diez estudios de 2571 mujeres embarazadas. Cuando se agruparon, los 9 ensayos con datos utilizables (8 realizados en los EE. UU. y 1 en el Reino Unido) arrojaron un RR durante el seguimiento más prolongado (hasta 24 semanas después del parto) de 2,38 ($IC95\%=1,54-3,69$; $N=2273$; $I^2=41\%$), a favor de incentivos. La calidad de la evidencia de forma general es alta en apoyo a los incentivos para mejorar las tasas de abandono del hábito de fumar durante el seguimiento a largo plazo en estudios de población mixta.

Estilos de vida saludable

Tabla 15. Resumen estilos de vida saludable

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para dejar de fumar	Estimador del efecto	Calidad de la evidencia global
(95)	7229	21	Ejercicio+apoyo vs. Apoyo solo	RR=1,08; IC95%=0,96-1,22	Baja por imprecisión y sesgo
(95)	453	2	Prevención de recaídas	RR=0,98; IC95%=0,65-1,47	

Una revisión sistemática (95) (AMSTAR II: Calidad alta) (tabla 15) evaluó la eficacia del ejercicio para dejar de fumar como intervención sola o acompañada de otro programa para cesación tabáquica, y realizó un metaanálisis de 21 ensayos que incluían un total de 7229 participantes adultos. Reportando, que el efecto del ejercicio combinado con un apoyo para dejar de fumar comparado con un apoyo solo para abandono del hábito de fumar (RR=1,08; IC95%=0,96-1,22; $I^2=0\%$, 6607 participantes) no presenta beneficios significativos. Entre los dos estudios de prevención de recaídas, encontramos evidencia de certeza muy baja, limitada por el riesgo de sesgo e imprecisión, que agregar ejercicio a la prevención de recaídas no mejoró la abstinencia a largo plazo en comparación con la prevención de recaídas sola (RR=0,98; IC95%=0,65-1,47; $I^2=0\%$; 453 participantes). La calidad de la evidencia es baja por imprecisión y posible sesgo de publicación.

* *En esta revisión, las intervenciones con ejercicios se centran en actividades estructuradas más formales, como el uso de una bicicleta estacionaria, aunque algunas de las intervenciones promueven actividades de “estilo de vida”, como caminar. El modo de ejercicio tiende a describirse como predominantemente cardiovascular (p. Ej. Caminar, ciclismo estacionario), donde se hace hincapié en mejorar la aptitud cardiovascular, o basado en la resistencia (p. Ej., Entrenamiento con pesas), donde el énfasis está en desarrollar la fuerza. Algunas intervenciones combinan entrenamiento cardiovascular y de resistencia, mientras que otras se centran en uno u otro.*

Evidencia de dispositivos de suministro de tabaco y sus derivados: No se encontró evidencia que evalué las intervenciones no farmacológicas en personas consumidoras de cigarrillos electrónicos, vapeadores y otros dispositivos de suministro de tabaco.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO: El panel de expertos considera que los beneficios de las intervenciones no farmacológicas superan los riesgos, y deben ser considerada la primera opción para los pacientes que quieren dejar de consumir tabaco y sus derivados. Se identificó que la consejería intensiva individual o grupal junto con materiales de autoayuda, mensajes de texto y aplicaciones móviles son las intervenciones más efectivas para los consumidores de tabaco en proceso de cesación tabáquica. El panel reitera la necesidad de que se facilite el acceso a los consumidores de tabaco y sus derivados a los servicios especializados de consejería de forma presencial o vía telemedicina con el fin de que el tratamiento se realice de forma eficaz y sin interrupciones. Se hace énfasis en que el personal que realiza el tratamiento no farmacológico a los pacientes cuente con el entrenamiento adecuado para que la cesación tabáquica sea más efectiva. En cuanto a la terapia alternativa, no se encontró evidencia de terapia herbal, hipnoterapia, acupuntura, o yoga mostraran eficacia para los pacientes que desean dejar de fumar. El panel formuló una recomendación en contra de no usar acupuntura dado que, aunque no existe evidencia es utilizada por los pacientes y por el contrario puede incurrir en costos para el sistema de salud y para el paciente.

El panel decidió generar un punto de buena práctica con el fin de promover los hábitos de vida saludable (como hacer ejercicio de forma regular, alimentación sana) dado que es un factor que apoya el proceso de cesación tabáquica. Otro punto importante, es apoyar a los pacientes hospitalizados en su proceso de cesación tabáquica independiente de la causa de hospitalización y se refuerza que es importante que el proceso de mantenga después de la salida del paciente

USO DE RECURSOS: Los expertos consideran que se pueden presentar costos asociados con el entrenamiento del personal y la generación de materiales de apoyo. Sin embargo, el INC, el Ministerio de Salud y Protección Social, IPS, OMS y OPS han desarrollado folletos, videos, materiales de apoyo que facilitan que los pacientes reciban el soporte durante su tratamiento de cesación tabáquica. Adicionalmente, en las diferentes EPS y entidades gubernamentales existen programas de enfermedades crónicas que promueven los hábitos de vida saludable que apoya la reducción del consumo de cigarrillo y sus derivados.

VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES: En el estudio cualitativo diseñado para la guía reporta que los pacientes consideran que el mejor método para dejar de fumar son las intervenciones no farmacológicas para la dejación del hábito. Consideran que un buen terapeuta que comprenda y acompañe en todo momento el proceso, incluyendo las recaídas, es esencial para el éxito del tratamiento. El ejercicio es considerado otra buena alternativa para continuar motivado. En general, los participantes reportan que el éxito radica en la voluntad del fumador. La mayoría de los participantes expresa su interés y necesidad de un abordaje que contemple una alternativa terapéutica no invasiva, una herramienta de seguimiento y un profesional que acompañe y oriente acciones de motivación frente a la cesación tabáquica.

APLICABILIDAD E IMPACTO EN LA EQUIDAD De forma general, el panel considera que las recomendaciones y puntos de buena práctica serán aceptados por los usuarios clínicos de la guía. Los expertos reiteran la necesidad de que se facilite el acceso a los pacientes a las estrategias no farmacológicas para la cesación tabáquica de los pacientes, así como garantizar que se realicen de forma presencial o por telemedicina las sesiones programadas con el fin de reducir las inequidades en la prestación del servicio.

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

Población	• Fumador standard. • Fumador pesado. • Fumador leve o intermitente.
Intervención	• Terapia Farmacológica: nicotina, bupropión, vareniclina, nortriptilina, clonidina. • Terapia combinada farmacológica-no farmacológica.
Comparación	• No terapia o consejería no intensiva standard. • Terapia no farmacológica. • Consejería usual. • Autoayuda. • Placebo.
Desenlace	• Cesación del consumo. • Disminución de número de cigarrillos al día. • Recaídas y pérdidas en el seguimiento se considerarán como tabaquismo persistente. • Efectos secundarios. • Calidad de vida. • Costos.

Recomendaciones

N.º	Recomendación
12	Se recomienda el uso de consejería intensiva combinada con terapia farmacológica en consumidores de cigarrillo que deseen suspenderlo sobre el tratamiento farmacológico como terapia única. Recomendación Fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
☒	Se recomienda 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 sugiere evaluar los casos sin indicación para uso de farmacoterapia Punto de buena práctica

N.º	Recomendación
14	En pacientes en quienes se va a iniciar el tratamiento farmacológico para cesación tabáquica, se recomienda iniciar la terapia farmacológica con vareniclina. Recomendación Fuerte. Calidad de la evidencia Moderada ⊕⊕⊕○
☒	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 7 días previos al día D. Recomendación Fuerte. Calidad de la evidencia alta ⊕⊕⊕⊕
☒	Se sugiere 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, 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

N.º	Recomendación
☒	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
22	Se recomienda evaluar el contexto clínico, motivación del paciente y 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 a la necesidad del paciente y disponibilidad. No incluye suministro con vapeadores u otros dispositivos electrónicos. Recomendación Fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○

Resumen de los hallazgos

Para dar respuesta a esta pregunta se identificaron 8 revisiones sistemáticas que evaluaron la eficacia y seguridad de las siguientes intervenciones farmacológicas para el tratamiento de cesación tabáquica: vareniclina, bupropión, terapia de reemplazo de nicotina, fluoxetina, moclobemide, IMAO, clonidina y terapia combinada. A continuación, se presenta la evidencia de cada una de ellas con relación a los desenlaces críticos identificados. No se identificaron desenlaces que evaluaran calidad de vida. La evidencia de eficacia se encuentra en la tabla 16 y la tabla 17 presenta la evidencia de seguridad.

Tabla 16. Medicamentos para el tratamiento farmacológico de cesación tabáquica

Referencia/ AMSTAR II	Población	Intervención/es	Comparador	Tiempo de tratamiento	Tiempo de seguimiento	Desenlace	RR	IC95%	Calificación GRADE
(92) (Alta)	Los participantes eran fumadores activos que aceptaron ser parte de los estudios excepto mujeres embarazadas y consumidores de tabaco no inhalado. POBLACIÓN GENERAL	Vareniclina (0,5 a 1 mg) /día	Placebo	52 SEMANAS (13 meses)	24 MESES	Cesación tabáquica	3,64	2,81-4,72	Moderada
		Vareniclina (0,5 a 1 mg) /día	Placebo	6 meses	24 meses	Cesación tabáquica	2,25	2,08-2,44	Moderada
		Vareniclina (0,5 a 1 mg) /día	Placebo	3 meses	24 meses	Cesación tabáquica	2,24	2,06-2,44	Moderada
		Vareniclina (0,5 a 1 mg) /día	Bupropión 300 mg/día	52 SEMANAS (13 meses)	24 MESES	Cesación tabáquica	1,52	1,22-1,88	Moderada
		Vareniclina (0,5 a 1 mg) /día	Bupropión 300 mg/día	6 meses	24 meses	Cesación tabáquica	1,39	1,25-1,54	Moderada
		Vareniclina (0,5 a 1 mg) /día	Bupropión 300 mg/día	3 meses	24 meses	Cesación tabáquica	1,46	1,35-1,58	Moderada
		Vareniclina (0,5 a 1 mg) /día	TRN	52 SEMANAS (13 meses)	24 MESES	Cesación tabáquica	1,25	1,14-1,37	Moderada
(96) (Alta)	Los participantes eran fumadores activos que aceptaron ser parte de los estudios excepto mujeres embarazadas. POBLACIÓN GENERAL	TRN (A cualquier dosis y presentación)	Placebo	6 meses	6 meses	Cesación tabáquica	1,55	1,49-1,61	Baja
		TRN Goma	Placebo	6 meses	6 meses	Cesación tabáquica	2,77	2,14-3,59	Baja
		TRN Parches	Placebo	12 meses	12 meses	Cesación tabáquica	1,52	1,34-1,74	Baja
		TRN+terapia comportamental Intensiva	TRN	6 meses	6 y 12 meses	Cesación tabáquica	1,5	1,04-1,61	Baja
		TRN	Placebo	12 meses	12 meses	Eventos adversos (Dolor torácico/ palpitaciones)	1,88	1,37-2,57	Baja
		Terapia farmacológica (bupropión + TRN) + Terapia comportamental intensiva	Terapia comportamental intensiva	3 meses	6 meses	Cesación tabáquica	1,24	1,00-1,54	Baja
		Nortriptilina + Terapia comportamental intensiva	Terapia comportamental intensiva	6 meses	12 meses	Cesación tabáquica	0,98	0,60-1,63	Baja

Referencia/ AMSTAR II	Población	Intervención/es	Comparador	Tiempo de tratamiento	Tiempo de seguimiento	Desenlace	RR	IC95%	Calificación GRADE
(97) (Alta)	Los participantes eran fumadores activos de cualquier edad (No se realizaron subgrupos por edad), con o sin historia de enfermedad mental. No se incluyeron mujeres embarazadas. POBLACION GENERAL	Bupropión a 150 y 300 mg /día	Placebo	6 meses	12 meses	Cesación tabáquica	1,64	1,52-1,77	Baja
	Condiciones Psiquiátricas	Bupropión a 150 y 300 mg /día	Placebo	6 meses	12 meses	Cesación tabáquica	1,67	1,3-2,15	Baja
	Población general	150 mg de bupropión y 0,5 mg de vareniclina durante el tiempo de seguimiento. (eventos adversos)	Placebo	6 meses	12 meses	Eventos adversos	1,09	1,02-1,17	Baja
	Población general	150 mg de bupropión y 0,5 mg de vareniclina durante el tiempo de seguimiento.	Vareniclina	6 meses	12 meses	Cesación tabáquica	1,21	0,95-1,55	Baja
	Población general	Bupropión a 150 y 300 mg /día	TRN	6 meses	12 meses	Cesación tabáquica	1,04	0,92-1,16	Baja
	Población general	Bupropión a 150 y 300 mg /día	Nortriptilina	6 meses	6 meses	Cesación tabáquica	1,3	0,93-1,82	Baja
	Población general	Bupropión a 150 y 300 mg /día	Gabapentina	6 meses	6 meses	Abandono del tratamiento por efectos secundarios	2,24	0,5-10,06	Baja
		Nortriptilina 50 mg /día	Placebo	3 meses	6 meses	Cesación tabáquica	2,03	1,48-2,78	Baja
		Inhibidores de recaptación de Serotonina (a cualquier dosis y presentación)	Placebo	3 meses	6 meses	Cesación tabáquica	0,93	0,71-1,22	Baja
		Inhibidores de Monoamino Oxidasa, IMAO (a cualquier dosis y presentación)	Placebo	3 meses	6 meses	Cesación tabáquica	1,29	0,93-1,79	Baja
		Venlafaxina 75 mg cada 12 horas	Placebo	3 meses	6 meses	Cesación tabáquica	1,22	0,64-2,32	Baja
		Hipericum 300 mg/día	Placebo	3 meses	6 meses	Cesación tabáquica	0,81	0,26-2,53	Baja
		Adenosil L Metionina 200 mg cada 12 horas	Placebo	3 meses	6 meses	Cesación tabáquica	0,7	0,24-2,07	Baja
		Nortriptilina+TRN	TRN	3 meses	6 meses	Cesación tabáquica	1,21	0,94-1,55	Baja

Referencia/ AMSTAR II	Población	Intervención/es	Comparador	Tiempo de tratamiento	Tiempo de seguimiento	Desenlace	RR	IC95%	Calificación GRADE
(84) (Alta)	Los participantes eran fumadores activos que aceptaron ser parte de los estudios. 42 de los estudios identificaron sus participantes de la población general a través de publicidad o medios de comunicación, personas que acudían a clínicas de cesación tabáquica, atención en salud de primer nivel o llamadas y correos electrónicos. POBLACION GENERAL	TRN + Reducción progresiva (Terapia comportamental)	Reducción progresiva (Terapia comportamental)	6 meses	6 meses	Cesación tabáquica	1,02	0,61-1,69	Moderada
	Población general	Vareniclina + Reducción progresiva (Terapia comportamental)	Reducción progresiva (Terapia comportamental)	6 meses	6 meses	Cesación tabáquica	3,99	2,93-5,44	Moderada
	Población general	Bupropión + Reducción progresiva (Terapia comportamental)	Reducción progresiva (Terapia comportamental)	6 meses	6 meses	Cesación tabáquica	1,27	0,67-2,4	Moderada
(98) (Moderada)	Los participantes eran adultos con diagnóstico de esquizofrenia u otros tipos de esquizofrenia psicótica, trastornos psicoafectivos, y trastorno afectivo bipolar	Bupropión tanto a dosis de 300 mg como a 150 mg	Placebo	3 meses	24 meses	Cesación tabáquica	3,96	1,86-8,40	Baja
		Bupropión tanto a dosis de 300 mg como a 150 mg	Placebo	6 meses	24 meses	Cesación tabáquica	2,22	0,52-9,47	Baja
		Vareniclina 1 mg/día	Placebo	3 meses	24 meses	Cesación tabáquica	3,56	1,82-6,96	Baja
		Vareniclina 1 mg/día	Placebo	6 meses	24 meses	Cesación tabáquica	3,69	1,08-12,6	Baja
		TRN	Placebo	3 meses	24 meses	Cesación tabáquica	2,74	1,10-6,81	Baja
		TRN+Bupropión	Placebo	6 meses	24 meses	Cesación tabáquica	3,04	1,14-8,09	Baja

Referencia/ AMSTAR II	Población	Intervención/es	Comparador	Tiempo de tratamiento	Tiempo de seguimiento	Desenlace	RR	IC95%	Calificación GRADE
(99) (Alta)	Pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) o Accidente isquémico transitorio (AIT)	Intervención intensiva de cesación tabáquica que comprendió 30 minutos de consejería individual, 5 sesiones de consejería ambulatoria grupal, visita domiciliar a los 6 meses para seguimiento, 5 llamadas telefónicas para consejería y terapia de reemplazo de nicotina (TRN) gratis	Intervención de cesación tabáquica de 30 minutos de consejería individual		6 MESES	Cesación tabáquica			No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de intervención para la cesación tabáquica (OR=1,19; IC95%=0,45-3,17; p=0,69; 49 pacientes).
		Tratamiento farmacológico (Bupropión (150 mg día por 4 semanas), vareniclina (0,5 mg al día por 4 meses) y TRN) GRATUITO	Tratamiento farmacológico (Bupropión (150 mg día por 4 semanas), vareniclina (0,5 mg al día por 4 meses) y TRN)		26 SEMANAS	Cesación tabáquica			Se reportó cesación tabáquica en el 33% de los pacientes asignados al grupo de intervención durante los siguientes 7 días del inicio de la intervención en comparación con el 15,4% de cesación tabáquica en el grupo control. A las 26 semanas, el 23,1% de los pacientes asignados al grupo de intervención continuó sin consumo de tabaco comparado con el 15,4% que se mantuvo en el grupo control (OR=5,51; IC95%=0,44-69,3; p=0,19; 28 pacientes). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos.
(100) (Alta)	Adultos con diagnóstico de abuso de alcohol y tabaco con criterios acorde al DMS-5	Clonidina 0,05 mg al día	Placebo	3 meses	3 meses	Cesación tabáquica	1,39	1,04-1,84	Muy baja
		Metoprolol 100 mg/día	Placebo	3 meses	3 meses	Cesación tabáquica	2,13	0,29-15,46	Muy baja

Tabla 17. Dosis, efectos secundarios y tiempo de tratamiento farmacológico de cesación tabáquica

Medicamento	Población	Dosis del medicamento	Tiempo de duración del tratamiento	Efectos adversos	Referencia
Bupropión	General	150-300 mg/día	12 semanas	Insomnio, cefalea, Ansiedad y pesadillas.	(92), (97), (98)
	Embarazo	150-300 mg/día	24 semanas de gestación		(101)
	Adolescencia	300 mg/día	8 semanas		(102)
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	150-300 mg/día	12 semanas	Convulsiones	(97), (98)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	300 mg/día	10 semanas		(45)
Vareniclina	Adolescencia	2 mg/día	12 semanas	Náuseas, insomnio, sueños anormales, cefalea y ansiedad.	(92)
	General	0,5-1 mg/día	10-12 semanas		(98)
	Embarazo	N.A.	N.A.	N.A.	
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	2 mg/día	12 Semanas	Ideación suicida	(98)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	1 mg/día	6 meses		(45)
	General		12 semanas		(98)
	Embarazo	N.A	N.A	N.A	
	Adolescencia	N.A	N.A	N.A	
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	4 mg/día	12 semanas		(98)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	2-4 mg/día	12 semanas		(45)

Medicamento	Población	Dosis del medicamento	Tiempo de duración del tratamiento	Efectos adversos	Referencia
TRN Parche				Insomnio, pesadillas, alergia cutánea y cefalea	(97)
	General	21 mg/día	12 semanas		(98)
	Embarazo	15 mg/16 horas	32 semanas de gestación		(101)
	Adolescencia	21-35 mg/día	8 semanas		(97)
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	21-35 mg/día	12 semanas		(98)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	21-42 mg/día	8-12 semanas		(45)
TRN Tabletas orales				Náuseas y pesadillas	(97)
	General	2-4 mg/día	10 semanas		(98)
	Embarazo	N.A	N.A	N.A	
	Adolescencia	N.A	N.A	N.A	
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	N.A	N.A	N.A	
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	4 mg/día	12-16 semanas		(45)
Nortriptilina				Insomnio, depresión	(97)
	General	75-100 mg/día	12 semanas	12-14 semanas	(97)
	Embarazo	N.A	N.A	N.A	
	Adolescencia	N.A	N.A	N.A	
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	75-100 mg/día	12 semanas		(97)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	N.A	N.A	N.A	

Medicamento	Población	Dosis del medicamento	Tiempo de duración del tratamiento	Efectos adversos	Referencia
Inh de Recap de Serotonina		Fluoxetina		Cefalea, náuseas, mareo, diarrea, indigestión, flatulencia, anorexia, cambio en función sexual, insomnio, boca seca, astenia.	(97) (103)
	General	30-60 mg/día	10 semanas	10-12 semanas	(97)
	Embarazo	N.A	N.A	N.A	
	Adolescencia	N.A			
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	60 mg/día	10 semanas	12 semanas	(97)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	N.A	N.A	N.A	
Inh Monoamino-oxidasa		Selegiline			(97)
	General	2,5-10 mg/día	9 semanas		(97)
	Embarazo	N.A	N.A	N.A	
	Adolescencia				
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	5-10 mg/día	9 semanas		(97)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	N.A	N.A	N.A	
Venlafaxina	General	225 mg/día	15 semanas		(97)
	Embarazo	N.A	N.A	N.A	
	Adolescencia	N.A	N.A	N.A	
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	150-225 mg/día	21 semanas	Cefalea, náuseas, diarrea, disminución del líbido.	(104)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	N.A	N.A	N.A	

Medicamento	Población	Dosis del medicamento	Tiempo de duración del tratamiento	Efectos adversos	Referencia
Hipericum	General	300-600 mg/día	13 semanas	Ansiedad, mareos	(97)
	Embarazo	N.A	N.A	N.A	
	Adolescencia	N.A	N.A	N.A	
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	300-1800 mg/día	14 semanas	Distensión abdominal, boca seca y disfunción eréctil a dosis máximas	(105)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	N.A	N.A	N.A	
Adenisil L Metionina	General	800-1600 mg/día	8 semanas	Dolor abdominal, náusea y diarrea	(97)
	Embarazo	N.A	N.A	N.A	
	Adolescencia	N.A	N.A	N.A	
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	800-1600/ día	12 semanas	Dolor abdominal, náusea y diarrea	(105)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	N.A	N.A	N.A	
				Insomnio, ansiedad	(97)
Lazabemide	General	100-200 mg/día	12 semanas		(98)
	Embarazo	N.A	N.A	N.A	
	Adolescencia	N.A	N.A	N.A	
	Enf. Psiquiátricas/ ACV	100-200 mg/día	12-24 semanas		(97)
	Sustancias psicoactivas/ alcohol	N.A	N.A	N.A	

Terapia combinada

Una revisión sistemática (96) (AMSTAR 2: calidad alta) evaluó el efecto de adicionar soporte comportamental al tratamiento farmacológico para cesación tabáquica en la población general. Todos los participantes de los estudios se encontraban en terapia farmacológica con vareniclina, bupropion, TRN, nortriptilina o la combinación entre ellos. Los tratamientos farmacológicos se realizaron entre 8 y 12 semanas. La intervención se basó en terapia de apoyo que podía comprender consejería, material de autoayuda, terapia cognitiva, terapia comportamental, entrevistas motivacionales, llamadas telefónicas o terapias personalizadas. Se realizaron grupos de análisis según el medicamento de tratamiento y se comparó al grupo al que adicionalmente se le ofreció soporte comportamental. El primer subgrupo comparó 50 estudios que utilizaron TRN en diferentes concentraciones (parches de 14, 16 o 21 mg) por 8 semanas. Un total de 8.265 participantes recibieron soporte comportamental concomitante con la TRN (grupo de intervención) y 8.276 participantes solo recibieron la terapia farmacológica con o sin material de autoayuda mínimo (grupo control; RR=1,12; IC95%=1,04-1,21; $p=0,003$; $I^2=11\%$; 16.541 pacientes). El segundo subgrupo comparó tratamiento único con bupropion a 150 y 300 mg /día por 9 a 12 semanas versus tratamiento con bupropion más terapia de apoyo (RR=1,27; IC95%=1,1-1,46; $p=0$; $I^2=0\%$; 2.298 pacientes). El tercer subgrupo comparó tratamiento combinado de bupropión a 150 y 300 mg /día con TRN por 9 a 12 semanas versus tratamiento farmacológico combinado más terapia de apoyo. Por otra parte, 127 participantes de 363 pacientes lograron cesación tabáquica en el grupo de intervención, en comparación con 100 participantes de 356 del grupo control (RR=1,24, IC95%=1,00-1,54; $p=0,05$; $I^2=0\%$, 719 pacientes). En los subgrupos que utilizaron nortriptilina y vareniclina no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ofrecer o no terapia de apoyo concomitante al tratamiento farmacológico. La calidad de la evidencia es moderada y baja.

Asimismo, una revisión sistemática (98) (AMSTAR 2: Calidad moderada) evaluó la efectividad y seguridad de los diferentes tipos de terapias farmacológicas y no farmacológicas en fumadores con diagnóstico de enfermedad mental severa. Los participantes eran adultos con diagnóstico de esquizofrenia u otros tipos de esquizofrenia psicótica, desórdenes psicoafectivos y desorden afectivo bipolar. El seguimiento se realizó a 3 y 6 meses, y se llevaron a cabo mediciones bioquímicas para validación, al igual que autorreporte. Se incluyeron 28 ensayos clínicos aleatorizados que tuvieran como objetivo principal la cesación tabáquica en pacientes con enfermedad mental severa. Seis estudios evaluaron bupropión a 300 mg versus placebo y dos estudios evaluaron bupropión a 150 mg versus placebo. Siete estudios evaluaron vareniclina de 0,5 mg con placebo; dos estudios evaluaron bupropión de 300 mg + TRN versus TRN más terapia comportamental; dos estudios evaluaron TRN versus placebo; un estudio evaluó topiramato versus placebo; otro estudio evaluó naltrexone versus placebo, y un estudio más evaluó la estimulación transcraneal versus cuidado convencional. Los cuatro estudios restantes evaluaron terapias comportamentales. A los tres meses de seguimiento el bupropión, tanto a dosis de 300 mg como a 150 mg, presentando 28 ceses tabáquicos de 117 pacientes del brazo de intervención en comparación con 6 de 118 pacientes del brazo control (RR=3,96; IC95%=1,86-8,40; $I^2=0\%$; $p=0,0003$; 235 pacientes). Sin embargo, esta diferencia estadística no se mantuvo a los seis meses de seguimiento en donde cinco de 51 pacientes del brazo

de intervención presentaron cesación tabáquica versus dos de 53 pacientes del brazo control (RR=2,22; IC95%=0,52-9,47; $I^2=0\%$; $p=0,85$; 104 pacientes).

Por el contrario, la vareniclina presentó diferencias estadísticamente significativas tanto a los tres como a los seis meses. A los tres meses, 41 de 165 pacientes del brazo control presentaron cesación tabáquica en comparación con 9 de 123 pacientes del brazo control (RR=3,56; IC95%=1,8-6,96; $I^2=0\%$; $p=0,0002$; 288 pacientes). A los 6 meses, 16 de 116 pacientes del brazo control presentaron cesación tabáquica en comparación con 3 de 72 pacientes del brazo control (RR=3,69, IC95%=1,08-12,60; $I^2=0\%$; $p=0,04$; 188 pacientes). La terapia de reemplazo de nicotina tuvo seguimiento solo a los tres meses y presentó diferencia estadísticamente significativa en comparación con el placebo. 16 de 147 participantes presentó cesación tabáquica en el brazo de intervención versus 6 de 151 participantes del brazo de placebo (RR=2,74; IC95%=1,10-6,81; $p=0,03$; 298 pacientes). A los 6 meses, los pacientes que fueron tratados con bupropión + TRN presentaron 14 ceses tabáquicos de 106 participantes. En el grupo de placebo se presentaron 4 ceses tabáquicos de 108 participantes (RR=3,04; IC95%=1,14-8,09; $I^2=0\%$; $p=0,03$; 215 pacientes). Otras terapias farmacológicas encontradas en la revisión sistemática no presentaron diferencias estadísticas significativas. Náuseas y vómito fueron los únicos efectos adversos que mostraron diferencia estadística significativa y se presentaron durante el tratamiento con vareniclina (4 de 288 pacientes. RR=1,66, IC95%=1,23-2,24; $p=0,0009$). La calidad de la evidencia es baja.

Cese abrupto

Una revisión sistemática Cochrane (82) (AMSTAR 2: Calidad alta) evaluó la disminución paulatina del tabaquismo en comparación con el cese total y abrupto del mismo. Dentro de las intervenciones evaluadas a largo plazo para el cese progresivo del tabaquismo, se describen la consejería y la terapia de reemplazo de nicotina. La revisión incluyó 51 ensayos clínicos aleatorizados en los que participaron 22.509 individuos. La comparación de tratamiento farmacológico con TRN pre-inicio de cesación tabáquica versus placebo para cesación tabáquica. 56 participantes de 410 del grupo de intervención presentaron cesación tabáquica, en comparación con 31 de 505 del grupo control (RR=1,64; IC95%=0,42-6,44; $p=0,48$; $I^2=0\%$; 915 pacientes). Se evaluó la comparación de pretratamiento con vareniclina 1 mg día versus placebo para la cesación tabáquica. 86 de 157 participantes lograron cesación tabáquica, en comparación con 58 de 157 del grupo control (RR=1,48; IC95%=1,16-1,9; $p=0,000$; 214 pacientes). Se evaluó la comparación entre la terapia farmacológica con TRN de acción rápida, vareniclina (0,5 mg-1 mg), bupropión (150 mg-300 mg) y placebo para la cesación tabáquica. 193 participantes a quienes se les ofreció tratamiento con TRN de acción rápida de 2.737 presentaron cesación tabáquica en comparación con el brazo control, en donde 62 de 2.586 reportaron cese de consumo de tabaco (RR=2,56; IC95%=1,93-3,39; $p=0,0001$; $I^2=0\%$; 5.323 pacientes). 760 participantes fueron tratados con vareniclina en el brazo de intervención y 750 en el brazo control. 182 participantes reportaron cesación tabáquica en el brazo de intervención en comparación con 45 del grupo control (RR=3,99; IC95%=2,93-5,44; $p=0,0001$; $I^2=\text{no reporta}$; 1.510 pacientes). 20 de 295 pacientes que recibieron tratamiento con bupropión

presentaron cesación tabáquica en comparación con 16 de 299 participantes del grupo control (RR=1,27, IC95%=0,67-2,4; $p=0,47$; I^2 =no reporta; 594 pacientes). El tratamiento farmacológico en general presentó 483 ceses tabáquicos de 4.435 participantes del grupo de intervención en comparación con 207 ceses tabáquicos de 4.201 participantes del grupo control (RR=1,68, IC95%=1,09-2,58; $p=0,0001$; $I^2=85,35\%$; 8.636 pacientes). La calidad de la evidencia es moderada.

Terapia farmacológica

Una revisión sistemática Cochrane (97) (AMSTAR 2: Calidad alta) evaluó el efecto de diferentes tipos de terapias farmacológicas antidepresivas en cesación tabáquica a largo plazo en personas con tabaquismo activo. Los participantes eran fumadores activos de cualquier edad (no se realizaron subgrupos), con o sin historia de enfermedad mental.

A continuación, se presentan los resultados por terapia:

- **Bupropión:**

Se incluyeron 118 ensayos clínicos aleatorizados; 87 de estos estudios evaluaron bupropión a 150 y 300 mg por seis meses y, de estos, 47 estudios compararon bupropión versus placebo como terapia farmacológica. La población incluida en los estudios presentaba diferentes patologías, tales como alcoholismo, trastorno bipolar, cáncer, enfermedad cardiovascular, EPOC y trastornos mentales. Los participantes tuvieron seguimiento por 12 meses. En total se evaluaron 2.746 participantes, de los cuales 1.846 pertenecían al brazo de tratamiento (bupropión) y 900 al brazo de placebo. El bupropión demostró efectividad al ser comparado con placebo para la cesación tabáquica (RR=1,64; IC95%=1,52-1,77; $I^2=15\%$; 1.846 pacientes). 3.917 pacientes de 5.978 que fueron tratados con bupropión presentaron eventos adversos, en comparación con 2.827 de 4.915 del grupo placebo (RR=1,14; IC95%=1,11-1,18; $I^2=63,13\%$; $p=0,0001$; 11.484 pacientes). Sin embargo, solo 139 pacientes de 6.094 participantes asignados al grupo de bupropión presentaron eventos adversos serios en comparación con el grupo control que presentó 107 de 4.531 participantes sin diferencias significativas (RR=1,16; IC95%=0,9-1,48; $I^2=0\%$, $p=0,25$, 10.625 pacientes). El insomnio se presentó en 1.200 pacientes de 6.086 participantes del brazo de intervención en comparación con el brazo de placebo, el cual presentó 523 casos de insomnio en 4.991 participantes. 363 pacientes de 3.986 participantes presentaron ansiedad en comparación con el grupo control, que presentó el síntoma en 208 pacientes de 3.420 participantes. El intento de suicidio y muerte por suicidio no mostró diferencias significativas entre los dos brazos de tratamiento. 790 de 2.211 participantes presentaron eventos adversos de síntomas psiquiátricos con bupropión y 632 de 2.228 participantes con placebo (RR=1,25; IC95%=1,15-1,37; $I^2=14,84\%$; $p=0,0001$; 4.439 pacientes).

- **Bupropión/vareniclina:**

El tratamiento se administró con 150 mg de bupropión y 0,5 mg de vareniclina durante el tiempo de seguimiento. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cesación tabáquica cuando se combinó el tratamiento farmacológico de bupropión con vareniclina y comparándolos con tratamiento único con vareniclina. Sin embargo, esta combinación presentó diferencias significativas en la presentación de eventos adversos, los cuales presentaron 284 eventos de 515 participantes del grupo de combinación de bupropión + vareniclina. En comparación, los pacientes que fueron tratados únicamente con vareniclina presentaron eventos adversos en 362 de 528 participantes (RR=1,09; IC95%=1,02-1,17; $I^2=78,49\%$; $p=0,02$; 1.043 pacientes). No se encontró diferencia significativa en eventos adversos serios. En cuanto a eventos adversos de síntomas psiquiátricos, 145 pacientes de 412 participantes del brazo de intervención presentaron estos eventos, en comparación con 128 de 423 pacientes del brazo de tratamiento único con vareniclina (RR=1,15; IC95%=1,03-1,3; $I^2=74,85\%$; $p=0,01$; 835 pacientes). La ansiedad fue uno de los eventos adversos con mayor diferencia estadística al contrario de las convulsiones, el insomnio, la mortalidad por todas las causas y la deserción al tratamiento. 44 pacientes de 246 que se encontraban en tratamiento con la combinación de bupropión y vareniclina presentaron ansiedad en comparación con 29 de 253 que se encontraban en tratamiento solo con vareniclina (RR=1,55; IC95%=1,01-2,38; $I^2=0\%$; $p=0,04$; 499 pacientes).

- **Bupropión/TRN:**

Cuando se realizó la comparación de tratamiento con bupropión vs. terapia de reemplazo de nicotina (TRN), no se encontró diferencia estadística significativa para cesación tabáquica o aparición de eventos adversos generales o categorizados como serios, excepto por el síntoma de ansiedad, el cual se presentó en 181 pacientes de 2.415 participantes en tratamiento con bupropión en comparación con 139 de 2.440 pacientes en tratamiento con TRN (RR=1,31; IC95%=1,06-1,62; $I^2=67,41\%$; $p=0,01$; 4.855 pacientes).

- **Nortriptilina:**

Tres estudios compararon el tratamiento con bupropión con el tratamiento con nortriptilina. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticas significativas para cesación tabáquica o aparición de eventos adversos. 10 estudios evaluaron nortriptilina a 75 mg en tratamiento por 8 semanas versus placebo en población general con tabaquismo activo con un seguimiento entre 6 a 12 meses. 96 pacientes de 480 participantes en tratamiento con nortriptilina presentaron cesación tabáquica en comparación con 49 de 495 pacientes en el brazo control (RR=2,03; IC95%=1,48-2,78; $I^2=16,12\%$; $p=0,0001$; 975 pacientes). No se encontró diferencia significativa en la aparición de eventos adversos en los dos brazos de tratamiento.

- **Fluoxetina:**

Siete estudios compararon fluoxetina a diferentes dosis (30 mg y 60 mg) y versus placebo en población general con un seguimiento de máximo seis meses. 45 pacientes de los 294 que fueron tratados con fluoxetina obtuvieron cesación tabáquica en comparación con 39 ceses

tabáquicos de 172 participantes que fueron tratados con placebo (RR=0,7; IC95%=0,48-1,03; $p=0,07$; $I^2=0\%$; 466 pacientes). Un estudio evaluó la paroxetina a dosis de 20 mg y 40 mg versus placebo en población general con un seguimiento a seis meses. De los pacientes que fueron tratados con paroxetina de 35 mg, obtuvieron cesación tabáquica 150 participantes que fueron asignados al grupo de intervención. En el grupo control 16 de 74 participantes obtuvieron la cesación tabáquica (RR=1,08; IC95%=0,64-1,82; $p=0,77$; 224 pacientes). Un estudio evaluó sertralina versus placebo en pacientes con historia de depresión mayor con un seguimiento a seis meses. Los pacientes en el brazo de intervención presentaron cesación tabáquica en ocho de 68 participantes y en el brazo control 11 de 66 (RR=0,71; IC95%=0,3-1,64; $p=0,7$; 134 pacientes). Ninguno de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina presentó diferencia estadística significativa para eventos adversos.

- **Moclobemide**

Se identificó un estudio realizado en población general y con seguimiento a 12 meses. El grupo de pacientes que recibió moclobemide no presentaron cesación tabáquica comparado el grupo control (RR=1,57; IC95%=0,67-3,68; $p=0,3$; 88 pacientes).

- **Selegiline**

El selgiline fue evaluado en cinco estudios que, en su mayoría, lo compararon con placebo en la población general, con un seguimiento de seis a doce meses. No se reportaron diferencias (RR=1,25; IC95%=0,88-1,78; $p=0,27$; $I^2=23,38\%$; 739 pacientes).

- **IMAO, hipericum y S-adenosil-L-metionina:**

Ninguno de los inhibidores de la monoamino-oxidasa presentó diferencia estadística significativa para eventos adversos, eventos adversos de síntomas psiquiátricos o eventos adversos serios. Los pacientes que fueron tratados con hipericum versus placebo fueron captados en la población general y se les dio tratamiento y seguimiento a seis meses. Por último, el S-adenosil-L-metionina fue evaluado en un estudio a diferentes dosis y comparado con placebo con un seguimiento hasta por seis meses. Ninguno de los dos presentó diferencia estadística significativa con el placebo para cesación tabáquica, eventos adversos generales, serios o psiquiátricos. La calidad de la evidencia es baja.

Receptores alfa y beta adrenérgicos

Una revisión sistemática (100) (AMSTAR 2: Calidad alta) evaluó la eficacia de la terapia farmacológica que actúa sobre receptores alfa y beta adrenérgicos para el tratamiento de los pacientes que sufren de abuso de alcohol y tabaco. Se incluyeron diez ensayos clínicos aleatorizados para el metaanálisis. Ocho estudios evaluaron clonidina como terapia alfa 2-agonista a diferentes dosis con administración oral y cutánea versus placebo. Dos estudios evaluaron metoprolol como terapia cardio-selectiva y propranolol como terapia no cardio-selectiva con placebo. A los tres meses de seguimiento, la clonidina reportó 133 ceses tabáquicos de 499 pacientes del brazo de intervención en comparación con 92 de 490 pacientes del brazo control (RR=1,39; IC95%=1,04-1,84; $I^2=26\%$; $p=0,02$; 989 pacientes). Los beta-bloqueadores no presentaron

diferencias estadísticamente significativas a los tres meses de seguimiento. Nueve de 70 pacientes del brazo control presentaron cesación tabáquica en comparación con 4 de 69 pacientes del brazo control (RR=2,13; IC95%=0,29-15,46; $I^2=59\%$; $p=0,46$; 139 pacientes).

En una revisión sistemática (55) (AMSTAR 2: Calidad alta), evaluó el efecto de los agonistas de receptores nicotina (vareniclina, cisticina y dianiclina) para cesación tabáquica en la población general. Los participantes eran fumadores activos que aceptaron ser parte de los estudios, excepto mujeres embarazadas y consumidores de tabaco no inhalado. El tratamiento con vareniclina tuvo dosis de 2-5 mg al día, durante un periodo de mínimo 12 semanas, a un máximo de 52 semanas. La vareniclina fue comparada con placebo en 56 estudios, con TRN en ocho estudios y cinco estudios con bupropión. Se realizaron tres subgrupos de comparación con vareniclina (vs. placebo, vs. bupropión y vs. TRN). Durante los seguimientos se realizaron mediciones bioquímicas de niveles de nicotina en cabello y orina y CO₂ exhalado. Se incluyeron 136 estudios, de los cuales 18 fueron actualizaciones para el 2019.

En el primer subgrupo se comparó la vareniclina versus placebo al seguimiento más largo (24 meses), a los seis meses y a un máximo de 52 semanas. El segundo comparó vareniclina vs. bupropión a los tres meses, seis meses y 52 semanas. El tercero comparó la vareniclina vs. TRN a las 24 semanas.

- El primer subgrupo comparó 56 estudios que se utilizaron divididos según el tiempo de seguimiento. 27 estudios evaluaron vareniclina versus placebo al seguimiento más largo de 24 meses. 6.632 participantes recibieron vareniclina (grupo de intervención) y 5.993 participantes placebo (grupo control). 1.695 participantes del grupo de intervención presentaron cesación tabáquica en comparación con 668 participantes del grupo control (RR=2,24; IC95%=2,06-2,43; $p=0,0001$; $I^2=59,91\%$; 12.625 pacientes).
- 25 estudios evaluaron vareniclina versus placebo a seis meses. 6.472 participantes recibieron vareniclina y 5.832 participantes placebo. 1.844 participantes del grupo de intervención presentaron cesación tabáquica en comparación con 726 participantes del grupo control (RR=2,25; IC95%=2,08-2,44; $p=0,0001$; $I^2=66,4\%$; 12.304 pacientes).
- Cuatro estudios evaluaron la vareniclina al máximo seguimiento a 52 semanas. 282 de 1.198 participantes que recibieron vareniclina presentaron cesación tabáquica en comparación a 65 de 972 participantes del grupo control (RR=3,64; IC95%=2,81-4,72; $p=0,0001$; $I^2=78,21\%$; 2.170 pacientes).
- El segundo subgrupo comparó 13 estudios con seguimiento a seis meses, 52 semanas y tres meses. En el grupo que recibió como intervención vareniclina y fue comparado con bupropión durante seis meses se incluyeron cinco estudios. En estos estudios se evidenció que 700 pacientes de 2.944 participantes del grupo que recibió vareniclina presentó cesación tabáquica, en comparación con 503 de 2.933 de los que recibieron bupropión (RR=1,39; IC95%=1,25-1,54; $p=0,0001$; $I^2=0\%$; 5.877 pacientes). En el grupo que realizó seguimiento a 52 semanas se incluyeron tres estudios, en donde 174 pacientes de 821 participantes del grupo que recibió vareniclina presentaron cesación tabáquica,

en comparación con 111 de 797 de los que recibieron bupropión ($RR=1,52$; $IC95\%=1,22-1,88$; $p=0$; $I^2=0\%$; 1.618 pacientes). En el grupo que realizó seguimiento a tres meses se incluyeron cinco estudios, de los cuales 1.058 pacientes de 2.944 participantes del grupo que recibió vareniclina presentaron cesación tabáquica, en comparación con 720 de 2.933 de los que recibieron bupropión ($RR=1,46$; $IC95\%=1,35-1,58$; $p=0,0001$; $I^2=0\%$; 5.877 pacientes).

- El tercer subgrupo comparó vareniclina versus TRN a 24 semanas en donde se incluyeron 8 estudios. 767 pacientes de 3.227 participantes del grupo que recibió vareniclina presentó cesación tabáquica, en comparación con 575 de 3.037 de los que recibieron TRN ($RR=1,25$; $IC95\%=1,14-1,37$; $p=0,0001$; $I^2=38,81\%$; 6.264 pacientes).

Pacientes con comorbilidades

Una revisión sistemática (99) (AMSTAR 2: Calidad alta) evaluó la evidencia de la eficacia y seguridad de terapias farmacológicas para cesación tabáquica en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT). Los dos ensayos clínicos aleatorizados incluidos se corresponden (106), (107). En uno de los estudios (106, se aleatorizaron 94 pacientes fumadores activos menores de 76 años que hubiesen presentado previamente ACV o AIT para evaluar cuál era la intervención más eficaz y segura para dejar de fumar. Se realizaron dos intervenciones: la primera fue una intervención mínima de cesación tabáquica que consistió en 30 minutos de consejería individual; la segunda fue una intervención intensiva de cesación tabáquica que comprendió 30 minutos de consejería individual, cinco sesiones de consejería ambulatoria grupal, visita domiciliaria a los seis meses para seguimiento, cinco llamadas telefónicas para consejería y terapia de reemplazo de nicotina (TRN gratis). Los seguimientos se verificaron con autorreporte y verificación bioquímica con monóxido de carbono exhalado. 49 pacientes fueron asignados al grupo de intervención intensiva y 45 pacientes al grupo de intervención mínima. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de intervención para la cesación tabáquica ($OR=1,19$; $IC95\%=0,45-3,17$; $p=0,69$; 49 pacientes).

El otro ensayo (107), se aleatorizaron 28 pacientes que acudían a la clínica de prevención de ACV del Hospital de Ottawa y que fueran fumadores de al menos cinco cigarrillos al día. Los 28 pacientes del estudio fueron tratados con bupropión (150 mg día por 4 semanas), vareniclina (0,5 mg al día por cuatro meses) y TRN en los dos brazos del estudio, con la diferencia de que en el grupo de intervención el medicamento se le daba al paciente de forma gratuita durante 4 semanas y el grupo control debía pagar por los medicamentos. Se realizaron 26 semanas de seguimiento y las mediciones se realizaron a través de autorreporte y validación bioquímica. Se reportó cesación tabáquica en el 33% de los pacientes asignados al grupo de intervención durante los siguientes siete días del inicio de la intervención en comparación con el 15,4% de cesación tabáquica en el grupo control. A las 26 semanas, el 23,1% de los pacientes asignados al grupo de intervención continuó sin consumo de tabaco comparado con el 15,4% que se mantuvo en el grupo control ($OR=5,51$; $IC95\%=0,44-69,3$; $p=0,19$; 28 pacientes). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. La calidad de la evidencia es baja.

Una revisión sistemática (108) (AMSTAR 2: Calidad alta) evaluó los diferentes tipos de terapias farmacológicas (bupropión, vareniclina y TRN) para cesación tabáquica en fumadores con diagnóstico de desórdenes dentro del espectro de esquizofrenia (esquizofrenia u otros tipos de esquizofrenia psicótica, desórdenes psicoafectivos, y desorden afectivo bipolar). Se incluyeron 18 ensayos clínicos aleatorizados para el metaanálisis: 11 estudios que tuvieran como objetivo principal la cesación tabáquica en pacientes con esquizofrenia o enfermedades mentales en el espectro de la esquizofrenia, y siete estudios que reportaran los desenlaces secundarios. Cuatro estudios evaluaron bupropión a 150-300 mg versus placebo; cuatro estudios evaluaron vareniclina 0,5-1 mg con placebo; tres estudios evaluaron TRN versus placebo, y dos estudios evaluaron la eficacia de bupropión+TRN vs. TRN+placebo.

- A las 12 semanas de seguimiento el bupropión tanto a dosis de 300 mg como de 150 mg, presentó 26 ceses tabáquicas de 146 pacientes del brazo de intervención en comparación con 7 de 146 pacientes del brazo control (RR=3,40; IC95%=1,58-7,34; $I^2=0\%$; $p=0,002$; 292 pacientes).
- La vareniclina presentó diferencias estadísticamente significativas entre 8 a 13 semanas de seguimiento. 48 de 215 pacientes del brazo control presentaron cesación tabáquica en comparación con 10 de 179 pacientes del brazo control (RR=3,75; IC95%=1,96-7,19; $I^2=0\%$; $p=0,0001$; 394 pacientes).
- La terapia de reemplazo de nicotina tuvo seguimiento entre 8 y 12 semanas, y presentó diferencia estadísticamente significativa en comparación con el placebo. 25 de 272 participantes presentaron cesación tabáquica en el brazo de intervención versus 5 de 289 participantes del brazo de placebo (RR=4,27; IC95%=1,71-10,65; $p=0,002$; 561 pacientes).
- Los pacientes que fueron tratados con bupropión + TRN presentaron 17 ceses tabáquicas de 54 participantes a las 12 semanas de seguimiento. En el grupo de placebo se presentaron 6 ceses tabáquicas de 55 participantes (RR=2,99; IC95%=0,74-12,11; $I^2=45\%$; $p=0,12$; 109 pacientes).
- De los desenlaces secundarios analizados, solo las náuseas y el vómito mostraron diferencia estadística significativa y se presentaron durante el tratamiento con vareniclina (4 de 214 pacientes. RR=2,32; IC95%=1,68-3,22; $p=0,0001$).

Terapia de reemplazo de nicotina

En una revisión sistemática (109) (AMSTAR 2: Calidad alta) se evaluó el efecto de la terapia de reemplazo de nicotina para cesación tabáquica en la población general. Los participantes eran fumadores activos que aceptaron ser parte de los estudios excepto mujeres embarazadas. La terapia de reemplazo de nicotina (TRN) se ofreció en diferentes presentaciones (goma de 4 mg, parches de 14 mg, tabletas de 2 mg, inhalado o *spray*), por tres semanas como mínimo hasta tres meses, y fue comparada con placebo. Igualmente, estos dos subgrupos fueron comparados con terapia de apoyo concomitante de alta intensidad versus baja intensidad.

Se realizaron seguimientos mínimo a seis meses y un máximo de 12 meses. Durante los seguimientos se realizaron mediciones bioquímicas de niveles de nicotina en cabello y orina y CO₂ exhalado. Se incluyeron 136 estudios de los cuales 18 fueron actualizaciones para el 2019.

Se conformaron seis subgrupos de análisis. En el primer subgrupo se compararon las terapias de reemplazo de nicotina en conjunto versus placebo. El segundo comparó las gomas y los parches. El tercero comparó el subgrupo dos con terapia de soporte comportamental. El cuarto realizó una comparación de la TRN para cesación tabáquica según el lugar de reclutamiento/tratamiento de los participantes. El quinto subgrupo evaluó la TRN para cesación tabáquica en mujeres embarazadas. Por último, el sexto subgrupo evaluó los posibles efectos adversos de la TRN comparándolos con placebo. Con el objetivo de responder la pregunta propuesta, el subgrupo 4 y 5 no serán descritos en este análisis.

- El primer subgrupo comparó los 136 estudios que utilizaron TRN en las diferentes concentraciones y presentaciones mencionadas previamente. 32918 participantes recibieron TRN (grupo de intervención) y 31722 participantes placebo (grupo control). 5574 participantes del grupo de intervención presentaron cesación tabáquica en comparación con 3315 participantes del grupo control (RR=1,55; IC95%=1,49-1,61; $p=0,00001$; $I^2=39\%$; 64.640 pacientes).
- El segundo subgrupo se dividió en 2: TRN con goma y TRN con parches. En el grupo que recibió goma de nicotina como intervención se incluyeron 56 estudios. En el brazo de intervención participaron 10.596 pacientes de los cuales 1.732 presentaron cesación tabáquica. En el grupo control participaron 11.985 pacientes, de los cuales 1.196 presentaron cesación tabáquica (RR=1,49; IC95%=1,4-1,6; $p=0,0001$; $I^2=39,59\%$; 22.581 pacientes). En el subgrupo que recibió parches de nicotina como intervención se incluyeron 49 estudios. En el brazo de intervención participaron 12.883 pacientes, de los cuales 1.965 presentaron cesación tabáquica. En el grupo control participaron 11.093 pacientes de los cuales 1.018 presentaron cesación tabáquica (RR=1,63; IC95%=1,52-1,75; $p=0,0001$; $I^2=22,35\%$; 23.976 pacientes).
- El tercer subgrupo comparó el subgrupo 2 con recibir o no terapia comportamental. El grupo que recibió goma de nicotina fue comparado terapia comportamental individual de alta y baja intensidad y terapia grupal. El grupo que recibió terapia comportamental concomitante con la goma de nicotina como TRN presentó 1.699 ceses tabáquicos de 10.194 participantes. En el grupo que no recibió terapia comportamental se presentaron 1.167 ceses tabáquicos de 11.565 participantes (RR=1,5; IC95%=1,4-1,61; $p=0,0001$; $I^2=40,6\%$; 22.759 pacientes). El grupo que recibió terapia comportamental concomitante con parche de nicotina como TRN presentó 2.047 ceses tabáquicos de 12.718 participantes. En el grupo que no recibió terapia comportamental se presentaron 1042 ceses tabáquicos de 10939 participantes (RR=1,67; IC95%=1,56-1,79; $p=0,0001$; $I^2=19,68\%$; 23.657 pacientes).

El subgrupo seis evaluó los posibles efectos adversos (palpitaciones y dolor torácico) que se pueden presentar con el tratamiento con TRN. De 6.673 pacientes que recibieron TRN, 165 participantes presentaron palpitaciones y dolores torácicos. En el grupo control, 62 participantes de 4.401 presentaron palpitaciones y dolor torácico (RR=1,88; IC95%=1,37-2,57; $p=0,0001$; $I^2=9,66\%$; 11.044 pacientes).

Evidencia de dispositivos de suministro de tabaco y sus derivados: No se encontró evidencia que evalúe las intervenciones farmacológicas en personas consumidoras de cigarrillos electrónicos, vapeadores y otros dispositivos de suministro de tabaco.

Análisis de costo-efectividad

Un análisis de costo efectividad evaluó las estrategias farmacológicas y no farmacológicas disponibles para la cesación tabáquica. Se concluyó que la vareniclina constituye la estrategia más costo-efectiva para promover la cesación tabáquica en fumadores mayores de 15 años. Esta estrategia se vuelve más costo-efectiva a medida que avanza la edad de tratamiento por lo que no se deberían excluir del tratamiento a los individuos de edad avanzada.

Tabla 18. Costo-efectividad de las estrategias farmacológicas y no farmacológicas

Intervención	Costos	AVACs ganados	Costos incrementales	AVACs incrementales	Razón de costo-efectividad	Años de vida ganados	Costo por año de vida ganados
Suspensión abrupta	\$10.835.264	16,16988	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
TRN con parche	\$10.996.360	16,19399	\$161.095	0,02411	Dominado	N.A.	N.A.
Bupropión	\$11.295.207	16,17146	\$459.943	0,00158	Dominado	N.A.	N.A.
Vareniclina	\$12.145.801	16,21592	\$1.310.537	0,04604	\$28.466.169	0,0617	\$21.241.924

BALANCE RIESGO-BENEFICIO: El panel de expertos considera que la selección del tratamiento depende de cada caso y se debe promover el uso de terapia farmacológica combinada con terapia cognitivo conductual para aumentar la eficacia del proceso de cesación tabáquica. Como primera opción, se recomienda iniciar el tratamiento de primera vez con vareniclina, dado que la evidencia mostró mejor perfil de respuesta; sin embargo, la terapia de reemplazo de nicotina o bupropión también puede ser considerada como terapia inicial en pacientes seleccionados, con contraindicaciones o efectos secundarios con vareniclina, si el paciente acepta uso de terapia farmacológica. Respecto al uso de medicamentos de segunda

línea se observó poca evidencia que avale su uso. En caso de pacientes que no muestren respuesta a la terapia de primera línea, se sugiere el uso de clonidina como segunda línea dado su perfil de seguridad.

USO DE RECURSOS: Los expertos consideran que, aunque los medicamentos recomendados no se encuentran todos en el plan de beneficios, los que no están se pueden obtener diligenciando el mipres. También es necesario capacitar a los médicos expertos en cesación tabáquica para el adecuado uso de los medicamentos, con el fin de seleccionar el que muestre mejor perfil de respuesta, minimizar efectos secundarios y aumentar la adherencia a la terapia.

VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES: El estudio cualitativo diseñado para la guía reporta que es fundamental para mejorar la adherencia a la terapia tener un mejor conocimiento sobre los medicamentos usados en el tratamiento de cesación tabáquica, en especial evidencia de eficacia y los posibles efectos secundarios que puedan presentarse. Algunos fumadores en tratamiento y exfumadores reportaron que recibieron medicamentos y no les funcionó, por lo que consideran que no lo seleccionarían como la estrategia terapéutica de primera opción; por el contrario, prefieren la terapia combinada. También consideran que no se encuentran tan seguros de los beneficios del tratamiento farmacológico para dejar de fumar y que si dejan de usarlos pueden recaer, por lo que les preocupa la dependencia que les pueda causar.

APLICABILIDAD E IMPACTO EN LA EQUIDAD: De forma general, el panel considera que las recomendaciones y puntos de buena práctica serán aceptados por los usuarios clínicos de la guía, adicionalmente todos cuentan con registro INVIMA, por lo que facilitará su adquisición y distribución en el país. Los expertos reiteran la necesidad de que se facilite el acceso a los consumidores de tabaco a la terapia farmacológica recomendada por su médico tratante. Se identificó evidencia acerca de *spray* e inhaladores; sin embargo, no se emitió una recomendación pues no se encuentran disponibles en Colombia.

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?

Población	• Fumador standard. • Fumador pesado. • Fumador light o intermitente.
Intervención	• Sistemas electrónicos de administración de nicotina SEAN: vapeadores, vaporizadores, bolígrafos para vapeo, narguilas, cigarrillos electrónicos, pipas electrónicas. • Sistemas electrónicos sin suministro de nicotina SSSN: vapeadores, vaporizadores, bolígrafos para vapeo, narguilas, cigarrillos electrónicos, pipas electrónicas.
Comparación	• Intervenciones no farmacológicas: soporte grupal. • Línea telefónica de ayuda. • Intervenciones de autoayuda. • Terapia farmacológica: nicotina, bupropión, vareniclina, nortriptilina, clonidina.
Desenlace	• Cesación del consumo de cigarrillo (6 meses, 12 meses, al menos 6 meses, 6 a 12 meses) • Porcentaje de recaída. • Riesgo de dependencia SEAN/SSSN. • Efectos secundarios • Calidad de vida • Costos

Recomendaciones

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 ⊕⊕○○

Resumen de los hallazgos

Para dar respuesta a esta pregunta, se identificaron cinco revisiones sistemáticas recientes que evaluaron los cigarrillos electrónicos (CE) con nicotina comparados con cuidado estándar, no intervención, CE sin nicotina, terapia de reemplazo y terapia comportamental; CE con nicotina y terapia de reemplazo de nicotina (TRN) comparado con terapia de reemplazo con CE sin nicotina; y CE sin nicotina comparada con cuidado estándar y TRN. No se identificaron desenlaces que evaluaran calidad de vida. En la tabla 19, se presenta la evidencia.

Tabla 19. Resumen de los hallazgos de la pregunta 5

Comparación	Referencia	No, estudios/ pacientes	Cesación tabáquica a 6 meses	Cesación tabáquica diferentes meses	Reducción del consumo al menos 50% en un año	Efectos secundarios	Calidad de la evidencia global
CE con nicotina vs. cuidado standard o no intervención	(110)	3 (2220)	RR=2,88; IC95%=0,77-10,79; I ² =0%; 2152; No favorece ningún grupo	RR=1,95; IC95%=0,90-4,22; I ² =0%; 3 estudios, 2220 participantes (4 a 12 meses)	NR	No se reportaron	Muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.
CE con nicotina (7,2 a 16 mg) vs. CE sin nicotina Fumadores de 10 cigarrillos al día por 1-10 años	(110)	3 (635 consumidores que desean y que no dejar de fumar)	RR=1,54; IC95%=0,92-2,59; I ² =0,0%; 3 estudios, 635 pacientes	RR=1,61; IC95%=0,93-2,78; I ² =3,4%; 3 estudios, 802 pacientes (6-12 meses)	NR	NR	La calidad de la evidencia es baja por riesgo de sesgo e imprecisión.
	(111)	3 estudios (802)	NR	RR=1,71; IC95%=1,00-2,92; I ² =0%; 3 estudios, 802 participantes (al menos 6 meses)	NR	RR=1,00; IC95%=0,73-1,36; I ² =0%; 2 estudios, 346 participantes (no es grave	La calidad de la evidencia es baja por riesgo de sesgo e imprecisión.
	(112)	2 (481)	NR	NR	RR=0,97; IC95%=0,57- 1,66; I ² =61%; 2 estudios; 481 pacientes	Mortalidad RR=2,03; IC95%=0,94-4,38; 2 estudios, 481 pacientes, insuficiencia renal ni en efectos secundarios	La calidad de la evidencia es baja por riesgo de sesgo e imprecisión.
	(113)	5 (841)		RR=1,71; IC95%=1,02-2,84; I ² =2%; 5 estudios, 841 pacientes (por lo menos 6 meses)		No se midieron	La calidad de la evidencia es baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Comparación	Referencia	No, estudios/ pacientes	Cesación tabáquica a 6 meses	Cesación tabáquica diferentes meses	Reducción del consumo al menos 50% en un año	Efectos secundarios	Calidad de la evidencia global
CE con nicotina vs. terapia de reemplazo (parches y otras formas de administración)	(110)	3 (1498)	RR=1,69; IC95%=1,25-2,27; I ² =0%; favorece los CE		NR	RR=0,98; IC95%=0,80-1,19; I ² =0%; no se reportan diferencias en disminución en los niveles de dióxido de carbono, saturación de oxígeno, presión arterial, toxinas, y función pulmonar (p>0,05)	La calidad de la evidencia es moderada y baja por riesgo de sesgo e imprecisión.
CE con nicotina vs. terapia de reemplazo (parches y otras formas de administración)	(111)	3, (802)	RR=1,71; IC95%=1,00-2,92; I ² =0%; favorece CE con nicotina		NR	Sin diferencias en efectos secundarios a más de una semana (RR=1,00; IC95%=0,73-1,36; I ² =0%; 2 estudios, 346 participantes) (irritación de boca y garganta, dolor de cabeza, tos y náusea), y sin diferencias en efectos secundarios graves, menores niveles de exhalación de dióxido de carbono en personas del grupo de CE con nicotina (DM: -2,44; IC95%=-3,91,-0,97; I ² =71%; 2 estudios); y sin cambios en presión arterial (p>0,05)	La calidad de la evidencia es moderada y baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Comparación	Referencia	No, estudios/ pacientes	Cesación tabáquica a 6 meses	Cesación tabáquica diferentes meses	Reducción del consumo al menos 50% en un año	Efectos secundarios	Calidad de la evidencia global
CE con nicotina vs. terapia de reemplazo (parches y otras formas de administración)	(112)	2 (481)			RR=0,97; IC95%=0,57-1,66; I ² =61%; No efecto x	Mortalidad (RR=2,03 IC95%=0,94- 4,38); ni en insuficiencia renal (RR=0,97; IC95%= 0,57-1,66; I ² =61%); ni en efectos secundarios con dosis de nicotina de 16 mg ni 21 mg	La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.
	(113)	5 (841)	RR=1,71; IC95%=1,02-2,84; I ² =2%			No identificaron ES	La calidad de la evidencia fue muy baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos y en la precisión de los resultados.
CE con nicotina vs. terapia comportamental	(111)	4 (2312)	RR=2,50; IC95%=1,24-5,04; I ² =0%; favorece CE con nicotina			Mayores efectos secundarios RR=1,17; IC95%=1,04-1,31; I ² =28%	La calidad de la evidencia fue baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos y en la precisión de los resultados.
	(113)	3 (1948)	RR=1,69; IC95%=1,25-2,27; I ² =0%; no diferencias			No medidos	La calidad de la evidencia fue muy baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos y en la precisión de los resultados.
Terapia de reemplazo con CE con nicotina vs. Terapia de reemplazo con CE sin nicotina	(111)	2 (1039)	RR=1,77; IC95%=1,07-2,94; I ² =0%; favorece CE con nicotina				La calidad de la evidencia es baja por riesgo de sesgo e imprecisión.
	(110)	3 (220)	RR=1,18; IC95%=0,82-1,70; I ² =50,5%			No reportados	La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo y heterogeneidad.

Cigarrillos electrónicos de nicotina comparados con cuidado estándar o no intervención

Una revisión sistemática (110) (AMSTAR 2: confianza moderada) evaluó la efectividad y la seguridad de los cigarrillos electrónicos (CE) de nicotina para suspender el consumo de tabaco comparados con cuidado estándar o no intervención en pacientes fumadores activos. No se reportaron diferencias en cesación con un seguimiento de 4 a 12 meses (RR=1,95; IC95%=0,90-4,22; $I^2=0\%$; 3 estudios, 2220 participantes); o cesación a 6 meses (RR=2,88; IC95%=0,77-10,79; $I^2=41,7\%$; 2 estudios; 2152 participantes). Se realizó un análisis de sensibilidad excluyendo los estudios financiados por la industria sin encontrar diferencias en el efecto ($p>0,05$). La evidencia es altamente heterogénea en las dosis y mecanismos de los CE y medición del seguimiento de la cesación. La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo y heterogeneidad.

Cigarrillos electrónicos de nicotina comparados con terapia de reemplazo

Una revisión sistemática (111) (AMSTAR 2: confianza alta) evaluó la efectividad y la seguridad de los cigarrillos electrónicos (CE) de nicotina para suspender el consumo de tabaco comparada con intervenciones farmacológicas. La población en promedio fumaba de 18 a 21 cigarrillos día. La comparación con terapia de remplazo (parches y otra forma de administración) mostró mayor efecto de los CE con nicotina en cesación al menos a seis meses (RR=1,69; IC95%=1,25-2,27; $I^2=0\%$; 3 estudios; 1.498 participantes); no se portaron diferencias en efectos secundarios (RR=0,98; IC95%=0,80-1,19; $I^2=0\%$; 3 estudios; 485 participantes), ni en efectos secundarios serios (RR=1,37; IC95%=0,77-2,41; 2 estudios; 698 participantes), ni en disminución en los niveles de dióxido de carbono (DM: -0,66; IC95%=-1,94-0,62; $I^2=69\%$; 2 estudios; 136 participantes), y sin diferencias en saturación de oxígeno, presión arterial, toxinas, y función pulmonar ($p>0,05$). La evidencia es altamente heterogénea en cuanto al tipo CE y tipo de medición del seguimiento de la cesación. La calidad de la evidencia es baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Cigarrillos electrónicos de nicotina comparados con cigarrillos electrónicos sin nicotina

Una revisión sistemática (110) evaluó la eficacia y seguridad de CE con nicotina comparado con CE sin nicotina en fumadores activos reportando que no se presentan diferencias en cesación entre 6 a 12 meses de seguimiento (RR=1,61; IC95%=0,93-2,78; $I^2=3,4\%$; 3 estudios, 802 pacientes); ni cuando se evaluó solo cesación a seis meses (RR=1,54; IC95%=0,92-2,59; $I^2=0,0\%$; 3 estudios, 635 pacientes). No se reportó cambio en el efecto al eliminar los estudios financiados por la industria (RR=1,18; IC95%=0,57-2,46; 1 estudio, 140 pacientes). La calidad de la evidencia es baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Una revisión sistemática (111) (AMSTAR 2: confianza alta) encontró que los participantes que utilizaron los CE con nicotina mostraron tasas más altas de cesación al menos a seis meses (RR=1,71; IC95%=1,00-2,92; $I^2=0\%$; 3 estudios; 802 participantes), sin diferencias en efectos secundarios a más de una semana (RR=1,00; IC95%=0,73-1,36; $I^2=0\%$; 2 estudios; 346 participantes, como irritación de boca y garganta, dolor de cabeza, tos y náusea, y sin diferencias en efectos secundarios graves (RR=0,25; IC95%=0,03-2,19; 4 estudios); menores niveles de exhalación de dióxido de carbono en personas del grupo de CE con nicotina (DM=-2,44; IC95%=-3,91,-0,97; $I^2=71\%$; 2 estudios) y sin cambios en presión arterial ($p>0,05$). La evidencia es altamente heterogénea en CE y medición del seguimiento de la cesación. La calidad de la evidencia es moderada y baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Otra revisión sistemática (112) reportó que no se presentan diferencias en reducción del consumo de al menos el 50% en un año (RR=0,97; IC95%=0,57-1,66; $I^2=61\%$, 2 estudios, 481 pacientes), ni en mortalidad (RR=2,03; IC95%=0,94-4,38; 2 estudios; 481 pacientes), ni en insuficiencia renal (RR=0,97; IC95%=0,57-1,66; $I^2=61\%$; 2 estudios; 481 pacientes), ni en efectos secundarios con dosis de nicotina de 16 mg (OR=1,81; IC95%=0,92-3,55; $I^2=61\%$; 1 estudio; 298 pacientes). Con CE de dosis de 21 mg de nicotina se reporta un aumento de ES aunque no es significativo ($p=0,08$). La evidencia es altamente heterogénea en CE y medición del seguimiento de la cesación. Los estudios incluyeron adultos que fumaban en promedio diez o más cigarrillos al día a lo largo del último año, quienes expresaron su deseo de dejar de fumar. La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo e imprecisión.

Otra revisión sistemática (113) reportó que se presenta mayor abstinencia por lo menos a seis meses en el grupo de pacientes de CE con nicotina (RR=1,71; IC95%=1,02-2,84; $I^2=2\%$; 5 estudios; 841 pacientes). No se midieron ES. La evidencia es altamente heterogénea en CE y medición del seguimiento de la cesación. Los estudios incluían adultos que fumaban de dos a diez cigarrillos al día con duración variable entre uno a diez años. De los nueve estudios incluidos, seis incluyeron exclusivamente participantes con motivación para dejar de fumar. La calidad de la evidencia fue muy baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos y en la precisión de los resultados.

Cigarrillos electrónicos de nicotina comparados con terapia comportamental o sin apoyo

Una revisión sistemática (111) (AMSTAR 2: confianza alta) evaluó la efectividad y la seguridad de los cigarrillos electrónicos (CE) de nicotina para suspender el consumo de tabaco comparados con terapia comportamental en pacientes que consumieron de tres a 20 cigarrillos al día. Se encontró que los pacientes que usaron CE con nicotina mostraron probablemente mayor cesación con seguimiento de por lo menos seis meses (RR=2,50; IC95%=1,24-5,04; $I^2=0\%$; 4 estudios; 2.312 participantes); y mayores efectos secundarios (RR=1,17; IC95%=1,04-1,31; $I^2=28\%$; 3 estudios; 516 participantes). La calidad de la evidencia fue baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos y en la precisión de los resultados.

Otro estudio (113) evaluó la eficacia y seguridad de CE con nicotina comparado con terapia de apoyo, reportando que no se presentan diferencias en cesación con un seguimiento de al menos seis meses (RR=1,69; IC95%=1,25-2,27; $I^2=0\%$; 3 estudios; 1.498 participantes). No se midieron efectos secundarios. La calidad de la evidencia fue muy baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos y en la precisión de los resultados.

Terapia de reemplazo con cigarrillos electrónicos de nicotina comparada con terapia de reemplazo con cigarrillos electrónicos sin nicotina

La revisión sistemática (111) (AMSTAR 2: confianza alta) evaluó la efectividad y la seguridad de los cigarrillos electrónicos (CE) de nicotina para suspender el consumo de tabaco comparada con CE adicionados a otros tratamientos farmacológicos. Se encontró que los pacientes que recibieron CE con nicotina y terapia de reemplazo mostraron mayor cesación con un seguimiento de al menos seis meses (RR=1,77; IC95%=1,07-2,94; $I^2=0\%$; 2 estudios; 1.039 participantes); y mayores efectos secundarios en el grupo de EC (RR=1,09; IC95%=0,90-1,31; 1 estudio; 607 participantes).

Otra revisión sistemática (113) evaluó la eficacia y seguridad de parches con CE con nicotina comparado con parches con CE sin nicotina, reportando que no se presentan diferencias en cesación entre 6 a 12 meses de seguimiento (RR=1,25; IC95%=0,74-2,11; $I^2=69\%$; 3 estudios; 1.664 pacientes); ni en cesación a seis meses (RR=1,18; IC95%=0,82-1,70; $I^2=50,5\%$; 3 estudios; 220 pacientes). No se reportaron efectos secundarios. La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo y heterogeneidad (111). Una RS evaluó la eficacia y seguridad de CE con nicotina comparada con terapia de reemplazo acompañada de terapia de apoyo, reportando que no se presentan diferencias en cesación a 4 meses (RR=2,04; IC95%=0,90-4,64; $I^2=28\%$; 2 estudios; 2.152 participantes). No se midieron ES. La calidad de la evidencia fue muy baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos y en la precisión de los resultados.

Cigarrillos electrónicos de nicotina comparados con vareniclina para el cese de consumo de tabaco

Una revisión sistemática (111) (AMSTAR 2: confianza alta) evaluó la efectividad y la seguridad de CE con nicotina (12 mg/mL) para suspender el consumo de tabaco comparado con vareniclina por 12 semanas. El estudio incluyó adultos con consumo de diez o más cigarrillos al día, quienes expresaron motivación para dejar de fumar y que se encontraban hospitalizados por síndrome coronario agudo. Se reporta mayor cesación con un seguimiento de seis meses en el grupo que recibió vareniclina (RR=0,31; IC95%=0,11-0,82; 1 estudio; 54 participantes), y no se reportan ES en ninguno de los grupos. La calidad de la evidencia fue muy baja por limitaciones en el riesgo de sesgos e imprecisión.

Cigarrillos electrónicos comparados con cigarrillos electrónicos con o sin nicotina y/o terapia de reemplazo de nicotina para cese de consumo de tabaco en población vulnerable (pacientes con enfermedad mental, farmacodependencia, indigencia, población carcelaria)

Una revisión sistemática (114) (AMSTAR 2: confianza baja) evaluó la seguridad y la efectividad del uso de los cigarrillos electrónicos con o sin nicotina, como estrategia para dejar de fumar o reducir el consumo de cigarrillo en población vulnerable (v.g. pacientes con enfermedad mental, farmacodependencia, indigencia, población carcelaria) que fumaba al menos 10 cigarrillos día durante los últimos 12 meses. Tres estudios observacionales no encontraron diferencias entre los grupos ($p>0,05$). De forma general, no se reportaron eventos adversos serios. La calidad de la evidencia fue muy baja por serias limitaciones en el riesgo de sesgos.

Cigarrillos electrónicos sin nicotina

Una RS de Cochrane (AMSTAR 2; confianza alta) evaluó los CE sin nicotina, sin encontrar efecto en cesación al menos a seis meses comparado con cuidado estándar (RR=1,57; IC95%=0,65-3,82; 140 participantes; 1 estudio); con TRN (RR=0,76; IC95%=0,43-1,34; 150 participantes, 1 estudio) y CE con TRN comparado con TRN (RR=1,67; IC95%=0,50-5,53; 624 participantes, 1 estudio). La calidad de la evidencia es baja por riesgo de sesgo e imprecisión (115). Cabe anotar que se identificó evidencia de otros dispositivos electrónicos de suministro de nicotina diferentes a los CE como vapeadores para cesación tabáquica.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO: La evidencia muestra que el uso de cigarrillos electrónicos para el tratamiento de cesación tabáquica no ha mostrado eficacia y la evidencia es de baja calidad con alto riesgo de sesgo, por lo que se necesita nueva evidencia de mejor calidad para generar una recomendación a favor de su uso. El Ministerio de Salud alertó sobre las enfermedades que puede causar el uso de cigarrillos electrónicos como *“afectación en el desarrollo cerebral en niños y adolescentes, enfermedad coronaria, cáncer de pulmón, asma, infarto agudo de miocardio, neumonía lipóide y enfermedad pulmonar intersticial, entre otras”* (7). Adicionalmente, los expertos mencionan que varios estudios son financiados por la industria a través de otras entidades o instituciones académicas, y no se incluyen desenlaces relevantes como adicción a la nicotina, efectos secundarios a largo plazo, efectos cardiovasculares, pulmonares o cáncer. Una RS del Instituto de Salud pública de México evaluó el impacto de los conflictos de intereses sobre la evidencia de SEAN, reportando que los estudios financiados por la industria aumentan 21 veces la probabilidad de tener resultados positivos; y que su diseño, sabores y posibilidad de personalizarlos los hacen más atractivos para adolescentes y jóvenes adultos (116). El panel considera que el riesgo para los pacientes es más alto que el beneficio, por lo que no se recomienda su uso como terapia de cesación tabáquica.

USO DE RECURSOS: Los expertos consideran que la recomendación de no uso de cigarrillos electrónicos ahorraría costos al sistema de salud y a los pacientes. Se debe invertir en la capacitación a los profesionales y a los pacientes sobre el riesgo de usar los CE como dispositivos que suministran nicotina y como terapia de cesación tabáquica. Este entrenamiento en muchas ocasiones es financiado por la industria del tabaco, así que es importante que el entrenamiento se realice libre de conflictos de interés de acuerdo con las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, definidas en la Ley 1109 de 2009.

VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES: En el estudio cualitativo diseñado para la Guía se reporta que la percepción de los fumadores entrevistados frente a dispositivos de suministro no convencionales o mecanismos de sustitución de nicotina es diversa. A un grupo no les gusta el olor, el sabor ni la apariencia; otro grupo lo prefiere como una alternativa para dejar de fumar, aunque les parece costoso. De forma general, afirman que falta información sobre su seguridad, no les gusta que la apariencia, olor o sabor no sea tan similares al cigarrillo, y consideran que pueden volverse adictos a los dispositivos de nicotina. Los pacientes recomiendan que se debe informar al fumador con información veraz y confiable frente a mecanismos de sustitución. Algunos expertos declaran que la industria del tabaco y del vapeo comercializan sus productos aún en países donde están prohibidos y han logrado penetrar en el imaginario de la población como un hábito de bajo riesgo, de moda y no se reconoce como un problema de salud pública.

APLICABILIDAD E IMPACTO EN LA EQUIDAD Existe una limitación regulatoria para la implementación de CE con parte de la terapia de cesación tabáquica dado que no existe normatividad nacional que regule el uso de los CE y el INVIMA declara que “*no está aprobada la comercialización de CE como dispositivo de cesación de tabaco y no constituye un medicamento*” (158). Tampoco se encuentra aprobada esta terapia en la FDA y en OMS. En cuanto a aceptabilidad, se considera que los usuarios de la Guía pueden aceptar la recomendación, dado que la evidencia contradictoria de baja calidad y los costos asociados hacen que reconozcan que los CE no son una alternativa para dejar de consumir tabaco en la población colombiana.

Pregunta 6: ¿cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para los pacientes que no quieren dejar de fumar?

Población	• Consumidores de tabaco en cualquier grado que no deseen dejar de fumar.
Intervención	• Tratamiento no farmacológico. • Tratamiento farmacológico. • Terapia combinada. • No intervención.
Desenlace	• Tomar la decisión de dejar de fumar. • Disminución del número de cigarrillos que consume. • Lograr la cesación del tabaquismo. • Eventos adversos.

Recomendaciones

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

Resumen de los hallazgos

Para dar respuesta a esta pregunta, se identificaron tres revisiones sistemáticas que evaluaron las estrategias farmacológicas y no farmacológicas para los pacientes que no quieren dejar de consumir tabaco y sus derivados. No se identificaron desenlaces que evaluaran calidad de vida. A continuación, en la tabla 20 se presenta un resumen de la evidencia identificada.

Tabla 20. Resumen de los hallazgos de la pregunta 6

Referencia (AMSTAR 2)	Población	Intervención/es	Comparador	n/ intervención	N/ intervención	n/ control	N/ control	RR	IC95%	Calificación GRADE
(45) (Alta)	Pacientes diagnosticados con dependencia al alcohol, sustancias psicoactivas o ambas. Los participantes eran adultos, de 15 años o más, fumadores activos, que se encontraban en tratamiento intrahospitalario o ambulatorio para dependencia de alcohol, sustancias psicoactivas o las dos, que no manifestaron deseo o convicción para dejar de fumar y accedieron a participar en el estudio para incentivar la cesación tabáquica	11 estudios evaluaron intervenciones farmacológicas: 1. Naltroxona (50-100 mg al día por 12 semanas) 2. Topiramato (dosis escalada de 25 mg a 300 mg al día por 12 semanas) 3. TRN en goma de mascar y parches simultáneamente. 4. bupropión+TRN con parches 5. bupropión (150-300 mg por 7 semanas). 6. TRN con parches o goma de mascar. 7. bupropión (150-300 mg por 12 semanas). +Buprenorfina (24 mg al día por 12 semanas) + consejería. 8. vareniclina (1 mg al día por 12 semanas) 9. vareniclina (1 mg al día por 6 meses) versus TRN con parches + Libitum.	Terapia única de consejería, Placebo o terapia convencional	105	1035	45	773	1,88	1,37-2,57	Calidad de la evidencia muy baja
		Combinación de terapia de consejería en conjunto con terapia farmacológica	No intervención	220	1264	89	965	1,74	1,39-2,18	Calidad de la evidencia muy baja

Referencia (AMSTAR 2)	Población	Intervención/es	Comparador	n/ intervención	N/ intervención	n/ control	N/ control	RR	IC95%	Calificación GRADE
(84) (Alta)	Los participantes eran fumadores activos que aceptaron ser parte de los estudios. 42 de los estudios identificaron sus participantes de la población general a través de publicidad o medios de comunicación, personas que acudían a clínicas de cesación tabáquica, atención en salud de primer nivel o llamadas y correos electrónicos. Se realizaron 5 subgrupos de análisis. En el primer subgrupo de análisis, los estudios se agruparon según si tenían o no una fecha establecida para la cesación tabáquica.	Cese Progresivo en población general	Cese abrupto población general	87	915	25	684	1,74	0,90-3,38	Calidad de la evidencia muy baja
		Cese Progresivo en población con tabaquismo activo que presentaba fecha establecida para dejar de fumar	Cese abrupto población con tabaquismo activo que presentaba fecha establecida para dejar de fumar	358	2306	373	2398	0,98	0,81-1,18	Calidad de la evidencia muy baja
		Cese Progresivo en población con tabaquismo activo que no presentaba fecha establecida para dejar de fumar	Cese abrupto población con tabaquismo activo que no presentaba fecha establecida para dejar de fumar	179	1899	118	1229	1,05	0,78-1,41	Calidad de la evidencia: Baja
(117) (Moderada)	7981 fumadores adultos que no tuviesen intención no estuviesen dispuestos a disminuir su tabaquismo, no estuvieran listos para dejar de fumar o no quisieran disminuir su intensidad tabáquica. No se aclara en donde se realizó el reclutamiento de pacientes	Terapia conductual + Varenicline 1 mg cada 12 horas por 12 semanas	Terapia conductual + Placebo	220	867	82	861	2,66	2,10-3,36	Calidad de la evidencia alta
		Terapia conductual + TRN (no se encuentran dosis utilizadas)	Terapia conductual + Placebo	111	1176	59	1180	1,94	1,26-3,0	Calidad de la evidencia muy baja
		Terapia conductual + bupropión 300 mg/día por 12 semanas	Terapia conductual + Placebo	20	295	16	299	1,27	0,67-2,40	Calidad de la evidencia muy baja

Terapia combinada

En una revisión sistemática (118) (AMSTAR 2: calidad alta), se evaluaron los efectos de intervenciones para la cesación tabáquica a nivel farmacológico, comportamental y combinados, dirigidos a la población fumadora activa que aún no está preparada para dejar de fumar, pero que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. En la RS se incluyeron 20 estudios, de los cuales 15 presentaron desenlaces de abstinencia verificados bioquímicamente. Dentro de los 20 estudios se identificaron tres principales intervenciones: las farmacológicas, las comportamentales y la combinación entre farmacológicas y comportamentales. Diez estudios evaluaron intervenciones farmacológicas con terapia de reemplazo de nicotina (TRN), bupropión (150 mg al día por 6 meses) y vareniclina (escalamiento de 0,5-2mg al día por seis meses). Siete estudios evaluaron TRN en tabletas, goma de mascar, parche o inhalado con placebo o tratamiento usual por periodos de 3, 6, 12 y 24 meses. Un estudio evaluó bupropión versus placebo con seguimiento a 26 semanas. La vareniclina fue evaluada en 2 estudios con seguimiento a seis y siete meses. De 3.926 pacientes evaluados en los 10 estudios con intervenciones farmacológicas, 1.966 se encontraban en el grupo de intervención y 1.960 en el grupo de control. El 16,22% de los pacientes del grupo de intervención presentó cese de tabaquismo, versus el 6,78% evidenciado en el grupo control (OR=2,72; IC95%=2,19-3,37; $p=0,03$; $I^2=56\%$). Las intervenciones comportamentales se evaluaron en 6 estudios. Los principales tipos de tratamientos se basaron en consejería de reducción de tabaquismo, entrevistas motivacionales, educación en salud, correos electrónicos y llamadas telefónicas. Cuatro de estos estudios realizaron seguimientos telefónicos y los 2 estudios restantes realizaron seguimientos con cuatro visitas presenciales para cada paciente del estudio. En estos 6 estudios se evaluaron 941 participantes, de los cuales, 549 pertenecían al grupo de intervención y 392 al grupo de control. Del grupo de Intervención, 24 paciente cesaron el tabaquismo, en comparación con ocho del grupo control (OR=1,90; IC95%=0,86-4,23; $p=0,49$; $I^2=0\%$). La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo, heterogeneidad e imprecisión.

Las intervenciones combinadas entre terapia farmacológica y terapia comportamental fueron evaluadas en 4 estudios. Se evaluó la respuesta del RTN a través de parches o goma de mascar por seis meses asociado a consejería de reducción personal en cuatro sesiones personales (119). Se evaluaron 67 pacientes, 32 del grupo de intervención y 35 del grupo control. Cuatro pacientes del grupo control presentaron cesación tabáquica en comparación con tres del grupo control (OR=1,52; IC95%=0,31-7,40). Posteriormente en el 2004, el mismo investigador (120) evaluó nuevamente el TRN a través de parches o goma de mascar, pero realizó el seguimiento por 1,5 meses y la consejería de reducción se realizó de forma telefónica. En esta ocasión, participaron 616 pacientes, de los cuales 409 pertenecen al grupo de intervención y 207 al grupo de control. Además, 83 pacientes del grupo control presentaron cesación tabáquica versus nueve pacientes del grupo control (OR=5,60; IC95%=2,75-11,39. En otro estudio (121), se evaluó la respuesta del TRN durante dos meses asociado a cuatro sesiones de consejería personal. En el estudio participaron 1.154 pacientes, 928 del grupo de tratamiento y 226 del grupo control. 74 pacientes presentaron cesación tabáquica en el grupo de intervención en comparación con diez pacientes del grupo control (OR=1,87; IC95%=0,95-3,68).

En la RS (122) evaluaron la respuesta del TRN durante 18 meses asociado a cinco sesiones telefónicas de consejería de reducción. En el estudio participaron 152 pacientes, de los cuales 78 pertenecían al grupo de tratamiento y 74 al grupo control. Nueve pacientes presentan cesación tabáquica en el grupo de intervención al igual que en el grupo control (OR=0,94; IC95%=0,35-2,52). Los 4 estudios con intervenciones combinadas evaluaron un total de 1.989 participantes, de los cuales 1.447 pertenecían al grupo de intervención y 542 al grupo de control. Del grupo de intervención, 170 pacientes cesaron el tabaquismo, en comparación con 31 del grupo control (OR=2,64; IC95%=1,76-3,97; $p=0,02$; $I^2=70\%$ (117). La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo, heterogeneidad e imprecisión.

Otra revisión sistemática (45) (AMSTAR 2: calidad alta) evaluó el efecto de diferentes tipos de intervenciones (consejería, farmacoterapia o su combinación) para cesación tabáquica dirigida a pacientes diagnosticados con dependencia al alcohol, sustancias psicoactivas o ambas. Los participantes eran adultos de 15 años o más, fumadores activos, que se encontraban en tratamiento intrahospitalario o ambulatorio para dependencia de alcohol, sustancias psicoactivas o las dos, que no manifestaron deseo o convicción para dejar de fumar y accedieron a participar en el estudio para incentivar la cesación tabáquica. De 11 estudios incluidos, dos ofrecieron consejería personalizada por 10-15 minutos; uno ofreció 30 minutos de entrevista motivacional; uno ofreció 15 minutos de consejería diaria por el tiempo de seguimiento; otro ofreció consejería personalizada e incentivo para acudir a consejería grupal; uno más ofreció terapias cognitivas conductuales de 30 minutos direccionadas a la cesación tabáquica; una ofreció terapia grupal; dos ofrecieron entrevistas motivacionales con incentivos; otro incluyó 12 intervenciones comportamentales en terapias grupales de 60 minutos cada una, y una ofreció entrevistas motivacionales combinada con seguimientos de entrenamiento de habilidades. 11 estudios evaluaron intervenciones farmacológicas, de las cuales uno ofreció naltroxona (50-100 mg al día por 12 semanas) y topiramato (dosis escalada de 25 mg a 300 mg al día por 12 semanas); uno ofreció TRN en goma de mascar y parches simultáneamente; 2 estudios ofrecieron bupropión+TRN con parches; dos ofrecieron bupropión (150-300 mg por 7 semanas) vs. placebo; dos más ofrecieron TRN con parches o goma de mascar; uno ofreció bupropión (150-300 mg por 12 semanas) + buprenorfina (24 mg al día por 12 semanas + consejería, versus buprenorfina y consejería; uno ofreció vareniclina (1 mg al día por 12 semanas y otro ofreció vareniclina (1 mg al día por seis meses) vs. TRN con parches + libitum. La entrevista motivacional se encuentra en el anexo 9.

Los 12 estudios restantes evaluaron la combinación de terapia conductual asociada a terapia farmacológica. 11 de los estudios combinados evaluaron consejería asociada a TRN y uno de los 12 estudios adicionó bupropión al grupo de intervención. Los estudios que intervinieron a los participantes con consejería (11 estudios) no mostraron diferencias significativas con el cuidado convencional para la cesación tabáquica (RR=1,33; IC95%=0,90-1,95; $p=0,15$; $I^2=28\%$; 1.759 pacientes). Los estudios que evaluaron las intervenciones farmacológicas contra placebo o cuidado convencional se asociaron significativamente con la cesación tabáquica

en el grupo de intervención ($RR=1,88$; $IC95\%=1,37-2,57$; $p=0,002$; $I^2=64\%$; 1.808 pacientes). Cuando el análisis se limitaba a los estudios que presentaban como intervención TRN, el efecto de los tratamientos continuó significativo ($RR=7,74$; $IC95\%=3,00-19,94$; 3 estudios, 635 pacientes). Cuando los estudios fueron limitados a tratamientos no-TRN o combinados (no-TRN con TRN), no se evidenció un efecto significativo ($RR=1,25$; $IC95\%=0,89-1,77$; 8 estudios; 1.173 participantes). Este desenlace presenta una disminución de la calificación de calidad, de alta a baja calidad por riesgo de sesgo. La combinación de terapia de consejería en conjunto con terapia farmacológica presentó una asociación significativa a la cesación tabáquica ($RR=1,74$; $IC95\%=1,39-2,18$; $p=0,05$; $I^2=43\%$; 12 estudios; 2.229 participantes). El desenlace disminuyó de calificación de calidad por el riesgo de sesgo y heterogeneidad en la naturaleza de las intervenciones (45). La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo, heterogeneidad e imprecisión.

Tratamiento farmacológico

En una revisión sistemática (117) (AMSTAR 2: calidad media), se evaluaron que intervenciones podrían ser efectivas para lograr la cesación tabáquica en la población que no tiene intenciones en dejar de fumar. Se evaluaron 14 ensayos clínicos aleatorizados con un total de 7.981 fumadores adultos que no tuviesen intención, no estuviesen dispuestos a disminuir su tabaquismo, no estuvieran listos para dejar de fumar o no quisieran disminuir su intensidad tabáquica. Dentro de las intervenciones evaluadas a largo plazo para el cese del tabaquismo se describen la terapia farmacológica (reemplazo de nicotina, bupropión y vareniclina) o terapia comportamental a través de terapia de soporte de reducción tabáquica o material de autoayuda para dejar de fumar. Las intervenciones se compararon con placebo, no intervención y otros soportes comportamentales como consejería. El desenlace principal fue la cesación tabáquica al menos a seis meses de seguimiento. No es claro el incentivo que se utilizó en los estudios para que los participantes accedieran a recibir terapia para cesación tabáquica. El primer grupo de análisis se realizó comparando soporte de reducción tabáquica más terapias farmacológicas (intervención) versus soporte de reducción tabáquica más placebo (control).

- En el primer subgrupo de intervención se comparó el soporte de reducción tabáquica con vareniclina y se encontró una cesación tabáquica por al menos seis meses de seguimiento en 220 de 867 participantes y en el grupo control se encontró una cesación tabáquica por al menos seis meses de seguimiento en 82 de 861 participantes ($RR=2,66$; $IC95\%=2,10-3,36$; $p=0,00001$; $I^2=0\%$; 1.728 pacientes).
- En el segundo análisis del subgrupo de terapia farmacológica se comparó el soporte de reducción tabáquica más terapia de reemplazo de nicotina, encontrando una cesación tabáquica en 111 de 1.176 participantes. El soporte de reducción tabáquica más placebo en este subgrupo de estudios encontró una cesación tabáquica en 59 de 1.180 participantes ($RR=1,94$; $IC95\%=1,26-3,0$; $p=0,003$; $I^2=45\%$; 2.356 pacientes).

- El tercer análisis del subgrupo de terapia farmacológica comparó el soporte de reducción tabáquica más bupropión versus el soporte de reducción tabáquica más placebo. El grupo a quien se le administró bupropión presentó una cesación tabáquica en 20 de 295 participantes y en el grupo a quien se le administró placebo obtuvo una cesación tabáquica en 16 de 299 participantes (RR=1,27; IC95%=0,67-2,40; $p=0,47$; 594 pacientes). Teniendo en cuenta el total de eventos del análisis realizado con terapias farmacológicas se reporta que 351 de 2.338 participantes presentaron una cesación tabáquica por al menos seis meses en el grupo de intervención y 157 de 2.340 participantes lograron cesación tabáquica por al menos seis meses del grupo control (RR=1,97; IC95%=1,44-2,71; $p=0,0001$; $I^2=52\%$; 4.678 pacientes).
- En el segundo análisis se realiza una comparación entre soporte de reducción tabáquica más terapia farmacológica (intervención) versus otros soportes de reducción tabáquica más terapia farmacológica (control). Se identificaron dos ensayos clínicos los cuales reportaron una cesación tabáquica por al menos 6 meses de seguimiento en 43 de 247 participantes del grupo de intervención y una cesación tabáquica por al menos 6 meses de seguimiento en 49 de 229 participantes del grupo de control (RR=0,93; IC95%=0,44-2,00; $p=0,20$; $I^2=40\%$; 476 pacientes). En el análisis de los efectos adversos de las intervenciones (muerte, eventos adversos serios y suspensión del tratamiento por eventos adversos) no se encontraron diferencias significativas con los observados en los individuos asignados al grupo control (RR=1,29; IC95%=1,00-1,67; $p=0,39$; $I^2=0\%$; 4.564 pacientes).

Cese abrupto

En una revisión sistemática (82) (AMSTAR 2: calidad alta), se evaluaron la disminución paulatina del tabaquismo en comparación con el cese total y abrupto de este. La revisión incluyó 51 ensayos clínicos aleatorizados en los que participaron 22.509 individuos. Se llevaron a cabo 12 análisis diferentes según los subgrupos creados y sus combinaciones. Para dar respuesta a la pregunta 8, nos enfocaremos en los resultados de los análisis de los brazos principales (cesación tabáquica abrupto versus progresivo) y en el análisis del subgrupo que tenía o no fecha designada para dejar de fumar. En estos pacientes no se utilizaron terapias farmacológicas para la cesación tabáquica. En el análisis de brazos principales se incluyeron 32 estudios que compararon la cesación tabáquica abrupto versus el cese progresivo. En el brazo de la suspensión progresiva se encontró cesación tabáquica en 87 de 915 participantes y en el brazo de la suspensión abrupta se encontró cesación tabáquica en 25 de 684 participantes (RR=1,74; IC95%=0,90-3,38; $p=0,1$; $I^2=45,28\%$; 1.599 pacientes). El análisis realizado en el subgrupo de pacientes que habían fijado o no fecha de cesación tabáquica (29 estudios) mostró que, en el brazo de cese progresivo, aquellos que habían fijado fecha de cese obtuvieron 358 ceses tabáquicos de 2.306 participantes. En el brazo de cese abrupto, aquellos que habían fijado fecha de cese obtuvieron 373 ceses tabáquicos de 2.398 participantes (RR=0,98; IC95%=0,81-1,18; $p=0,83$; $I^2=43,62\%$; 4.704 pacientes). Por el contrario, aquellos participantes que no tenían claro el tiempo de cesación tabáquica presentaron 179 ceses tabáquicos de 1.899 participantes en el brazo de cese progresivo y 118 de 1.229 en el brazo

de cese abrupto ($RR=1,05$; $IC95\%=0,78-1,41$; $p=0,74$; $I^2=17,63\%$; 3.128 pacientes). Al totalizar los subgrupos, se reportaron 584 participantes que lograron cese de tabaquismo prolongado de 4.922 participantes en el brazo de cese progresivo y 528 participantes que lograron cese de tabaquismo prolongado de 4.297 en cese abrupto ($RR=1,01$; $IC95\%=0,88-1,17$; $p=0,79$; $I^2=0\%$; 9.219 participantes).

Evidencia de dispositivos de suministro de tabaco y sus derivados: No se encontró evidencia que evalué las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en personas consumidoras de cigarrillos electrónicos, vapeadores y otros dispositivos de suministro de tabaco que no quieren dejar de consumir.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO: El panel de expertos considera que se debe respetar la decisión del paciente; sin embargo, si a pesar de la consejería la persona aún no toma la decisión, se debe seguir con un seguimiento que permita reanalizar la decisión periódicamente. La evidencia de baja calidad presenta que los beneficios son mayores que los riesgos de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas identificadas. El panel enfatiza la importancia de que la cesación tabáquica depende principalmente del estadio de motivación del paciente y el planteamiento de seguimientos periódicos para conocer si el estadio de motivación ha cambiado. Adicionalmente, los expertos mencionan que es importante no dirigir el tratamiento farmacológico solo a un medicamento y previo a su inicio se debe tener en cuenta los aspectos psicosociales que intervienen en el tabaquismo del paciente.

USO DE RECURSOS: Los expertos consideran que, aunque los medicamentos recomendados no se encuentran todos en el plan de beneficios, y los que no están se pueden obtener por MIPRES. También es necesario capacitar a los médicos expertos en cesación tabáquica para la adecuada consejería respetando la voluntad del paciente.

VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES: El estudio cualitativo diseñado para la guía reporta que los pacientes que no quieren dejar de fumar y participaron en el estudio reiteran su intención de no dejar el hábito, dicho comentario estuvo presente en todas las edades y condiciones de los participantes. Ante la negativa de dejar de fumar, reportaron que estrategias de negociación y de explicar las consecuencias a largo plazo fueron útiles para que muchos mencionaran que quizá más adelante lo dejarían. Alternativas de sustitución de nicotina como cigarrillos electrónicos o vapeadores generalmente no son bien recibidos, puesto que no hay seguridad o certeza sobre los efectos en el organismo de dichas intervenciones. En algunos casos, el hábito se describe más como un gusto personal que es difícil de eliminar o sustituir, lo que supone un verdadero reto para el abordaje de los consumidores de tabaco que no quieren dejarlo; entonces, conviene desarrollar una motivación lo suficientemente fuerte como para hacer que los consumidores puedan desistir de su decisión. El panel de expertos expresa la importancia de respetar las decisiones del paciente y no presionarlos.

APLICABILIDAD E IMPACTO EN LA EQUIDAD: Se considera que los usuarios de la Guía estarán de acuerdo con las recomendaciones y son fácilmente implementables en los diferentes niveles de complejidad. El panel de expertos expresa la necesidad de realizar un seguimiento a los consumidores de tabaco que no desean dejar de fumar y quienes se encuentran indecisos. Este seguimiento implica sesiones de consejería motivacional e inicio de terapia con varenicilina en los pacientes que acepten. Los expertos reiteran que se deben respetar los deseos del paciente y no presionar por un inicio de tratamiento si no están listos, porque puede llevar a falla terapéutica y a aversión al tratamiento. Las recomendaciones no tendrán impacto en la equidad.

Pregunta 7: ¿cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para las personas expuestas a humo 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, escolar, 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 periodo de al menos seis semanas. Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja ⊕⊕○○
☒	Se recomienda 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 recomienda canalizarlo 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 sus derechos. Puntos de buena práctica

Resumen de los hallazgos

Para dar respuesta a esta pregunta, se identificaron tres revisiones sistemáticas que evaluaron intervenciones no farmacológicas para evitar la exposición a humo de segunda mano.

Terapia no farmacológica

En una revisión sistemática (123) (AMSTAR 2: calidad baja), se evaluó la efectividad de las intervenciones diseñadas para disminuir la exposición ambiental al humo de tabaco en niños (desde el nacimiento a 17 años). Se evaluaron 78 ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados, en donde la intervención (prevención de tabaquismo, programas de cese y disminución tabáquica, promoción en salud, terapia de comportamiento, educación, tecnología y clínicas de intervención) estaba dirigida a padres y cuidadores que fueran fumadores activos con el objetivo de disminuir la exposición al humo de tabaco de niños desde el nacimiento hasta los 17 años.

Uno de los estudios incluyó a madres que se comunicaban telefónicamente con líneas de ayuda para dejar de fumar. 7 estudios incluyeron padres fumadores de niños escolarizados y fueron reclutados en las instituciones educativas. 5 estudios reclutaron a padres y cuidadores de menores de edad que fueran fumadores activos en otros establecimientos comunitarios. 8 estudios reclutaron a su población de centros de salud. 25 estudios reclutaron a padres y cuidadores fumadores activos en guarderías, jardines infantiles y clínicas de vacunación. 14 estudios reclutaron a su población en clínicas de maternidad a través de historias clínicas. De los 52 estudios que no mostraron disminución significativa en la exposición al humo de tabaco en los niños, 19 estudios utilizaron acercamientos intensivos; 10 estudios utilizaron consejería breve; 6 estudios utilizaron retroalimentación de los niveles bioquímicos de exposición a tabaco de los niños a los padres y cuidadores; 2 estudios utilizaron terapia de reemplazo de nicotina, y 1 estudio reportó retroalimentación de niveles de nicotina materna.

Un estudio realizó retroalimentación de la evaluación computarizada del riesgo. 2 estudios utilizaron soporte telefónico. 8 estudios reportaron que su intervención se basó en visitas domiciliarias de educación. 1 estudio utilizó sesiones de grupo. 3 estudios utilizaron material educativo y 1 estudio utilizó políticas de promoción de salud en instituciones educativas. Los autores reportan que, debido a la heterogeneidad en los diseños de los estudios, los resultados no fueron combinados en un metaanálisis, por lo que los resultados se presentan de forma descriptiva. diez de los 78 estudios fueron realizados en la población adolescente. De estos 10 estudios, 5 no mostraron efectos significativos de la intervención sobre la exposición al humo de tabaco en los menores de edad (de 15-18 años). Algunos estudios (124-125) mostraron efectos benéficos de la intervención sobre la exposición al humo de tabaco, niveles de nicotina con validación bioquímica y en el aire y sobre la salud de los menores de edad.

Otro estudio (124) evaluó la cesación tabáquica en padres y cuidadores latinos que fueran fumadores y tuvieran a su cuidado niños con diagnóstico de asma. Se realizaron dos grupos: el primero tuvo un modelo de intervención de comportamiento (MIC) y el segundo un modelo de adopción de precaución (MAP.) Igualmente, se les ofreció parches de reemplazo de nicotina a aquellos padres o cuidadores que estuvieran listos para dejar de fumar. El 20% de los pacientes del primer grupo y 9,1% del segundo grupo presentaron cesación tabáquica por al menos dos meses postratamiento (OR=2,54; IC95%=0,91-7,10), lo cual cambió a los tres meses, presentando un 19,1% y un 12,3% de cesación tabáquica, respectivamente (OR=1,68; IC95%=0,64-4,37). Solo se demostró disminución al humo de tabaco en el primer grupo ($p=0,001$), al igual que la disminución de comorbilidad con asma en los niños expuestos al humo de tabaco ($p=0,001$).

Un estudio (126) evaluó la cesación tabáquica en padres y cuidadores estadounidenses que fueran fumadores y tuvieran a su cuidado niños (de 3 a 17 años) con diagnóstico de asma o niños sanos. Los padres de niños con diagnóstico de asma fueron reclutados en instituciones de salud de atención de urgencias y los padres de niños sanos fueron reclutados

en la comunidad. Los cuidadores debían permanecer con los menores de edad mínimo cuatro horas a la semana y presentar un consumo de tabaco mayor o igual a tres cigarrillos por día. Niños con otras enfermedades respiratorias o cardíacas fueron excluidos. Los participantes recibieron charlas educativas domiciliarias sobre bienestar infantil, asma y cesación tabáquica. Posterior a las charlas educativas, recibieron seis llamadas de 15 minutos en los siguientes cuatro meses para reforzar la educación brindada en la charla domiciliaria y retroalimentación de los niveles bioquímicos de nicotina encontrado en los menores. Si los cuidadores decidían explícitamente que querían dejar de fumar, se les administraba de forma gratuita parches de nicotina por ocho semanas. Se crearon dos grupos con distribución aleatoria: un modelo de adopción de precaución (MAP) y un modelo de adopción de precaución intensivo (MAPI). El grupo asignado al MAPI recibió doble visita y retroalimentación. Participaron 560 personas fumadoras de un promedio de 15 cigarrillos al día. Los autores reportaron que a los cuatro meses de seguimiento el punto de prevalencia de abstinencia en el grupo del MAPI fue del 18,24% y en el grupo de MAP fue de 9,94% (OR=2,70; IC95%=1.,38-5,29; $p=0,005$). La abstinencia de cigarrillos a los 12 meses de seguimiento se reportó en el PAMI en un 13,53% y en el PAM en un 9,36% (OR=1,63; IC95%=0,82-3,25).

En otro estudio (127), se evaluó la eficacia de la intervención mínima para crear hogares de bajos ingresos libres de humo de tabaco, en donde hubiese al menos un fumador activo y personas no fumadoras, ya fueran adultos o niños, y que permitieran consumo de cigarrillo dentro de la casa. Los hogares fueron reclutados a través del sistema de referencia de los servicios sociales de Atlanta. A través de la línea telefónica de servicios sociales, de la población que se comunicaba telefónicamente con el sistema de referencia, se detectaron las familias de bajos ingresos que tuvieran fumadores activos, de los cuales aceptaron ser parte del estudio 498 personas. De forma aleatoria se asignaron 246 participantes a la intervención y 252 participantes fueron asignados al grupo de control, en donde no recibieron ningún tratamiento o intervención. La intervención se realizó durante seis semanas con intervalos de dos semanas en cada componente y constaba de un correo electrónico, seguido de una llamada de entrenamiento y, posteriormente, dos correos más. Inicialmente, se realizó una entrevista en donde se caracterizó demográficamente a las familias y se definió si existían limitaciones o prohibiciones para el consumo de cigarrillo dentro de la casa (si era permitido fumar en toda la casa, en algunos lugares de la casa o en el perímetro de la casa). El primer componente constó de un correo electrónico con información y consejos para lograr tener un hogar libre de humo de tabaco. El segundo componente constaba de una llamada de 15-20 minutos en donde se brindaba consejería y entrevista motivacional. El tercer componente era un correo electrónico con fotos e historias familiares de quienes habían logrado el objetivo de un hogar libre de humo de tabaco. El cuarto componente se basó en un correo físico con otras historias de éxito, calcomanías y carteles para incentivar la cesación tabáquica, información de residuos de humo en superficies y un monitor de nicotina ambiental. El grupo de intervención presentó una disminución significativa en el promedio de individuos expuestos a tabaquismo de segunda mano a los 3 y 6 meses de seguimiento (2,7, desviación estándar (DE)=2,86 en el grupo de intervención versus 3,8, DE=2,97, $p<0,001$ a los 3 meses y 2,1, DE=2,66 en el grupo de intervención versus 3,2, DE=3,05, $p<0,001$ a los 6 meses). Igualmente, el grupo de

intervención presentó una disminución significativa en el promedio de número de cigarrillos consumidos por día a los 3 y 6 meses de seguimiento (9,8, DE=6,3 en el grupo de intervención versus 13,0, DE=8,5, $p<0,001$ a los tres meses y 9,2, DE=6,6 en el grupo de intervención versus 11,3, DE=8,4, $p<0,02$ a los seis meses).

En otro estudio (128), los autores evaluaron el impacto de una intervención que pretende reducir la exposición del tabaquismo de segunda mano en los hogares México-Americanos. Los hogares fueron identificados de la base de datos de estudios previos llamada “mano a mano” (125). De los hogares contactados inicialmente, 91 hogares fueron incluidos en el estudio. Se realizaron dos intervenciones: la primera corresponde a “fotonovelas y *comic book*” y se nombra el grupo como “EI”; la segunda intervención corresponde a “*Set Yourself Free booklet*” y se nombra el grupo como “SC”. Durante las entrevistas iniciales se instaló en casa hogar dos monitores de nicotina ambiental, que fueron retirados a los 12 meses de seguimiento. La intervención del grupo EI (47 hogares participantes) contenía caricaturas en donde se reflejaba el impacto positivo de la cesación tabáquica sobre las personas que eran fumadores pasivos en los hogares. Las fotonovelas describían el impacto negativo del tabaquismo de un miembro de la familia sobre el resto de la familia no fumadora. Igualmente, en este grupo se distribuyeron recomendaciones y consejos prácticos para la cesación tabáquica. El grupo control correspondió al SC (44 hogares participantes) que consistió en libros de autoayuda sin consejería concomitante. El seguimiento se realizó a los seis y los 12 meses. A los 12 meses solo 72 hogares continuaron en el estudio. Al inicio del estudio todos los hogares permitían consumo de tabaco dentro de los hogares. Sin embargo, el porcentaje de los hogares que prohibieron el consumo de tabaco a los seis meses en el grupo EI fue del 57% versus el 47% en el grupo SC. A los 12 meses el porcentaje de los hogares que prohibieron el consumo de tabaco en el grupo EI fue del 73% versus el 56% en el grupo SC ($p<0,001$).

Por último, en otro estudio (125) los autores buscaron establecer si las madres que recibían intervenciones de cesación tabáquica que enfatizara el alto riesgo en la salud de los hijos (grupo 1) por tabaquismo de segunda mano tenían mejores tasas de cesación tabáquica que las madres que recibían intervenciones de cesación tabáquica que enfatizara el alto riesgo en su propia salud (grupo 2) o consejería convencional (control) para dejar de fumar. Las madres con tabaquismo activo fueron reclutadas de hospitales de la comunidad. El seguimiento se realizó a los seis meses a través de autorreporte realizado con llamada telefónica. Los resultados direccionados a la cesación tabáquica se dividieron según el ingreso mensual de las madres. Tanto las madres con bajo ingreso mensual como las madres con alto ingreso mensual presentaron un porcentaje de disminución significativa principalmente con la intervención dirigida a la salud de los hijos, seguida de la intervención con énfasis en la salud propia, comparándolas con el grupo control. 14 de las madres del grupo 1 (25%) que pertenecían a los hogares con bajo ingreso mensual presentaron cesación tabáquica a los 6 meses de seguimiento ($p<0,0001$). En el grupo de hogares con alto ingreso mensual, se presentó una cesación tabáquica en 13 participantes (23,6%, $p<0,0001$). Del grupo 2, en los hogares con bajo ingreso mensual solo cinco (8,1%) participantes presentaron cesación tabáquica a los seis meses, y en los hogares con alto ingreso mensual 12 participantes (17,4%) presentaron cesación tabáquica. En el grupo control solo un

participante (1,5%) presentó cesación tabáquica en los hogares de bajos ingresos y ningún participante presentó cesación tabáquica en los hogares de altos ingresos.

Mujeres embarazadas no fumadoras

En una revisión sistemática (129), se identificaron intervenciones clínicas para reducir el tabaquismo de segunda mano entre mujeres embarazadas no fumadoras. Se evaluaron 5 ensayos clínicos aleatorizados (130-131), los cuales incluyeron 2.116 participantes. La población objetivo de uno de los estudios fueron las parejas de las mujeres embarazadas fumadoras y no fumadoras (561 participantes). Cuatro de los estudios enfocaron su población objetivo a mujeres embarazadas no fumadoras. El estudio (130) utilizó, para el grupo de intervención, terapia de reemplazo de nicotina más consejería médica personalizada, mientras que en el grupo de control utilizó cuidado convencional a través de panfletos con opciones de cesación tabáquica. El desenlace fue medido por cesación tabáquica de la pareja de la mujer embarazada a seis meses por autorreporte y verificado en un subgrupo de los participantes con medición bioquímica. Se encontró cesación tabáquica a los seis meses en 48 de 291 hombres en el grupo de intervención (16%) en comparación con 25 (9,3%) de 270 hombres en el grupo de control ($p=0,011$; $OR=0,52$; $IC95\%=0,31-0,86$). El ensayo (132) utilizó como estrategia, en el grupo de intervención, consejería breve y recordatorios realizados por el médico tratante, mientras que en el grupo control, cuidado prenatal convencional. La medida de desenlace se realizó a los 7 y 30 días de seguimiento a través de reporte realizado por la mujer embarazada. No se realizaron verificaciones bioquímicas de la cesación tabáquica. A los siete días de seguimiento se encontró que el 8,4% de los hombres presentó cesación tabáquica en comparación con el 4,8% del grupo control ($p=0,04$). No se encontraron diferencias en el seguimiento a los 30 días (6,1% vs. 4,2%. $p=0,26$). Otro estudio (122) utilizó en el grupo de intervención consejería de riesgo múltiple realizada por consejería especializada, mientras que en el grupo control se utilizó cuidado prenatal convencional. La medida de desenlace se realizó sobre la exposición al tabaquismo de segunda mano en mujeres embarazadas durante el segundo y tercer trimestre. No se realizaron verificaciones bioquímicas. Las mujeres que se encontraban en el grupo de intervención reportaron disminución de exposición al tabaquismo de segunda mano ($OR=0,57$; $IC95\%=0,38-0,84$). Igualmente, las mujeres del grupo de intervención presentaron menos tasa de partos pretérmino < 34 semanas de gestación (0,5%) que las mujeres del grupo control (5,5%).

En otro estudio (133), la intervención asignada consistió en consejería breve y educación realizada por los médicos tratantes. El grupo de control fue sometido a cuidado convencional. La medición de desenlace se realizó a través de niveles de nicotina en el cabello de las mujeres embarazadas. En el grupo de intervención se encontró una disminución del consumo tabáquico en un 17% ($p<0,05$). Otro estudio más (131) utilizó en el grupo de intervención consejería realizada por parteras entrenadas. El grupo de control fue sometido a cuidado prenatal convencional. La medición de desenlace se realizó semanalmente por medio de entrevista y medición cualitativa de la exposición de tabaquismo de segunda mano reportado por las mujeres embarazadas. Semanalmente, se evaluó la disminución del número de cigarrillos consumidos por las parejas de las mujeres embarazadas, encontrando una disminución significativa en el grupo control (Disminución de 25,39 a 12,28 cigarrillos en el grupo de intervención; $p<0,01$). No se realizó un metaanálisis, dado que solo se incluyeron cinco estudios y sus desenlaces fueron muy heterogéneos.

EVIDENCIA DE DISPOSITIVOS DE SUMINISTRO DE TABACO Y SUS DERIVADOS: No se encontró evidencia que evalué las intervenciones no farmacológicas en personas expuestas a dispositivos de suministro de tabaco.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO: El panel de expertos considera determinante generar recomendaciones y puntos de buena práctica para reducir o eliminar la exposición al humo de segunda mano de las personas que tienen contacto familiar, laboral, ambiental o escolar con consumidores de tabaco y sus derivados. Se encontró evidencia de algunas intervenciones para realizar en ambientes cerrados que reducen la exposición como delimitación de zonas y horarios para fumar; sin embargo, el panel consideró que, dado que Colombia emitió una normativa que declara que los espacios deben estar libres de humo, no es aconsejable emitir recomendaciones en este sentido, aunque los expertos expresan que en los hogares, especialmente, es difícil que los consumidores de tabaco no lo hagan y, por ende, se expongan al humo de segunda mano los habitantes del hogar. El panel incluyó un punto de buena práctica acerca de la identificación activa de consumidores de tabaco de segunda mano con el fin de intervenir la fuente de exposición y minimizar su impacto a mediano y largo plazo. Los expertos reiteran la importancia de que los consumidores identificados reciban la consejería y se continúe la ruta de atención propuesta en esta Guía.

USO DE RECURSOS: Los expertos consideran que las recomendaciones no implican un aumento en los recursos económicos o humanos disponibles. Se reitera la necesidad de contar con expertos capacitados en consejería.

VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES: El estudio cualitativo diseñado para la guía reporta que las personas expuestas a humo de segunda mano no se conciben a sí mismos como consumidoras de tabaco y, de cierta manera, las intervenciones diagnósticas han tenido, por esta misma razón, una falla en la precisión; puesto que no se hace la pregunta correcta, es más útil preguntar si existe una exposición al humo de cigarrillo mediante cualquier fuente (activa o pasiva). En este sentido, el tratamiento no debería solo incluir a la persona expuesta, sino a la fuente de la exposición. El médico debería, entonces, realizar una evaluación completa del perfil de la persona expuesta y tratar de intervenir la fuente de exposición, apoyándose con equipos multi y transdisciplinarios que brinden una atención completa y de calidad. Finalmente, el abordaje debe tener una cuota de diálogo y comprensión. La persona expuesta a diferencia del consumidor de tabaco activo en muchos casos está expuesta también por un entorno familiar o de personas cercanas, lo cual hace que la decisión de alejarse de la fuente se torne más difícil y amerite algunas consideraciones de índole psicológico y de reglas en el hogar. El panel de expertos expresa la importancia de respetar las decisiones del paciente y programar el seguimiento adecuada para cada caso.

APLICABILIDAD E IMPACTO EN LA EQUIDAD: Se considera que los usuarios de la Guía estarán de acuerdo con las recomendaciones y son fácilmente implementables en los diferentes niveles de complejidad. El panel de expertos expresa la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud durante el seguimiento, con el fin de impactar a largo plazo, buscando apoyo en las normativas nacionales y locales con relación al consumo de tabaco y exposición al humo de segunda mano. Se considera que las recomendaciones no tienen impacto en la equidad. El panel enfatiza la importancia de no incentivar la delimitación de zonas para fumadores, porque podría debilitar la normativa vigente en el país, ya que en la legislación no se contemplan zonas en donde sea permitido fumar y se incentivan las “zonas libres de humo de tabaco”.

Pregunta 8: ¿cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para las pacientes fumadoras en estado de embarazo?

Población	• Mujeres en cualquier estado de embarazo consumidoras de tabaco • Fumador standard. • Fumador pesado. • Fumador light o intermitente.
Intervención	• Intervenciones no farmacológicas: - Terapia conductual. - Entrevista motivacional. - Incentivos. • Terapia farmacológica: nicotina, bupropión, vareniclina, nortriptilina, clonidina. • Terapia combinada farmacológica-no farmacológica. • SEANs. • SSSNs. • mHealth
Desenlace	• Cesación de tabaquismo. • Efectos secundarios • Desenlaces sobre el embarazo: teratogenicidad, abortos, retardo del crecimiento intrauterino, parto pretérmino. • Mantenimiento de la cesación luego del parto: 6 meses, 1 año.

Recomendaciones

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 consejería breve o intensiva personalizada representa 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 la terapia de remplazo a base de nicotina para el manejo de las gestantes que desean cesar el consumo de tabaco 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 de 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 ⊕○○○

Intervenciones psicosociales para dejar de fumar

Una revisión sistemática de la literatura (30) (AMSTAR 2: confianza alta) evaluó la seguridad y la efectividad de las intervenciones psicosociales que apoyaban el cese del consumo de tabaco, en mujeres que habían dejado de fumar espontáneamente al saber que estaban en embarazo o que continuaron fumando durante la gestación. En su mayoría, las mujeres fueron invitadas a participar durante el primer control prenatal o en el segundo trimestre de la gestación. La intervención se caracterizó por ser única, múltiple o individual, con dos o más de los siguientes componentes: consejería, educación para la salud, retroalimentación (*feedback*), incentivos, apoyo social o ejercicio. Cuando se compara frente al manejo habitual, el uso de las intervenciones psicosociales podría incrementar la frecuencia de pacientes con abstinencia sostenida al término de la gestación (RR=1,44 IC95%=1,19-1,73), sin que el análisis de subgrupos sugiera diferencias significativas, acorde al tipo de intervención (única RR=1,33; IC95%=1,01-1,74 vs. múltiple RR=1,42 IC95%=1,04 a 1,93 vs. individual RR=1,49; IC95%=1,01-2,20; $p>0,05$ para análisis de subgrupos). El uso de intervenciones psicosociales

también incrementa aparentemente, la proporción de mujeres con abstinencias a los cinco (RR=1,59; IC95%=1,26 a 2,01) y doce meses postparto (RR=2,20; IC95%=1,23-3,96), sin que el efecto de la intervención se evidente más allá de 18 meses postparto (RR=0,98; IC95%=0,50-1,92). El uso de intervenciones psicosociales quizás tampoco incrementa la frecuencia de óbito (RR=1,08; IC95%=0,51-2,30), bajo peso al nacer (RR=0,87; IC95%=0,70-1,08) o parto pretérmino (RR=0,90; IC95%=0,64-1,27). La calidad de la evidencia fue baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos, la consistencia y la precisión de los resultados.

Terapia comportamental de pareja

Una revisión sistemática de la literatura (2) (AMSTAR 2: confianza moderada) evaluó la efectividad de la terapia comportamental de pareja, como intervención para suspender el consumo de tabaco en la población gestante. Los estudios incluidos reclutaron mujeres mayores de 18 años, heterosexuales, cohabitación mayor a un año y con abstinencia reciente o que aún fumaban (promedio 10 cigarillos/día). Cuando se compara frente al tratamiento habitual, la terapia comportamental de pareja no incrementa la proporción de mujeres que reportan abstinencia sostenida a los seis (RR=1,11; IC95%=0,86-1,44) o doce meses de seguimiento (RR=1,01; IC95%=0,80-1,28). La calidad de la evidencia fue muy baja por serias limitaciones en el riesgo de sesgos, la precisión y la aplicabilidad de la evidencia.

Intervenciones comportamentales para prevenir la recaída en el consumo de tabaco

Una revisión sistemática de la literatura (3) (AMSTAR 2: confianza moderada) evaluó la efectividad del uso de las intervenciones comportamentales, para prevenir la recaída en el consumo de tabaco en población gestante. Los estudios incluidos reclutaron mujeres embarazadas con antecedente de consumo promedio de 10 a 15 cigarillos día, quienes habían dejado de fumar recientemente (rango de abstinencia 3 a 6 meses). En lo que respecta a la intervención, esta consistió en el uso de dos o más de las siguientes estrategias: cartas motivacionales, libros de autoayuda, llamadas de asesoría telefónica, envío de correos de autoayuda, entrevista motivacional, asesoría por un educador en salud, apoyo con trabajo social o 'amigo' elegido. Cuando se compara frente al tratamiento habitual, el uso de intervenciones comportamentales, no posee efecto sobre la frecuencia de recaídas al término de la gestación (RR=1,05; IC95%=0,99-1,11) o en el puerperio (RR=1,02; IC95%=0,94-1,09), sin que el análisis de subgrupos sugiera, diferencias significativas acorde al tipo de intervención (auto ayuda RR=1,05 IC95%=0,91-1,21 vs. consejería individual RR=1,01; IC95%=0,89-1,13 vs. consejería telefónica RR=1,06 IC95%=0,99-1,15; p=0,74 para el análisis de subgrupos) o al momento en el que se inició la terapia (durante el embarazo RR=1,00; IC95%=0,8-1,26 vs. durante el embarazo y el puerperio RR=0,99; IC95%=0,9-1,09 vs. durante el puerperio RR=1,06; IC95%=0,87-1,28; p=0,85 para el análisis de subgrupos). La calidad de la evidencia fue moderada por serias limitaciones en el riesgo de sesgo.

Programa de soporte telefónico apoyando el cese del consumo de tabaco

Una revisión sistemática de la literatura (85) (AMSTAR 2: confianza alta) evaluó la efectividad de implementar un programa de soporte telefónico apoyando el cese del consumo de tabaco en población gestante. Los estudios incluidos reclutaron mujeres con edad gestacional menor a 28 semanas, quienes expresaron su deseo de dejar de fumar o que habían dejado de hacerlo al momento de conocer su estado de gestación. El consumo de tabaco osciló alrededor de 11 a 15 cigarrillos/día previo a la gestación y de 5 cigarrillos/día, si continuaban fumando durante el embarazo. Cuando se compara frente al cuidado usual, la implementación de un programa de soporte telefónico puede aumentar la proporción de mujeres que reportan abstinencia sostenida a los seis meses postparto (RR=1,38; IC95%=1,19-1,61). La calidad de la evidencia fue muy baja por serias limitaciones en el riesgo de sesgos, la aplicabilidad de la evidencia y la precisión de los resultados.

Intervenciones digitales

Una revisión sistemática de la literatura (36) (AMSTAR 2: confianza baja) evaluó la efectividad de implementar el uso de intervenciones digitales para suspender el consumo de tabaco en la población gestante. Los estudios incluidos reclutaron mujeres mayores de 16 años, con edad gestacional menor a 14 semanas, fumadoras activas (rango de exposición de 7 a 13 cigarrillos/día). Cuando se compara frente al control, el uso de intervenciones digitales incrementa la proporción de gestantes que alcanzan abstinencia sostenida al término de la gestación (OR RR=1,59; IC95%=1,07 a 2,37). La calidad de la evidencia fue muy baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos y en la precisión de los resultados.

Terapia de remplazo a base de nicotina

Una revisión sistemática de la literatura (37) (AMSTAR 2: confianza moderada) evaluó la efectividad y seguridad del tratamiento con nicotina comparado con placebo u otra intervención, para suspender el consumo de tabaco en población gestante. Los estudios recuperados incluyeron mujeres gestantes mayores de 15 años, que cursaban con una gestación de 9 a 28 semanas, quienes fumaban cinco o más cigarrillos al día y que tenían motivos para dejar de fumar. La goma de mascar contenía nicotina 2mg en tanto que los inhaladores proporcionaban una suplencia equivalente a 4 mg de nicotina. Cuatro estudios utilizaron parches de nicotina de 15 mg por 16 horas diarias; uno de los estudios utilizó una dosis mayor (21 mg/24 horas eliminados por la noche) para los participantes que informaron fumar más de 15 cigarrillos diarios. Dos estudios prescribieron la dosis de remplazo de nicotina, acorde a la concentración de cotinina en orina o saliva, proporcionando para ello parches nicotina con concentraciones de 10-21 mg, para ser utilizados de 7 a 24 horas. La duración de la intervención osciló de 4 a 12 semanas y todos los estudios incluidos administraron como cointervención sesiones de terapia conductual. Cuando se compara frente al placebo u otra intervención, la terapia a base de suplencia de nicotina puede aumentar la proporción de gestantes que reportan suspensión

del consumo de tabaco (RR=1,37; IC95%=1,08-1,74), sin que el análisis de subgrupos sugiera, diferencias significativas acorde al tipo de terapia de reemplazo (nicotina de larga acción RR=1,53; IC95%=1,16-2,01 vs. nicotina de corta acción RR=0,91; IC95%=0,55-1,51; $p=0,08$ para el análisis de subgrupos). La terapia a base de nicotina, no aumenta la proporción de mujeres que continúan en abstinencia más allá de los seis (RR=1,22; IC95%=0,84-1,78) o doce meses post parto (RR=1,35; IC95%=0,97-1,88), al tiempo que quizás tampoco aparentemente modifica, la frecuencia de gestantes que experimentan aborto espontáneo (RR=1,60; IC95%=0,53-4,83), óbito (RR=1,24; IC95%=0,54-2,84), parto pretérmino (RR=0,81; IC95%=0,59-1,11), bajo peso al nacer (RR=0,69; IC95%=0,39-1,20) o una anomalías congénita mayor (RR=0,73; IC95%=0,36-1,48). La calidad de la evidencia fue baja calidad debido a ciertas limitaciones en el riesgo de sesgos y en la precisión de los resultados.

Seguridad de la terapia a base de nicotina durante el embarazo

Una revisión sistemática de la literatura (134) (AMSTAR 2: confianza críticamente baja) evaluó la seguridad de la terapia a base de nicotina en mujeres que deseaban dejar de fumar durante el embarazo. El rango de duración de la exposición fue de 2 a 27 semanas. Cuando se compara frente al grupo control, las mujeres expuestas al uso de terapia de reemplazo con nicotina no presentan una mayor frecuencia de anomalías congénitas mayores (RR=1,17; IC95%=0,97-1,42), óbito (RR=1,14; IC95%=0,63-2,04) o parto pretérmino (RR=1,25; IC95%=1,07-1,46). La calidad de la evidencia fue muy baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos, la precisión y la consistencia de los resultados.

Bupropión para suspender el consumo de tabaco en la población gestante

Una revisión sistemática de la literatura (37) (AMSTAR 2: confianza moderada) evaluó la efectividad y seguridad del uso del bupropión, como intervención farmacológica para suspender el consumo de tabaco en población gestante. Los estudios incluidos en la revisión reclutaron mujeres, quienes fumaban más de diez cigarrillos al día antes de la gestación o de uno a cinco cigarrillos al día durante el embarazo. Por su parte, la intervención consistió en el uso de bupropión de liberación prolongada a dosis de 300 mg vía oral una vez al día durante los tres primeros días, seguido de 150mg dos veces al día por 12 semanas. Para todos los estudios incluidos, la intervención se acompañó de terapia conductual. Cuando se compara frente al placebo, la terapia a base de bupropión no incrementa la proporción de gestantes que experimentan abstinencia sostenida al término de la gestación (RR=0,74; IC95%=0,21-2,74). El uso de bupropión no tiene efecto sobre el peso al nacer en los hijos de las madres expuestas (Diferencia de Media (MD) 122 gramos; IC95%=-98-344 gramos). La calidad de la evidencia fue muy baja por serias limitaciones en el riesgo de sesgos y en la precisión de los resultados.

Una revisión sistemática de la literatura (38) (AMSTAR 2: confianza críticamente baja) evaluó la seguridad de la exposición a bupropión en mujeres que deseaban dejar de fumar durante el

embarazo. Las gestantes expuestas a bupropión no presentan una mayor proporción de hijos con anomalías congénitas mayores (1,0% anomalía fetal mayor; IC95%=0,0-3,0%). Los hijos de madres expuestas al bupropión, también presentaron un peso al nacer y una edad gestacional al parto, similar lo esperado para las mujeres no expuestas al medicamento (promedio peso al nacer 3.305 gramos; IC95%=3,173-3,438 gramos; promedio edad gestacional al parto 39 semanas; IC95%38 a 40 semanas). La calidad de la evidencia fue muy baja por algunas limitaciones en el riesgo de sesgos y en la consistencia.

Vareniclina para suspender el consumo de tabaco

Una revisión sistemática de la literatura (38) (AMSTAR 2: confianza críticamente baja) evaluó la seguridad de la exposición a vareniclina a lo largo de la gestación. La revisión sistemática, no recuperó ensayos clínicos controlados que evaluaran el efecto de la intervención, no obstante, identificó tres estudios de cohorte que informaron la frecuencia de resultados perinatales adversos asociados al uso de vareniclina durante el embarazo. La primera cohorte recuperada, comparó la frecuencia de anomalías congénitas en un grupo de gestantes expuestas a vareniclina (n=89) frente a una cohorte de mujeres no expuestas a agentes teratogénicos (n=267). Acorde al sistema de clasificación EUROCAT para malformaciones congénitas, siete neonatos (8%) en el grupo de vareniclina experimentaron una anomalía fetal, dos de las cuales fueron “mayores” y cinco “menores”. El estudio concluye, que la frecuencia de anomalías fetales no fue estadísticamente significativa entre los grupos, sin que la revisión proporcione detalles adicionales respecto a naturaleza de las anomalías. Otro estudio de cohorte comparó la frecuencia de anomalías en lactantes expuestos a vareniclina (4,3%, n=254), frente aquella observada en hijos de madres fumadoras (4,2%, n=5,296) y en mujeres aparentemente sanas no fumadoras (4,2%, n=656,139). El estudio concluye que la frecuencia de anomalías fue similar entre los grupos, aunque no se realizó una comparación formal. El tercer estudio, ensambló una cohorte sin grupo control, constituida por 23 mujeres expuestas a vareniclina durante la gestación. El estudio reportó que el 61% de las gestaciones culminaron con un fruto vivo a término, 17% con interrupción voluntaria del embarazo, 9% con feto prematuro (<37 semanas de gestación), 9% con aborto espontáneo y un caso (4%) con embarazo ectópico. Cinco de los recién nacidos vivos, experimentaron una anomalía fetal, sin que la revisión proporcione mayores detalles al respecto. La calidad de la evidencia fue muy baja por limitaciones en el riesgo de sesgo.

Dispositivos electrónicos para dejar de fumar

Una revisión sistemática (41) (AMSTAR 2: confianza críticamente baja) tuvo como objetivo identificar la literatura disponible entorno al uso de los dispositivos electrónicos para dejar de fumar en población gestante. La revisión no identificó ensayos clínicos controlados o estudios observacionales que evaluaran la seguridad o la efectividad de esta intervención en población gestante.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO: El panel de expertos considera que los beneficios de las intervenciones no farmacológicas superan los riesgos de que las madres continúen consumiendo tabaco. Estas intervenciones como la consejería deben ir acompañadas del uso de tecnologías de la información y la comunicación, incentivos o soporte telefónico. Un aspecto importante es involucrar a la pareja y su familia en el proceso de cesación para proveer el apoyo necesario durante la terapia. Con respecto a la terapia farmacológica es importante evaluar el riesgo de efectos secundarios para las madres gestantes y los neonatos. En el caso de vareniclina y bupropión, los riesgos son mayores que los beneficios por lo que no deben ser administrados a las madres gestantes. Solo se permite el uso de terapia de reemplazo de nicotina si la madre lo acepta realizando monitoreo constante.

USO DE RECURSOS: Los expertos consideran que se pueden presentar costos asociados con el entrenamiento del personal y la generación de materiales de apoyo. Sin embargo, el INC, el Ministerio de Salud y Protección Social, IPS, OMS y OPS han desarrollado folletos, videos, materiales de apoyo que facilitan que los pacientes reciban el soporte durante su tratamiento de cesación tabáquica. Adicionalmente, en las diferentes EPS y entidades gubernamentales existen programas de apoyo a las madres gestantes para facilitar el proceso de cesación tabáquica.

VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES: En el estudio cualitativo diseñado para la Guía participaron mujeres que fumaron al inicio de su embarazo. Se identificó que las mujeres que han estado en embarazo y que mantienen el hábito de fumar no tienen como percepción el hecho de que el fumar sea nocivo o, en muchos casos, lo tienen claro, pero asumen las consecuencias sin problema alguno. Inequívocamente el estado de embarazo les generó un motivo de peso para dejar el hábito de consumir tabaco, en muchos casos este proceso no fue tan sistemático u ordenado, sino que, simplemente la existencia de la condición de embarazo generaba que la persona tomará la decisión de suprimir el hábito durante el periodo de embarazo. Una afirmación común de las madres participantes estaba relacionada con que esperaron a culminar el periodo de lactancia para retornar el hábito, y es allí donde quizá faltó una intervención efectiva que permitiera continuar con el proceso de cesación tabáquica.

APLICABILIDAD E IMPACTO EN LA EQUITAD: De forma general, el panel considera que las recomendaciones y puntos de buena práctica serán aceptados por los usuarios clínicos de la Guía. Los expertos reiteran la necesidad de que se facilite el acceso a las madres a las estrategias no farmacológicas para la cesación tabáquica de los pacientes, así como garantizar que se realicen de forma presencial o por telemedicina las sesiones programadas con el fin de reducir las inequidades en la prestación del servicio.

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

Población	• Población mayor de 18 años en tratamiento de cesación tabáquica
Intervención / Comparación	• Consejería breve e intensiva • Vía de entrega: - Soporte grupal - Línea telefónica de ayuda. - Salud a través de tecnologías como aplicaciones móviles - Ayuda audiovisual. - No consejo o consejería no intensiva standard. • Terapia farmacológica • Terapia combinada farmacológica-no farmacológica.
Desenlace	• Tasa de recaída • Cesación del consumo (3 meses, 6 meses, un año) • Disminución de número de cigarrillos al día • Desarrollo de síntomas de abstinencia • Pérdidas en el seguimiento persistente. • Efectos secundarios • Calidad de vida

Recomendaciones

N.º	Recomendación
34	En mujeres gestantes y en posparto, se recomienda las intervenciones conductuales (asesoría individual y telefónica durante 12 meses postparto) 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 ⊕○○○

Resumen de intervenciones no farmacológicas

Tabla 21. Resumen de intervenciones no farmacológicas para la pregunta 9

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para prevenir recaídas	Estimador del efecto
(135)	Más de 721 participantes Mujeres gestantes y en posparto	4	Asesoría individual y telefónica	OR=1,23; IC95%=0,80 a 1,88.
			Asesoramiento individual y más sesiones telefónicas a largo plazo (12 a 18 meses).	OR=1,07; IC95%=1,51 a 2,54.
(91)	Más de 6.129 participantes Mujeres gestantes y en posparto	23	Intervenciones conductuales en mujeres gestantes al final del embarazo con la entrega de módulos, folletos y libros de trabajo asesoramiento individual con sesiones de psicoterapia de 90 minutos y llamadas telefónicas bimensuales de consejeros de salud.	RR=1,05; IC95%=0,99-1,11.
			Intervenciones conductuales en mujeres posparto con la entrega de módulos, folletos y libros de trabajo asesoramiento individual con sesiones de psicoterapia de 90 minutos y llamadas telefónicas bimensuales de consejeros de salud.	RR=1,02; IC95%=0,94-1,09.
(91)	Más de 1.300 pacientes hospitalizados entre los 47 años.	4	Intervenciones conductuales como asesoramiento hospitalario, habilidades de afrontamiento, manejo de estrés, información sobre el estado de salud y efectos adversos del tabaquismo sobre su enfermedad de base, asesoramiento telefónico hasta 2 meses después del alta y materiales de autoayuda enviados por correo.	RR=0,95; IC95%=0,81-1,11.
(135)	1.163 participantes abstinentes no asistidos	3	Intervenciones conductuales, envío repetido de material de autoayuda-Seguimiento a largo plazo (12 a 18 meses)	OR=1,52; IC95%=1,15-2,01.
			Intervenciones conductuales, envío repetido de material de autoayuda-Seguimiento a mediano plazo (6 a 9 meses)	OR=1,72; IC95%=1,01-2,92.

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para prevenir recaídas	Estimador del efecto
(91)	3.561 participantes abstinentes no asistidos	5	Intervenciones conductuales de baja intensidad, llamadas telefónicas, envío de material de autoayuda, provisión de cartas de asesoramiento personalizadas, evaluaciones telefónicas.	RR=1,06; IC95%=0,96-1,16.
(91)	5.408 participantes abstinentes asistidos	11	Intervenciones conductuales utilizadas de baja y alta intensidad de llamadas telefónicas, envío de material de autoayuda, provisión de cartas de asesoramiento personalizadas, evaluaciones telefónicas.	RR=0,99; IC95%=0,87-1,13
(136)	1.404 personas abstinentes asistidos entre los 18 a 55 años.	3	Intervenciones conductuales Entrega de material de autoayuda folletos	RR=1,52; IC95%=1,15-2,01 (sin ayuda). RR=1,03; IC95%=0,83-1,27 (con ayuda).
(136)		4	Entrega de folletos	OR=0,93; IC95%=0,75-1,15
(136)	1.049 participantes	1	Entrega completa de un conjunto de folletos educativos de autoayuda	Costos -84,49; IC95%=-280,96-111,98 en el grupo intervención y Costos -87,89 IC95%=-284,33-108,54. en el grupo control Intervención rentable con un 64,4%,

Mujeres gestantes y mujeres en posparto: intervenciones conductuales

Una revisión sistemática (135) (AMSTAR II: Calidad alta) (tabla 21) evaluó la eficacia de las intervenciones conductuales en mujeres gestantes y en posparto exfumadoras abstinentes para la prevención de recaídas frente a mujeres gestantes y en posparto sin ningún tipo de intervención, midiendo la abstinencia continua o de prevalencia puntual en tres puntos de tiempo de seguimiento: corto plazo (1 a 3 meses después de la aleatorización), mediano plazo (6 a 9 meses) y a largo plazo (12 a 18 meses). Se incluyeron dos estudios con 372 participantes gestantes y en posparto quienes recibieron asesoría individual y telefónica

durante seis a nueve meses que reportó un OR 1,23; IC95%=0,80-1,88; $I^2=0\%$. En otros dos estudios incluidos en 349 mujeres gestantes y en posparto quienes recibieron asesoría individual más sesiones telefónicas de refuerzo a largo plazo (12 a 18 meses) reportó un OR=1,07; IC95%=0,53-2,14; $I^2=12\%$. La calidad de la evidencia de forma general es baja por riesgo de sesgo e inconsistencia sustancial.

Una revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad de las intervenciones conductuales en mujeres embarazadas y mujeres en posparto abstinentes exfumadoras vs. ninguna intervención para la prevención de recaídas, intervención que comenzó antes del parto y continuó hasta 36 semanas después del parto. Se incluyeron 22 estudios agrupados con fumadoras abstinentes entre los 24 y 28 años de diferentes clínicas prenatales públicas y privadas de los países del Reino Unido, Alemania, Estados Unidos, Canadá y Japón, a quienes se les intervino conductualmente a través de la entrega de módulos, folletos y 8 libros de trabajo (Identificación de situaciones de alto riesgo, reestructuración cognitiva y juego de roles), entrenamiento de relajación, obtención de apoyo social y la práctica de comportamientos alternativos, asesoramiento individual con sesiones de psicoterapia de 90 minutos y llamadas telefónicas bimensuales de consejeros de salud. Al final del embarazo ocho estudios reportaron un total de 1.523 participantes con un RR=1,05; IC95%=0,99-1,11; $I^2=0\%$. Y en el seguimiento posparto 15 estudios con un total de 4.606 participantes reportaron un RR=1,02; IC95%=0,94-1,09; $I^2=0\%$. La calidad de la evidencia en forma general es baja por riesgo de sesgo.

Pacientes hospitalizados: intervenciones conductuales (asesoría hospitalaria y asesoría telefónica después del alta)

La revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad de las intervenciones conductuales en pacientes abstinentes hospitalizados vs. atención habitual y control para la prevención de recaídas. Se incluyeron cuatro estudios con una cohorte de 1.300 pacientes hospitalizados entre los 47 años de edad pertenecientes a países como Reino Unido, Alemania, Estados Unidos y Japón, de los cuales se sometieron 660 pacientes a intervenciones conductuales como asesoramiento hospitalario, habilidades de afrontamiento, manejo de estrés, información sobre el estado de salud y efectos adversos del tabaquismo sobre su enfermedad de base, asesoramiento telefónico hasta dos meses después del alta y materiales de autoayuda enviados por correo vs. 640 pacientes sin ninguna intervención adicional. El análisis agrupado reportó un RR=0,95; IC95%=0,81-1,11; $I^2=0\%$, sin ningún efecto estadísticamente significativo. La calidad de la evidencia en forma general es moderada por riesgo de sesgo no claro.

Abstinentes no asistidos: intervenciones conductuales (envío de material de autoayuda-folletos, llamadas telefónicas)

Una revisión sistemática (135) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la eficacia de las intervenciones conductuales en abstinentes no asistidos para la prevención de recaídas para fumadores en comparación con el manejo estándar o con ningún tipo de intervención en un análisis combinado de tres estudios en 1.163 personas que dejaron de fumar inicialmente sin ayuda. Las

intervenciones conductuales se hicieron mediante el envío repetido de material de autoayuda como folletos y cartas, el seguimiento a largo plazo mostró un efecto significativo sobre las tasas de abstinencia con un OR agrupado 1,52; IC95%=1,15-2,01; $I^2=0\%$ y a mediano plazo OR=1,72; IC95%=1,01-2,92; $I^2=0\%$. La calidad de la evidencia de forma general es muy baja por riesgo de sesgo y evidencia indirecta.

La revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad de las intervenciones conductuales para la prevención de recaídas en abstinentes no asistidos vs. aquellos participantes que no tuvieron ninguna intervención. Las intervenciones conductuales utilizadas fueron de baja intensidad dentro de las que se encontraban llamadas telefónicas, envío de material de autoayuda, provisión de cartas de asesoramiento personalizadas, evaluaciones telefónicas. Se incluyeron cinco estudios con una cohorte de 3.561 participantes de los cuales se sometieron a dichas intervenciones 2.243 durante un seguimiento más prolongado reportando un RR=1,06; IC95%=0,96-1,16; $I^2=1,47\%$, resultado sin ningún efecto estadísticamente significativo. La calidad de la evidencia en forma general es moderada por riesgo de sesgo.

Abstinentes asistidos: intervenciones conductuales (envío de material de autoayuda-folletos, llamadas telefónicas)

La revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad de las intervenciones conductuales para la prevención de recaídas en abstinentes asistidos vs. aquellos participantes que no tuvieron ninguna intervención. Las intervenciones conductuales utilizadas fueron de baja y alta intensidad dentro de las que se encontraban llamadas telefónicas, envío de material de autoayuda, provisión de cartas de asesoramiento personalizadas, evaluaciones telefónicas. Se incluyeron 11 estudios con una cohorte de 5.408 participantes de los cuales se sometieron a dichas intervenciones 3.024 durante un seguimiento más prolongado reportando un RR=0,99; IC95%=0,87-1,13; $I^2=0\%$, resultado sin ningún efecto estadísticamente significativo. La calidad de la evidencia en forma general es moderada por riesgo de sesgo.

La revisión sistemática (136) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad clínica después de la entrega completa de un conjunto de folletos educativos de autoayuda (8 folletos) que incluían temas tales como; Introducción a la dependencia de la nicotina, las etapas del abandono del hábito de fumar, las situaciones de alto riesgo de recaída, las formas de afrontar los impulsos del humo, el efecto de la violación de la abstinencia, las formas de manejar un desliz inicial y los folletos restantes con temas como; *Impulso de fumar*, *Tabaquismo y peso*, *Qué pasa si tengo un cigarrillo*, *Su salud*, *Tabaquismo*, *estrés y estado de ánimo*, *Estilo de vida*, *Equilibrio en el estilo de vida*, *Vida sin cigarrillos*, versus la entrega de un único folleto para prevenir la recaída del tabaquismo en personas que habían dejado de fumar a corto plazo después de tratamientos conductuales y farmacológicos en clínicas para dejar de fumar o sin ayuda. Se reclutaron 1.404 personas entre los 18 a 55 años que dejaron de fumar a corto

plazo, evaluado por la concentración de monóxido de carbono (CO) 4 semanas después de la fecha para dejar de fumar. Se incluyeron tres estudios que mostraron que el uso del material completo 8 folletos educativos de autoayuda fue eficaz en prevenir la recaída del tabaquismo en los que abandonaron el hábito sin ayuda OR combinado 1,52; IC95%=1,15-2,01; $I^2=0\%$ y un estudio en los que abandonaron el hábito con ayuda OR 1,03; IC95%=0,83-1,27. La calidad de la evidencia de forma general es baja por riesgo de sesgo.

La revisión sistemática (136) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad clínica después de la entrega completa de un conjunto de folletos educativos de autoayuda (8 folletos) versus la entrega de un único folleto para prevenir la recaída del tabaquismo en personas que habían dejado de fumar a corto plazo con o sin ayuda verificada con monóxido de carbono en el seguimiento de 12 meses. Se incluyeron cuatro estudios que mostraron la proporción de fumadores con abstinencia prolongada desde el 4 al 12 mes después de la fecha de abandono fue del 36,9% en el grupo de intervención y del 38,6% en el grupo de control y no hubo diferencia estadísticamente significativa entre la intervención y el grupo control OR=0,93; IC95%=0,75-1,15; $p>0,05$). Abstinencia continua de 2 a 12 meses después de la fecha de abandono fue de 30,9% en el grupo de intervención y del 33,9% en el grupo de control sin diferencia estadísticamente significativa entre la intervención y el grupo control OR 0,87; IC95%=0,7-1,1; $p>0,05$). Y una abstinencia de fumar de 7 días fue de 44% en el grupo de intervención y del 43,4% en el grupo control sin una diferencia estadísticamente significativa OR=1,02; IC95%=0,8-1,2; $p>0,05$). La calidad de la evidencia de forma general es baja por riesgo de sesgo.

La revisión sistemática (136) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la rentabilidad después de la entrega completa de un conjunto de folletos educativos de autoayuda (8 folletos) versus la entrega de un único folleto para prevenir la recaída del tabaquismo en personas que habían dejado de fumar a corto plazo con o sin ayuda desde una perspectiva del NHS y de entrevistas de seguimiento. El equipo de estudio monitoreó los niveles de uso de recursos asociados con los folletos de intervención incluyendo propiedad intelectual, adaptación, impresión y envío. Además, en los puntos de seguimiento de tres y 12 meses, se pidió a los participantes incluir otros servicios como; visitas a la clínica para dejar de fumar, llamadas telefónicas de la clínica para dejar de fumar, visitas al médico de cabecera, ayudas para dejar de fumar e ingresos hospitalarios. Se incluyeron un total de 521 (74,1%) participantes de la intervención y 528 (75,1%) participantes de control que completaron los cuestionarios de costos de seguimiento a 3 y 12 meses. Los resultados de la regresión muestran que no hubo diferencias

significativas entre el costo general (perspectiva del NHS) o la puntuación QALY (año de vida ajustado por calidad) entre los dos grupos. Como el costo incremental fueron ligeramente negativos Costos -84,49; IC95%=-280,96-111,98, en el grupo intervención y costos -87,89, IC95%=-284,33-108,54, en el grupo control, se estimó que la intervención era rentable con un 64,4%. La calidad de la evidencia de forma general es baja por riesgo de sesgo.

Resumen de intervenciones farmacológicas

Tabla 22. Resumen de intervenciones farmacológicas para la pregunta 9

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para prevenir recaídas	Estimador del efecto
(135)	2.291 fumadores abstinentes	10	Terapia combinada bupropión + Terapia de reemplazo de Nicotina	OR=1,38; IC95%=0,64-2,96; seguimiento corto plazo.
				OR=1,56; IC95%=0,95-2,56; seguimiento mediano plazo.
				OR=1,49; IC95%=1,10 -2,01; seguimiento largo plazo.
(135)	163	2	Terapia combinada bupropión + Terapia de reemplazo de Nicotina	OR=1,94; IC95%=0,50-7,51; seguimiento mediano plazo.
				OR=1,31; IC95%=0,46-3,79; seguimiento largo plazo.
(135)	9.946 participantes	19	Vareniclina	Durante la semana 9-52 la proporción agrupada disminuyó al 22%; IC95%=19-25% facilitando el dejar de fumar en mayor medida.
(135)	2.432 participantes abstinentes asistidos	4	Terapia de reemplazo de Nicotina	OR=1,56; IC95%=1,16-2,11; seguimiento mediano plazo.
				OR=1,33; IC95%=1,08-1,63; seguimiento largo plazo.
(135)	1.537 fumadores abstinentes asistidos	6	Asesoramiento conductual grupal más terapia de reemplazo de nicotina	OR combinado 2,55; IC95%=1,58-4,11
(91)	243 personas abstinentes asistidos con edad promedio de 43 años.	2	Terapia de reemplazo de nicotina más bupropión	RR=1,18; IC95%=0,75-1,87

Referencia RS	N.º de pacientes	N.º de estudios	Intervenciones para prevenir recaídas	Estimador del efecto
(91)	1.297 personas abstinentes asistidos	2	Vareniclina	RR=1,23; IC95%=1,08-1,41
(91)	1.017 personas abstinentes asistidos	1	Rimonabant	RR=1,29; IC95%=1,08-1,55
(91)	2.261 personas abstinentes no asistidos	2	Terapia de Reemplazo de Nicotina	RR=1,24; IC95%=1,04-1,47
(91)	1.078 pacientes abstinentes hospitalizados entre los 47 años	3	Terapia de Reemplazo de Nicotina + Intervención conductual (Asesoría telefónica)	RR=1,23; IC95%=0,94-1,6

Terapia combinada bupropión + terapia de reemplazo de nicotina

Una revisión sistemática (135) (AMSTAR II: Calidad alta) (tabla 22), evaluó la eficacia del bupropión (300mg/día) con parches de nicotina frente al placebo como tratamiento para la prevención de recaídas en fumadores abstinentes. Se incluyeron: 10 estudios con una cohorte de 2.291 personas a quienes se les realizó seguimiento a corto, mediano y largo plazo. El seguimiento a corto plazo mostró un OR=1,38; IC95%=0,64-2,96; $I^2=76\%$ (n=605), el seguimiento a mediano plazo un OR=1,56; IC95%=0,95-2,56; $I^2=56\%$ (n=843) y a largo plazo un OR=1,49; IC95%=1,10-2,01; $I^2=0\%$ (n=843), mostrando eficacia en la prevención de recaídas. La calidad de la evidencia de forma general es baja y muy baja por riesgo de sesgo, evidencia indirecta e imprecisión.

Una revisión sistemática (135) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la eficacia del tratamiento combinado de bupropión (300 mg/día) y Terapia de Reemplazo de Nicotina versus Placebo para la prevención de recaídas en fumadores abstinentes asignados al azar después de un tratamiento variable con bupropión más Terapia de reemplazo de nicotina. Se incluyeron dos estudios con 163 personas y se realizó análisis agrupado con seguimiento a mediano plazo y largo plazo mostrando un OR=1,94; IC95%=0,50-7,51; $I^2=64\%$ y OR=1,31; IC95%=0,46-3,79; $I^2=30\%$, respectivamente, mostrando un beneficio para la intervención. La calidad de la evidencia de forma general es muy baja por riesgo de sesgo, imprecisión, inconsistencia y

evidencia indirecta.

Vareniclina

Una revisión sistemática (135) (AMSTAR II: calidad media) evaluó la eficacia de la vareniclina (0,5 mg durante la primera semana de tratamiento seguido de tabletas de 1 mg/ 2 veces al día) en la probabilidad de abstinencia a largo plazo para la prevención de recaídas en fumadores abstinentes en comparación con el placebo. Las tasas de abstinencia fueron verificadas en seis puntos temporales de seguimiento 2, 3, 4, 12, 24 y 52 semanas (abstinencia de prevalencia) y verificadas bioquímicamente en tres periodos de tiempo de seguimiento 9-12 semanas, 9-24 semanas y 9-52 semanas (Abstinencia continua), se utilizó un metaanálisis de efectos aleatorios para estimar las proporciones agrupadas. Se incluyeron 19 estudios en 9.946 participantes, 11 ensayos proporcionaron estimaciones puntuales de prevalencia en 2 semanas de seguimiento, 11 ensayos a la 3 semana, 13 ensayos a la 4 semana, 16 ensayos a la 12 y 24 semanas y 9 ensayos a las 52 semanas de seguimiento. La abstinencia del tabaquismo aumentó en el grupo de la vareniclina del 32%; IC95%=25-40%; $I^2=95\%$ en seguimiento de dos semanas al 54%; IC95%=47-61%; $I^2=94\%$ en seguimiento de 12 semanas y al 35%; IC95%=25-47%; $I^2=96\%$ en el seguimiento a las 52 semanas, en comparación con el placebo de 16%, IC95%=11-21%; $I^2=89,3\%$ en seguimiento de dos semanas al 24%; IC95%=17-33%; $I^2=96,7\%$ en seguimiento de 12 semanas y 13%; IC95%=9-18%; $I^2=88,2\%$ en seguimiento a las 52 semanas. Para la abstinencia continua el 49%; IC95%=45-53%; $I^2=83,2\%$ de los usuarios de vareniclina fueron abstinentes durante las semanas 9-12 en comparación con el 17%; IC95%=13-25%; $I^2=86,6\%$ de placebo. Durante la semana 9-52 la proporción agrupada de abstemios en fumadores tratados con vareniclina disminuyó al 22%; IC95%=19-25%, y para el placebo 8%; IC95%=6-12%; $I^2=79,8\%$. Este estudio confirmó que la vareniclina facilita a los fumadores, en abstinencia después de la fecha objetivo, el dejar de fumar en mayor medida que el placebo. La calidad de la evidencia de forma general es baja y muy baja por riesgo de sesgo e inconsistencia.

Abstinentes asistidos

TERAPIA DE REEMPLAZO DE NICOTINA: Una revisión sistemática (135) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la eficacia de la terapia de reemplazo de nicotina en comparación con el placebo en fumadores abstinentes asistidos por periodos de tratamiento con nicotina inhalador o bupropión más parche de reemplazo de nicotina y fumadores abstinentes no asistidos. Se incluyeron cuatro estudios con 2.432 personas en un seguimiento a mediano plazo el cual mostró eficacia en la prevención de recaídas OR 1,56; IC95%=1,16-2,11; $I^2=37\%$. Y como resultado del seguimiento a largo plazo mostró un OR 1,33; IC95%=1,08-1,63; $I^2=0\%$. Las tasas de abandono variaron del 20% al 46% en los grupos de Terapia de reemplazo de nicotina y del 16% al 41% en los grupos de placebo en el seguimiento a mediano plazo. Y para el seguimiento a largo plazo tasas del 21% al 26% para la terapia de reemplazo de nicotina y del 16% al 18% en el placebo. La calidad de la evidencia de forma general es muy baja por riesgo de sesgo y evidencia indirecta.

INTERVENCIONES CONDUCTUALES (ASESORAMIENTO GRUPAL MÁS TERAPIA DE REEMPLAZO DE NICOTINA): Una revisión sistemática (135) (AMSTAR II: Calidad alta), evaluó la eficacia de las intervenciones de prevención de recaídas para fumadores abstinentes asistidos en un análisis agrupado a corto plazo de dos estudios en 416 personas quienes recibieron asesoramiento conductual grupal más terapia de reemplazo de nicotina en el lugar de trabajo durante tres meses, el cual mostró tener un efecto significativo OR combinado 2,55; IC95%=1,58-4,11; $I^2=0\%$. En el análisis combinado de cuatro estudios a 1.121 personas el seguimiento a mediano plazo detectó un OR combinado 1,20; IC95%=0,72-2,01; $I^2=68\%$. La calidad de la evidencia de forma general es muy baja por riesgo de sesgo y evidencia indirecta.

TERAPIA DE REEMPLAZO DE NICOTINA (GOMA DE MASCAR DE NICOTINA O CON INHALADOR DE NICOTINA O CON BUPROPION): La revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad y seguridad de la Terapia de reemplazo de nicotina versus Placebo para la prevención de recaídas en abstinentes asistidos con cese de 12 meses. Los participantes de estos estudios se encontraban entre una edad promedio de 43 años, la mayoría de los países de Estados Unidos, Australia y Canadá. Se incluyeron 2 estudios con una cohorte de 553 personas abstinentes asistidos, de los cuales se sometieron 275 personas al manejo o con goma de mascar de nicotina 2mg por 16 semanas, o con inhalador de nicotina (hasta 16 cartuchos/día por 9 meses), algunos acompañados de bupropión con dosis de 300mg por 16 semanas versus 278 personas con placebo. Según la intervención con goma de mascar de nicotina frente al placebo se reportó un RR=1,44; IC95%=0,77-2,69; $I^2=100\%$ (n=143), para la intervención de goma de mascar de nicotina más bupropión vs.. Goma de mascar placebo más bupropión se reportó un RR=0,96 IC95%=0,59-1,56; $p>0,05$) (n=146), para la intervención de inhalador de nicotina frente a placebo un RR=0,96; IC95%=0,54-1,72; $p>0,05$) (n=168) y para la intervención inhalador de nicotina más bupropión vs.. Inhalador de placebo más bupropión reportó un RR=0,86 IC95%=0,39-1,93; $I^2=100\%$ (n=96). En el análisis agrupado se reportó un RR=1,04; IC95%=0,77-1,4; $I^2=0\%$, sin ningún efecto estadísticamente significativo. La calidad de la evidencia en forma general es moderada por riesgo de sesgo.

BUPROPION: La revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad y seguridad del bupropión frente al Placebo para la prevención de recaídas en abstinentes asistidos con cese de 12 meses. Los participantes de estos estudios se encontraban entre una edad promedio de 43 años, la mayoría de los países de Estados Unidos, Australia y Canadá. Se incluyeron 6 estudios con una cohorte de 1.697 personas abstinentes asistidos, de los cuales se sometieron 852 personas al manejo o con bupropión 150/300mg día durante 14 a 52 semanas, o bupropión más goma de mascar de nicotina, o bupropión más inhalador de nicotina (hasta 16 cartuchos/día) vs. 845 personas con Placebo. Según la intervención de bupropión durante 52 semanas frente al placebo se reportó un RR=0,96; IC95%=0,60-1,55; $p>0,05$ (n=110), para la intervención de bupropión durante 45 semanas frente al placebo se reportó un RR=1,11; IC95%=0,82-1,55; $p>0,05$ (n=429), para la intervención de bupropión durante 24 semanas frente al placebo se reportó un RR=1,46; IC95%=0,77-2,77; $p>0,05$ (n=176), para la intervención de bupropión durante 16 semanas vs.. placebo se reportó un RR=1,72;

IC95%=0,95-3,12; $p>0,05$ (n=144), para la intervención de bupropión durante 16 semanas más goma de mascar de nicotina 2mg vs. placebo se reportó un RR=1,14; IC95%=0,68-1,92; $p>0,05$) (n=145), para la intervención de bupropión durante 32 semanas vs. placebo un RR=1,09; IC95%=0,64-1,84; $p>0,05$) (n=141), para la intervención de bupropión durante 32 semanas más inhalador placebo vs. doble placebo reportó un RR=0,82; IC95%=0,40-1,68; $p>0,05$ (n=97), para la intervención de bupropión durante 32 semanas más inhalador de nicotina vs. placebo más inhalador de nicotina se reportó un RR=1,01; IC95%=0,43-2,39; $p>0,05$ (n=93) y para la intervención de bupropión durante 14 semanas vs. placebo se reportó un RR=1,19; IC95%=0,84-1,68; $p>0,05$ (n=362). Según el análisis agrupado se reportó un RR=1,15; IC95%=0,98-1,35; $I^2=0\%$, mostrando un efecto estadísticamente significativo. La calidad de la evidencia en forma general es moderada por riesgo de sesgo.

TERAPIA DE REEMPLAZO DE NICOTINA MÁS BUPROPIÓN: La revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad y seguridad de la combinación de la Terapia de reemplazo de nicotina más bupropión frente al placebo para la prevención de recaídas en abstinentes asistidos con cese en el seguimiento más prolongado 12 a 15 meses. Los participantes de estos estudios se encontraban entre una edad promedio de 43 años, la mayoría de los países de Estados Unidos, Australia y Canadá. Se incluyeron dos estudios con una cohorte de 243 personas abstinentes asistidos, de los cuales se sometieron 122 personas al manejo combinado de Terapia de reemplazo de nicotina más bupropión vs. 121 personas con placebo mostró beneficios de la intervención con un RR=1,18; IC95%=0,75-1,87; $I^2=66\%$. La calidad de la evidencia en forma general es baja por riesgo de sesgo e inconsistencia sustancial.

VARENICLINA: La revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad y seguridad de la vareniclina frente al placebo para la prevención de recaídas en abstinentes asistidos con cese de 12 meses. Los participantes de estos estudios se encontraban entre una edad promedio de 43 años, la mayoría de los países de Estados Unidos, Australia y Canadá. Se incluyeron 2 estudios con una cohorte de 1.297 personas abstinentes asistidos de los cuales se sometieron 643 personas al manejo con vareniclina (1mg/2veces al día) vs. 654 personas a placebo reportando un RR=1,23; IC95%=1,08-1,41; $I^2=82\%$ a favor de la intervención. La calidad de la evidencia en forma general es muy baja por riesgo de sesgo, e inconsistencia considerable.

RIMONABANT: La revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad y seguridad del Rimonabant frente al placebo para la prevención de recaídas en abstinentes asistidos con cese de 12 meses. Los participantes de estos estudios se encontraban entre una edad promedio de 43 años, la mayoría de los países de Estados Unidos, Australia y Canadá. Se incluyó 1 estudio con una cohorte de 1.017 personas abstinentes asistidos de los cuales se sometieron 675 personas al manejo con Rimonabant (5 mg/20 mg por 10 semanas) vs. 342 personas a placebo reportando un RR=1,29; IC95%=1,08-1,55) a favor de la intervención. La calidad de la evidencia en forma general es moderada por riesgo de sesgo.

Abstinentes no asistidos

TERAPIA DE REEMPLAZO DE NICOTINA: La revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad y seguridad de la Terapia de reemplazo de nicotina versus Placebo para la prevención de recaídas en abstinentes no asistidos con cese de 12 meses. Los participantes de estos estudios se encontraban entre una edad promedio de 43 años, la mayoría de los países de Estados Unidos, Australia y Canadá. Se incluyeron dos estudios con una cohorte de 2.261 personas abstinentes no asistidos, de los cuales se sometieron 1.122 personas al manejo con goma de mascar de nicotina 2mg por 16 semanas versus 1.139 personas con placebo. Según la intervención reportó un $RR=1,24$; $IC95\%=1,04-1,47$; $I^2=0\%$, mostrando beneficios de la intervención. La calidad de la evidencia en forma general es moderada por riesgo de sesgo.

Pacientes hospitalizados

TERAPIA DE REEMPLAZO DE NICOTINA + INTERVENCIÓN CONDUCTUAL (ASESORÍA TELEFÓNICA): La revisión sistemática (91) (AMSTAR II: Calidad alta) evaluó la efectividad de las intervenciones farmacológicas en pacientes abstinentes hospitalizados vs. atención habitual y control para la prevención de recaídas. Se incluyeron 3 estudios con una cohorte de 1.078 pacientes hospitalizados entre los 47 años pertenecientes a países como Reino Unido, Alemania, Estados Unidos y Japón, de los cuales se sometieron 701 pacientes a intervención farmacológica con parches de terapia de reemplazo de nicotina 7 mg para 8 semanas hasta 24 semanas y asesoramiento telefónico después del alta vs. 377 pacientes sin ninguna intervención adicional. El análisis agrupado reportó un $RR=1,23$; $IC95\%=0,94-1,6$; $I^2=0\%$ mostrando beneficios de la intervención. La calidad de la evidencia en forma general es baja por alto riesgo de sesgo.

EVIDENCIA DE DISPOSITIVOS DE SUMINISTRO DE TABACO Y SUS DERIVADOS: No se encontró evidencia que evalué las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en personas consumidoras de cigarrillos electrónicos, vapeadores y otros dispositivos de suministro de tabaco para evitar la recaída de los pacientes.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO: El panel de expertos considera que es importante que se realicen estrategias para minimizar la reincidencia en el consumo en pacientes que se encuentren en tratamiento. Estas intervenciones pueden ser farmacológicas o no farmacológicas dependiendo de la disponibilidad y preferencias de los pacientes. Los expertos consideran que los beneficios son mayores a los riesgos, y que la primera opción de tratamiento es la consejería para comprender en cada caso los factores contextuales que pueden producir la recaída del paciente.

USO DE RECURSOS: Los expertos consideran que, aunque los medicamentos recomendados no se encuentran todos en el plan de beneficios y los que no están se pueden obtener por

MIPRES. También, es necesario capacitar a los médicos expertos en cesación tabáquica para la adecuada consejería respetando la voluntad del paciente. También se pueden presentar costos asociados con el entrenamiento del personal y la generación de materiales de apoyo. Sin embargo, el INC, el Ministerio de Salud y Protección Social, IPS, OMS y OPS han desarrollado folletos, videos, materiales de apoyo que facilitan que los pacientes reciban el soporte durante su tratamiento de cesación tabáquica.

VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES: El estudio cualitativo diseñado para la Guía reporta que los pacientes consideran que es fundamental tener un mejor conocimiento de las diferentes estrategias terapéuticas disponibles en caso de que la que les hayan formulado no sean efectivas. El panel de expertos reitera la importancia de un seguimiento adecuado, así como capacitar al paciente entre la diferencia entre un desliz y una recaída para fortalecer el proceso de cesación tabáquica.

APLICABILIDAD E IMPACTO EN LA EQUIDAD Se considera que los usuarios de la Guía, estarán de acuerdo con las recomendaciones y son fácilmente implementables en los diferentes niveles de complejidad. Los expertos reiteran la necesidad de que se facilite el acceso a la consejería de forma presencial o por telemedicina con el fin de reducir las inequidades en la prestación del servicio y los pacientes puedan seguir su tratamiento de cesación tabáquica. La goma de mascar como TRN no tiene registro sanitario actualizado por lo que limita su prescripción a los pacientes.

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

Resumen de los hallazgos.

No se identificaron RS y ECA que evaluarán el abordaje clínico de las personas con recaída al consumo de tabaco. Se identificó la guía de NICE (2014;2019) que presenta lineamientos sin evidencia donde se propone individualizar cada caso considerando el tipo de terapia farmacológica y no farmacológica que ha sido prescrita. El GDG consideró que la poca evidencia identificada no era suficiente para generar una recomendación y por lo tanto se plantea un punto de buena práctica en línea con guías internacionales y la práctica actual.

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, confirmar 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 a 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 a la 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).

Resumen de los hallazgos

No se identificaron RS y ECA que evaluarán el seguimiento de los pacientes en tratamiento de cesación tabáquica. El GDG consideró que la poca evidencia identificada no era suficiente para generar una recomendación, por lo que esta se formuló con base en opinión de expertos. El panel decidió adaptar las recomendaciones de seguimiento de las *Directrices para desarrollar programas para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo* por el Ministerio de Salud y Protección Social y generar unos puntos de buena práctica.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO: El panel de expertos considera que un seguimiento adecuado con la periodicidad recomendada es fundamental para que aumente la eficacia del tratamiento de cesación tabáquica, es una intervención que no implica riesgos para los pacientes.

USO DE RECURSOS: Los expertos consideran que es necesario un seguimiento frecuente para poder apoyar al paciente de una forma más efectiva, esto puede implicar un aumento en los costos de consultas. Se reitera la necesidad de contar con personal capacitado que pueda realizar un seguimiento adecuado.

VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES: El estudio cualitativo diseñado para la guía reporta que los pacientes consideran fundamental un buen acompañamiento de un terapeuta para evitar las recaídas, así como un seguimiento constante de los proveedores de salud.

APLICABILIDAD E IMPACTO EN LA EQUIDAD: Se considera que los usuarios de la Guía estarán de acuerdo con las recomendaciones y son fácilmente implementables en los diferentes niveles de complejidad. Los expertos reiteran la necesidad de que se facilite el acceso al seguimiento de forma presencial o por telemedicina con el fin de reducir las inequidades en la prestación del servicio y los pacientes puedan seguir su tratamiento de cesación tabáquica.

Capítulo de Incorporación de Perspectiva de los Pacientes

Introducción

Indagar y explorar el universo simbólico de las comunidades o de un grupo en particular, para comprender la construcción de los sentidos y significados, creencias, percepciones y conocimientos implica, en primera instancia, un proceso de aprendizaje en el cual, el dejarse sorprender y abrir la mente a otros paradigmas, es necesario para descubrir las distintas posibilidades de construir estrategias de abordaje e implementación de programas de educación en salud. Es necesario explorar e indagar en sus contextos sociales, culturales e históricos, a través de su actuar en su cotidianidad, en sus sistemas de pensamiento, las maneras de relacionarse y de construir su universo simbólico, en sus dinámicas y producción simbólica. Así mismo, ver a las personas como sujetos en relaciones sociales con otros, dentro de un marco de significados que determinan sus hábitos, creencias, pensamientos y costumbres. Esto implica, además, que el “sujeto” de investigación no es un “objeto” inmóvil y atemporal, que debe ser observado de forma aséptica, sino un actor involucrado en la construcción de un conocimiento que habla de sí mismo como persona y sujeto investigador, que en la práctica encuentra al otro, a su comunidad en la elaboración de un saber hacer.

En el abordaje cualitativo y, particularmente en el enfoque etnográfico reflexivo, no se sigue una dirección lineal de organización, análisis, interpretación y validación de los datos; son actividades y pasos interrelacionados que va realizando el investigador en la medida que se compenetra con la situación y problema estudiado. Sin embargo, la organización de los datos implica indagar y hacer explícita la lógica subyacente de los mismos, de tal manera que puedan ser entendibles y manejables para el investigador. Esto implica que es necesario, estar retomando las transcripciones y grabaciones para encontrar el sentido, el contexto y así relacionarlos. (Salas, 2011)

El paso que permite esta comprensión es el de la categorización o clasificación de la información que a su vez contempla el análisis e interpretación de los datos, se sumerge mentalmente en la realidad allí expresada para revivirla y, luego, con la actitud de reflexionarla para comprender lo sucedido. En cada revisión se podrán encontrar detalles, expresiones o acentos no captados con anterioridad y que dan sentido y respuestas a las dudas que puedan surgir en el proceso. Este ejercicio de retomar la información permite tener una visión de conjunto que garantice una buena categorización. Las categorías “emergen” de los datos según los patrones y recurrencias presentes en sus narrativas. Esta es una categorización inductiva que transmite, expresa y refleja el marco de referencia cultural del grupo estudiado, siendo este uno de los fundamentos de la investigación etnográfica reflexiva. Es un proceso de comparación constante en donde el investigador simultáneamente codifica, y analiza los datos con el fin de desarrollar conceptos, los refina, identifica sus propiedades, explora las relaciones de unos con otros y los va integrando en una teoría coherente.

Este trabajo tiene como objetivo identificar las percepciones y preferencias de los consumidores de tabaco o en período de abstinencia acerca del proceso de cesación tabáquica.

Metodología

Diseño del estudio:

Estudio cualitativo con enfoque en etnografía reflexiva a partir de información obtenida por grupos focales.

Muestra:

La población objetivo son personas que tengan relación con el hábito de fumar de diferentes edades en Colombia. Los participantes fueron contactados con una consecución y seleccionados por conveniencia. Y se incluyeron individuos que cumplieran con características de ser fumadores actuales, que fueron categorizados en fumadores ligeros (menos de 5 cigarrillos al día), fumadores estándar (5 a 10 cigarrillos al día), fumadores pesados (más de 10 cigarrillos al día); fumadores pasivos, que tuvieran una exposición de más del 50% del tiempo a personas con el hábito de fumar; y exfumadores, que hayan dejado el hábito de fumar por cualquier método o intervención, pero que en la actualidad no se encuentre en ningún tipo de intervención o grupo de apoyo para dejar el hábito.

Procedimientos:

Partiendo de que la metodología de grupos focales tiene la ventaja de que permite “observar interacciones en un conjunto seleccionado de actitudes y experiencias” y partiendo de un paradigma de etnografía reflexiva, se consideró que vincular actitudes, experiencias y concepciones propias y colectivas de los individuos y el grupo permitirían un abordaje holístico del problema. (Morgan & Spanish, 1984)

De este modo, se diseñaron cinco grupos focales, teniendo en cuenta la categorización anteriormente mencionada. Cada grupo fue citado mediante una reunión virtual sincrónica vía Google Meet, en la cual participaban dos investigadores, quienes realizaban preguntas orientadoras para guiar la conversación y discusión; las preguntas fueron diseñadas por los investigadores a partir de una serie de categorías propuestas para el análisis y en las que se pretendía hacer especial énfasis teniendo en cuenta el problema de investigación.

Previo a la sesión se realizó una entrevista a cada uno de los participantes para realizar una descripción sociodemográfica de la muestra. Durante la sesión se comenzó por una contextualización, una descripción de lo que se realizaría, a continuación, se dio inicio al conversatorio, y para finalizar se dieron unas conclusiones de la sesión por parte de los investigadores, se agradeció la participación y se finalizó la sesión. El tiempo aproximado de las sesiones fue de una hora.

Registro y análisis de los datos:

Para el registro de las sesiones se empleó la función de grabación de la plataforma, a continuación, se procedió a realizar la transcripción empleando el software de procesamiento de texto Microsoft Word 365 y finalmente, se empleó ATLAS.ti versión 9 (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH) para el análisis de la información.

En esta fase se realizó una categorización de los comentarios a partir de los temas de interés relacionados con el problema de investigación: Exposición al hábito, percepción sobre el abordaje diagnóstico, cesación tabáquica y percepción frente a los abordajes terapéuticos. La categorización se explica en la tabla 23.

Tabla 23. Categorías y subcategorías incluidas en el estudio.

Categoría	Subcategoría
Exposición al hábito tabáquico	Origen
	Características
	Concepciones
	Experiencias
	Proyecciones
Percepción sobre el abordaje diagnóstico	Rechazo al abordaje
	Aceptación al abordaje
Cesación tabáquica	Motivación
	Conocimientos y percepción frente a sistemas electrónicos
	Conocimientos frente a sistemas de apoyo
	Intentos de cesación
	Rol del acompañamiento profesional
	Rol del acompañamiento personal
Percepción frente al abordaje terapéutico	Percepciones frente al tratamiento farmacológico
	Percepciones frente al tratamiento no farmacológico
	Percepciones frente al tratamiento tradicional
	Percepción frente a mecanismos de sustitución del hábito

Para las variables categóricas incluidas en la entrevista inicial se calcularon frecuencias y porcentajes, y para las variables cuantitativas se calcularon frecuencias y porcentajes.

Resultados

El total de participantes de los grupos focales fue de 19 personas, las cuales fueron distribuidas de acuerdo con la categorización en los diferentes grupos como se muestra en la tabla 24.

Tabla 24. Distribución de los participantes en los grupos focales

Grupo focal	Características de los participantes
Grupo 1	5 fumadores ligeros
Grupo 2	4 fumadores estándar
Grupo 3	2 fumadores pesados
	2 fumadores ligeros
	1 fumador estándar
Grupo 4	3 exfumadores
Grupo 5	2 fumadores pasivos

Características sociodemográficas de la muestra:

El promedio de edad fue de $40,26 \pm 20,98$, el CV=52,11%. El sexo predominante fue el femenino con una proporción de 52,6% (n=10).

La ocupación de los participantes estuvo representada en mayor proporción por personas empleadas con un 31,6% (n=6), seguido de estudiantes con un 26,3% (n=5). (Tabla 25)

Tabla 25. Distribución de ocupación en los participantes.

Ocupación	n (%)
Ama de casa	2 (10,5)
Empleado	6 (31,6)
Estudiante	5 (26,3)
Estudiante y empleado	1 (5,3)
Estudiante e Independiente	1 (5,3)
Independiente	3 (15,8)
Pensionado	1 (5,3)

Entre tanto, la distribución por estrato socioeconómico estuvo representada en mayor proporción por el estrato 3 con un 68,4% (n=13), seguido del estrato 4 con un 21,1% (n=4). (Tabla 26)

Tabla 26. Distribución por estratos.

Estrato	n (%)
2	1 (5,3)
3	13 (68,4)
4	4 (21,1)
5	1 (5,3)

Por otro lado, la distribución por nivel de estudios contó con una mayor proporción en la categoría de pregrado con un 57,9% (n=11), seguido de secundaria con un 26,3 (n=5) y finalmente posgrado con un 15,8 (n=3).

La ciudad de procedencia en mayor porcentaje estuvo dada para la ciudad de Bogotá con un 89,5% (n=17), a continuación, estuvo Cali y Támesis con un 5,3% (n=1) cada una.

Exposición al hábito tabáquico:

La edad promedio manifestada por todos los participantes (incluyendo pasivos y exfumadores) fue de $14,37 \pm 5,06$ años con un coeficiente de variación de 35,21% lo cual expresa una alta homogeneidad en el grupo.

Dentro de la subcategoría de origen del hábito, se identificó que los participantes relacionan componentes sociales, familiares, emocionales y principalmente la curiosidad como elementos clave para dar inicio al hábito de fumar (Tabla 27).

Entre tanto, uno de los primeros contactos es de naturaleza familiar, el entorno familiar, convivir con personas que tienen el hábito, es un factor fundamental para generar este comportamiento, puede que no sea un factor suficiente, pero si es un factor bastante importante.

A medida que el individuo va creciendo, si se ve inmerso en un escenario familiar con fumadores, es posible que pueda incrementar la probabilidad de adquirir el hábito, aquí se involucra otro factor como lo es la curiosidad, esta curiosidad de probar, de conocer el sabor, de conocer qué es y cómo funciona.

En este sentido, influye la idealización e identificación que tiene el individuo frente al familiar, puesto que, dicha idealización genera una relación directamente proporcional entre los hábitos que tenga la persona y el gesto de querer imitar o reproducir las conductas del “ideal del yo”. Además de esto, el hábito mismo de fumar puede ser también una fase de desarrollo cultural y social, que en ciertas esferas permite una cierta complicidad entre el fumador y su entorno,

también como un acto de costumbre y tradición; es de cierta forma también un paso de la niñez a la juventud.

Ya a una edad más avanzada, el cigarrillo pasa a tener un rol social, en el cual, el hábito tabáquico pasa de ser un simple comportamiento a ser parte integral del círculo social desde el entorno académico y laboral, muchos refieren que su paso por el colegio, e incluso la universidad jugaron un papel relevante para que dicho hábito se pudiera acentuar, fortaleciendo lazos entre amistades e incluso siendo un mecanismo de apoyo frente al estrés.

En este punto, se podría comenzar a develar una cierta relación entre momentos estresantes y la búsqueda de un mecanismo de escape que mitigue el efecto del estrés, produciendo un inicio al hábito. Escenarios como el estrés producido por pruebas parciales, exceso de trabajo, incluso el Burnout académicos, la competitividad entre compañeros, la exposición al matoneo, pudieran tener una relación estrecha con el inicio del hábito en jóvenes, así mismo, aspectos relacionados con el trabajo, o quizá entornos históricos, que, en su momento, fueron de mucho estrés, ansiedad y zozobra, también están inmiscuidos dentro de esta red.

Por otro sentido, como también se puede evidenciar en la frase anterior, escenarios de tipo laboral, pueden también ser influyentes a la hora de comprender el mecanismo complejo del inicio del hábito de fumar, muchos manifiestan que el mismo ejercicio laboral con todos sus atavíos guardaba una relación con su hábito, entornos de esparcimiento, el trabajo mismo, y como se mencionaba anteriormente, mecanismos de escape frente a situaciones complicadas.

Tabla 27. Comentarios referidos a la categoría de exposición al hábito de fumar, subcategoría de origen.

Voces de los participantes
“yo veía a mi mamá y a mi papá hacerlo entonces eso me incitaba un poco a probar”
“Digamos, yo lo probé así de pequeña y como, ¿A qué sabrá? porque mi tío lo hace, mi abuelito lo hace, mi papá entonces como que juega todo eso.”
“uno porque la curiosidad de hacerlo, de aprender, de a ver que se siente entonces digamos que lo hacían una vez y a la segunda ya aprendían es decir ya no se atoraban con el humo del cigarrillo o ya lo sabían coger”
“tiempo o sea todo como que va relacionado cuando ves a alguien fumar y quieres como ver, venga que es la vaina que están fumando, venga fumamos, ah me dio cierta sensación”
“cuando mi papa se enteró que yo fumaba porque él no sabía, me dijo bueno ya que fuma camine a fumar a la tienda”
“es porque mi abuela viene de cultura en la que hacer eso es algo demasiado común, ella fuma desde muy pequeña entonces yo creo que estar en ese ambiente para ella era súper normal coger un cigarrillo a los 15 años porque los demás lo hacían”
“ya se sentía uno grande”

Voces de los participantes
“pues mi padrastro fumaba y pues en el colegio pues tenía amigos que fumaban y decidí una vez probarlo y me gusto el sabor del tabaco”
“Yo lo probé sencillamente por curiosidad también y pues digamos que, en la universidad”
“Yo comencé a fumar como a los 17 cuando entré a la universidad por primera vez”
“fumé mucho tiempo desde que empecé a estudiar en la universidad hace unos 20 años”
“empecé el hábito después de presentar una prueba de alemán, esto me hacía sentir muy nerviosa por el resultado”
“un compañero que estaba fumando me dijo que fumara un poco que eso iba a calmar mis nervios de la evaluación”
“Mi relación con el cigarrillo tiene que ver mucho con mi ejercicio cruz rojístico, a finales de los años 70 más o menos en el año 1977, estando en el curso y que ocurrió el paro cívico del 14 de septiembre y las circunstancias que se vivieron me llevaron a fumar, al principio fue muy leve la cuestión, luego a finales de los años 80 fue una época muy fuerte con Armero”
“Yo tengo la necesidad de fumar cuando estoy estresado”
“a veces me da la tentación cuando estoy estresada, angustiada y pensativa”
“siempre he sido una persona ansiosa entonces cada vez que estoy trabajando y eso me tengo que estar parando cada cierto tiempo a fumar”

- **Características.**

Comprender el hábito de fumar, puede resultar siendo una tarea compleja en la que muchos factores, situaciones, incluso emociones juegan un papel dentro de las características del hábito del fumador, median en sus preferencias, gustos, creencias y rutinas, lo cual convierte el hábito de fumar en un fenómeno complejo.

En primer lugar, el hábito se presenta en diferentes situaciones, muchos manifiestan, por ejemplo, que situaciones relacionadas con el ambiente pueden ser influyentes a la hora de querer fumar (Tabla 28).

Por otro lado, se encontró que existía una influencia de los sentimientos y emociones, estados que generen estrés y ansiedad forman parte de los mecanismos que acentúan el deseo de fumar. Dentro de esta noción, se encontró que al menos un participante manifestaba que por hechos de la época en la que vivió, el contexto de su trabajo y el contexto del país, su necesidad de fumar incrementó, esto relacionado con el estrés y la ansiedad que experimentó en su momento.

En este sentido, el fumador experimenta ciertos niveles de tranquilidad y de relajación a la hora de fumar, es como un mecanismo de liberación, un ritual personal que permite extraer situaciones o pensamientos represados. Incluso algunos manifiestan que es un estímulo energético.

Tabla 28. Comentarios referidos a la categoría de exposición al hábito de fumar, subcategoría de características

Voces de los participantes
“allá es un punto donde hace muchísimo frío y tenía clases a las 7 de la mañana entonces me ayudaba bastante a nivelar la temperatura corporal y ya prácticamente eso”
“un cigarrillito porque tengo frío”
“en la mañana hace mucho frío, y uno se fuma un cigarrillo”
“la ansiedad del cigarrillo es una cosa bastante difícil de manejarla”
“de pronto uno lo tiene a hacer cuando uno tiene ansiedad”
“En mi caso es simplemente eso y algunas veces la verdad no siento nada ya es como un hábito X, que en cualquier momento lo hago sin sentir esa ansiedad sin nada y lo hago.”
“a veces es por ansiedad, de furia, que uno de verdad.”
“a veces me da la tentación cuando estoy estresada, angustiada y pensativa”
“un cigarrillito porque estoy nervioso”
“a finales de los años 80 fue una época muy fuerte con Armero y eso me ayudó a retomar el hábito de fumar”
“no sé por la simple acción de estar realizando, inhalando y soltando algo, no sé, muy mental, uno se relaja y siente que está soltando todo lo que uno lleva ahí adentro entonces uno entre en ese estado de relajación”
“uno entra como en un estado de relajación”
“Siento como relajación, es algo muy tranquilo”
“Bueno la verdad yo me relajo, no sé cómo que me tranquilizo”
“la nicotina te da como cuan bebes una bebida energética como que te pones algo eufórico y empiezas cuando eres fumador empiezas a buscar una excusa estoy estresado fumémonos un cigarro, son las ocho de la mañana me toca un cigarro”

Por otro lado, hablando un poco de lo referente a las presentaciones y características del producto, pudiera decirse que las marcas han diseñado estrategias para controlar factores adversos relacionados con la experiencia del consumidor, tales como el sabor y el olor, por ende, se han desarrollado productos con aditamentos como sabores y olores especiales (Tabla 29).

Tabla 29. Comparativo de los comentarios referidos a las preferencias en características del producto

Percepción del consumidor	Características avanzadas del producto
“tras de que deja un olor bien feo en las manos porque eso si deja olor” “yo creo que hay gente que fuma y no le gusta como el sabor porque no sabe a nada” “la sensación que uno siente al fumar o sea la sensación del sabor que te deja en la boca es maluco es feo de por si el olor es feo la sensación en la boca es feo” “Para mí es no es el sabor porque sabe horrible” “yo siento que el olor a cigarrillo es horrible no me gusta para nada”	“tiene como sabor a canela” “y sabe súper feo por eso mismo están haciendo varias líneas donde, este sabe a sandia, este a uva, este a menta, este sabe a canela” “yo le cogí cierta fascinación al olor entonces cuando ya empecé a probarlo me gustó” “cuando uno fuma uno con filtro y con esencia el olor del humo huele a eso al filtro no sé, a menta a hierba” “el sabor cambio digamos lo rico del Pielroja era que su cuero era dulcecito y tenía un sabor particular” “el sabor cambio digamos lo rico del Pielroja era que su cuero era dulcecito y tenía un sabor particular”

Otro de los factores que intervienen a la hora de elegir un cigarrillo es el costo, se han implementados medidas en salud pública para elevar los costos del cigarrillo, de modo que el consumidor tenga que pensar dos veces a la hora de comprarlo y simplemente cambiar de marca a una más económica, sin embargo, en algunos casos el hábito es tan fuerte, que el costo no representa el problema, e incluso se asigna un presupuesto especial para este rubro. (Tabla 30)

Tabla 30. Comentarios referidos a los costos en cigarrillos.

Concepciones y experiencias frente al costo
“ha habido casos en los que dijo uh no como un cigarro a mil quinientos pesos como que no”
“he estado en un momento en el que he dicho “me lo puedo aguantar” pero también ha habido momentos en que he bajado hasta el pueblo simplemente porque no tengo cigarrillos”
“en cuanto al precio pues obviamente uno, en mi percepción yo si busco el que a mí me gusta digamos que suena feo, pero pues cueste lo que cueste o sea obviamente tampoco voy a dar dos mil pesos por un cigarrillo, prefiero no fumaren realidad, pero en cuanto a costos si digamos yo digo no pues si me compro uno que vale ochocientos pesos pues mejor me compro media cajetilla que vale cuatro mil quinientos”

Concepciones y experiencias frente al costo
“pero que pague lo que sea por fumarme un cigarrillo no”
“tampoco voy a dar dos mil pesos por un cigarrillo, prefiero no fumaren realidad”
“no importa el costo si está el que me gusta yo lo pago”
“quemar la platica”

- **Concepciones y creencias:**

Desde antaño, poblaciones indígenas han expresado creencias y cosmogonías relacionadas con el tabaco, desde comprender el cuerpo como un microcosmos conformado por los cuatro elementos: agua, fuego, tierra y aire, dentro de los cuales particularmente el tabaco es fruto de la tierra, se alimenta con agua, se consume con fuego y se eleva al aire, hasta dimensionar el mismo acto de fumar como una práctica de protección, de cierre del cuerpo y hasta de liberación frente a enfermedades, daños y pensamientos represados.

Muchos de los participantes relataron experiencias y creencias relacionadas con estas visiones y creencias particulares que de cierta forma son parte de la idiosincrasia y de la cultura propia de nuestro país (Tabla 31).

Por otro lado, se relatan costumbres basadas en creencias populares, que alimentan la tradición oral.

Tabla 31. Comentarios referidos a la categoría de exposición al hábito de fumar, subcategoría de experiencias.

Experiencias y relatos de creencias populares y culturales
“el tabaco dentro de la cosmogonía Muisca tiene dos funciones: es la medicina de la palabra, se hacen círculos de tabaco y el que tiene el tabaco que va fumando es el que puede hablar en el círculo y este también tiene la función de limpiar y de llamar como enraizar al territorio, entonces es medicina, en realidad su función no es para alimentarnos no es un fruto, es medicina.”
“También el humo como se trata, como trabajas con el humo entonces es una planta muy poderosa dentro de nuestros ancestros”
“nos decía que el Piel Roja había que fumarlo por el costado que no tiene el sello, es decir el indio, porque decía que el indio prefiere morir quemado que en manos de un blanco”
“el taita agarraba unos tabacos mucho más gruesos, no me atrevo a decir puros porque no sé si sea así, pero él en la limpieza previa a la toma del remedio nos escupía en la cara y el cuerpo aguardiente con otras hierbas y también nos fumaba por todo lado mientras nos recitaba cosas en su lengua.”
“es muy distinto a como nosotros hacemos uso del tabaco, que es más recreativo, ellos lo usan más para cuestiones más espirituales”

Experiencias y relatos de creencias populares y culturales
“por ejemplo, yo al taita no lo veía en su casa con su familia, y eso que nos quedamos en la casa del taita, con sus compadres o con sus amigos en el cabildo fumando, de hecho, a ninguno, sino solamente en el ritual, en la toma del yagé con los tabacos, pero del resto no lo veía.
“quizá un poco liberar a través del humo una serie de tensiones propias de un sistema o también algo así por el estilo”
“sí, los que fumamos cigarrillo tenemos la necesidad de expulsar a través del humo todas esas angustias que no hemos podido develar de otra forma en una relación de cotidianidad en un sistema económico”
“es que todos tenemos una forma diferente de coger el cigarrillo, de prender el cigarrillo, es decir, creo que para cada uno de nosotros el acto de fumar implica de por sí ya un ritual.”

Percepción sobre el abordaje diagnóstico.

El abordaje diagnóstico es la vía de entrada para poder intervenir al paciente, en este sentido, el profesional de la salud deberá hacer uso de todas las herramientas para poder hacer un diagnóstico y caracterización efectiva del individuo.

Sin embargo, este ejercicio va más allá que simplemente hacer una pesquisa o un cuestionario, o ejecutar una serie de pasos.

El paciente es un universo, y el hábito de fumar, como se exploró anteriormente, está relacionado con acciones más allá del mismo hábito, hay un universo de relaciones de tipo social, familiar, laboral e incluso sentimental que intervienen para el fumador mantenga el hábito (Tabla 32).

Es por esto por lo que, conocer las percepciones y los puntos de vista del fumador a la hora de someterse a un abordaje diagnóstico, son un insumo fundamental para mejorar la práctica y comprender las necesidades del fumador.

Tabla 32. Comentarios referidos a la categoría de percepción frente al abordaje diagnóstico, basado en la estrategia de Las Cinco A.

Componente	Comentarios
Averiguar	“a mí no me genera incomodidad, ya si el medico toma un poco más de confianza es decir si se pasa de la pregunta que se necesita para llenar una historia clínica de cualquier paciente ahí si uno dice no me pregunte ¿por qué? ni nada, porque eso no es relevante a lo que yo vengo aquí a su consulta.” “la verdad no ha sido incomodo, yo sé que para el personal de la salud es importante esa información por eso yo la brindo y la verdad no ha sido incómodo.” “Yo lo veo como una pregunta normal de protocolo, ¿fuma? no o si, ya siguiente.” “Recomiendo cómo indagar más en la persona, preguntarle ¿cuánto lleva?, ¿cuál es su tiempo?, ¿que consume?, ¿va más allá? también como hablarle y acercarse más a la persona en que se puede lograr en que se puede llegar hacer y si es para bien o definitivamente no hay arreglo, que haya como esa comunicación.” “sí siento que es algo en lo que los doctores deberían intervenir de una forma más brusca por decirlo de alguna forma porque siento que algunos abordan el tema de una forma muy pasiva pero pues hablando de profesionales de la salud que obviamente se tiene que interesar por la salud de sus pacientes si siento que de pronto lo recomendable es que de pronto ya viendo a una persona que está muy ahogada en esto de la adicción con el cigarrillo brindarle algún tipo de tratamiento, de terapia y hacerle un seguimiento a esa persona, siento que no basta con llenar solo un papel y poner que el paciente fuma y la cantidad que fuma si en realidad no están haciendo nada simplemente informativo” “Y como profesional de la salud lo mismo yo creo que hay que preguntarles a las personas ese tipo de cosas y cualquier cosa con respeto y no tomar partido en cuanto a la decisión que él ha tomado”
Aconsejar	“a veces no es lo que dices sino como lo dices y eso es importante, cuando tu impones es peor pero cuando tu buscas como un lenguaje de “vega hablamos” es muchísimo más llevadero y uno empieza o sea la gracia del cómo lo dices es que la otra persona se quede con el “oiga sí, me está afectando ¿qué hago?” pero cuando tu impones uno dice “ay me vale una tres... mejor dicho es mi vida yo hago lo que se me dé la gana” y este doctor si supo cómo hablarme.” “la comunicación es la clave porque muchas veces no es lo que dices sino como lo dices, creo que ahí tiene que jugar un poco los médicos y las enfermeras, con algo de psicología y es primero hablar, conocer y mirar primero como le da un mensaje y que sea adecuando porque es verídico” “la comunicación el algo importante, hablar con calma y con comunicación asertiva siento que es lo más relevante” “soy médica y la verdad es que no he considerado que tenga la autoridad moral ni para decírselo a nadie más uno fumadora, y como les he dicho nunca me ha interesado dejarlo, creo que el cigarrillo es más que conocido el daño que hace, no creo que nadie necesite que yo le haga énfasis en que eso le va a generar algún tipo de daño, enfermedad, factores de riesgo para mil cosas, etc.” “Yo nunca le digo a ninguno de mis pacientes que deje de fumar porque en serio no sería correcto de mi parte, como fumadora” “no puedo decirle: “no fume” porque pues yo lo estoy haciendo, entonces con que moral les digo no fume ni nada”: Profesional de la salud.

Componente	Comentarios
Analizar	“yo no estoy de acuerdo de que los médicos le digan que fume o no fume, se va a morir o no sé qué” “Cuando te entran a las patadas, cuando te entran a imponer no funciona y más para un fumador que te entren de una no, es más psicología, de que lo escuche y sepas que tipo de comunicación se puede dar y que tipo de mensaje voy a dar creo que esa es la más efectiva y la primordial.” “también siento que darles como una motivación centrarlos en otra cosa para que no piensen de que: “ay bueno tengo que fumar”, entonces que no se sientan: “me estrese tengo que fumar”, eso es lo que yo diría” “estoy de acuerdo con ser asertivo y empático, también es como darse cuenta de la etapa de la persona a la que se le habla porque digamos no puede estar estandarizado para todas las personas igual sino que siento que debería ser por grupos, primero tratar a las personas jóvenes, a las personas de mediana edad y a los adultos mayores, porque siento que en sus entornos sus espacios creo que son diferentes uno del otro y pues tal vez lo que piensen sea distinto y la manera de abordarlos también tenga que cambiar.” “tal vez los adultos mayores te van a decir “ay yo para que, si yo ya que ya me voy a morir” así en cambio, los jóvenes dicen “en este momento que tal vez se puede cambiar” de una forma distinta” “soy fumador, pero en ese sentido el médico va a afirmarse sobre la teoría científica del daño del cigarrillo y de acuerdo, pero habría que mirar lo físico y lo psicológico, como el médico tiene la suficiente capacidad para manejar ese equilibrio para no indisponer al paciente, pero sí hacerle entender que está haciendo algo que está acabando con su vida” “la importancia de equilibrar y entender que esa persona no está enferma por el hecho de fumar no es tanto de llegar al punto de decir: “No fume”, simplemente entender el ¿Por qué lo hace? eso va a ayudar a resolver el problema del fumador desde la parte física a la parte mental.” “el médico no debe ser punitivo, es decir, el médico es la persona la cual uno acude en determinados momentos de su vida.” “El punto yo diría que no existe la fórmula sacramental para resolver ese escenario, yo pienso que cada fumador es un mundo como cada persona es un mundo obviamente y cada persona va al cigarrillo dependiendo de sus circunstancias.”
Ayudar	“lo ideal sería como mostrar estrategias e incluso encontrar estrategias para que el fumador o fumadora logre disminuirlo hasta que, si desea, se quite por completo el hábito de fumar porque a nadie obligado se logra llegar a ningún lado.” “Yo creo que más que todo sería como aplicarle los métodos de alternativas, o sea irse por cigarrillo electrónico o por vaporizador o también aplicar los grupos de apoyo, pero simplemente sería eso que evalúe todas las alternativas para en cual se siente más cómodo y que eso lo brinde el personal de la salud y que se sienta bien esa persona que le hacen caer en cuenta que ese hábito no es bueno para su salud ni para su condición inicial” “Pensar un poco más de acompañar la persona en la ansiedad porque eso es lo que más cautiva hoy en día a los muchachos a fumar o las chicas ellas de pronto no son como nosotros que era que uy que tan elegante el que fuma “uf sobrado”, no, ahora los chinos fuman que porque la otra fuma, pero el vicio, la ansiedad esclaviza a la persona y uno decía fuma más que lavandera mueca”

Componente	Comentarios
Acompañar	“Yo creo que lo primero sería que de verdad la persona quiera hacerlo o el médico detecte que esa condición está poniendo en peligro la salud esta persona” “es como una virtud del profesional que tenga esa capacidad de escuchar, de entender cada persona, su necesidad como cada persona, no como un robot o como un protocolo o como “tan tan tan” entonces “usted es clasificación c, pase para allá, usted es medicado” no, yo creo que el factor humano es lo que marcaría la diferencia entre un servicio y otro. “lo más recomendable es que usted deje de fumar, pero de ahí a que sea algo que yo deba imponer al resto pues no cada uno debe hacerlo.”

Cesación del hábito:

El proceso de cesación del hábito tabáquico depende de muchos factores, principalmente, de origen social y personal, muchos lo describen como un proceso autónomo y del cual, cada persona es responsable de si lo deja o no.

Algo que juega el papel protagónico y que es el precursor para la dejación del hábito, es la motivación, lo que lleva al fumador a tomar la decisión de dejar de consumir el tabaco y emprender una lucha consigo mismo para disminuir y en algunos casos eliminar el consumo (Tabla 33).

Tabla 33. Comentarios referidos a la categoría cesación del hábito y las motivaciones encontradas.

Motivaciones	Tipo de motivación
“tengo planes de mi vida personal que no puedo hacer si fumo y sobre todo por el olor, el sabor, la incomodidad que genera estar con otras personas que no lo hacen, y tu querer hacerlo y no hacer por no incomodar entonces no”	Proyecto de vida. Rechazo social.
“entonces yo antes me fumaba media de cigarrillo diaria desde que empecé la universidad, pero ya después desde como entré a ese modo de jugar futbol los fines de semana entonces pues empecé a disminuir el consumo” “Yo creo que mi condición física y mi condición para seguir realizando mis hábitos diarios, donde hago mucho deporte entonces yo sé que eso también repercutiría mucho el dejar el cigarrillo” “dije no esto no es posible si salgo a correr y después vengo a rematar con un cigarrillo, no más cigarrillo” “haciendo un poco de deporte yo decía no es que fumando y salir a correr e ir a jugar futbol, no definitivamente hay que dejarlo”	Ejercicio físico.

Motivaciones	Tipo de motivación
“se preocupa uno que el olor a cigarrillo y que ya uno como que comienza a hacer ejercicio y que ya no me gusta el cigarrillo entonces lo deje por una muy buena razón”	Rechazo social. Ejercicio físico.
“por cosas laborales que le molesta a uno y al otro uno también empieza a cogerle antipatía” “cuando empiezo a trabajar formalmente veo que estoy incomodando y estoy como de cierta forma violentando a otra persona a que acepte que yo fume y a que esa persona sea un fumador pasivo, entonces decidí como buscar primero una alternativa que no incomodara”	Rechazo social.
“quiero dejarlo por la familia” “cuando nacieron mis hijas en algún momento dado dije, voy a dejar de fumar porque esto es un mal ejemplo para mis hijas” “yo dije sí, nadie más lo hace en mi casa, nadie más lo hace, pero toco hacerlo con mucho esfuerzo porque es una cosa que se pega demasiado”	Familiar.
“Mi relación con el cigarrillo actualmente se basa en que hay días que no fumo porque me encuentro muy ocupada debido a que tengo tres empleos y veo clases en la universidad”	Ocupación.
“pues yo dije: ‘me puedo hacer daño yo y si quieren yo lo hago para mí, pero mi bebé tiene que estar bien’ por esa razón fue que yo dije ya no más.” “era querer mi bebé o poner el cigarrillo, pero pues obviamente yo escogí mi bebé y dejé de fumar de un día para otro, a penas me entregaron el resultado ya lo dejé.”	Embarazo.

Algunos de los fumadores, intentaron estrategias encaminadas no tanto a eliminar el hábito, sino a disminuir su consumo, generando planes diarios de limitación de unidades de cigarrillo al día (Tabla 34).

Tabla 34. Comentarios referidos a las experiencias de disminución del hábito como estrategia para la dejación.

Experiencias frente a la disminución
“No he dejado de fumar, tanto como pensar “hoy voy a dejar de fumar” no, pero si de un tiempo para acá si he tratado de disminuir el consumo y si es mejor así.”
“disminuir el consumo porque yo siempre he sido una persona que hace deporte”

Experiencias frente a la disminución
“entonces yo antes me fumaba media de cigarrillo diaria desde que empecé la universidad, pero ya después, desde como que entré a ese modo de jugar futbol los fines de semana, entonces pues empecé a disminuir el consumo”
“lo que he pensado y he dicho es disminuir el consumo, pero de como pensar de lo voy a dejar no, entonces no he buscado ninguna otra alternativa.”
“simplemente he disminuido el consumo y yo creo que así estoy bien entonces no he buscado ninguna ayuda profesional.”
“en este momento intente dejarlo a un lado, o sea como que no pude dejarlo del totazo como tal, pero sí como que le baje al cigarrillo.”
“Digamos que ahorita que estoy en casa y todo esto ha bajado un poco”

Percepción frente a los abordajes terapéuticos.

- **Tratamiento médico farmacológico.**

En lo relacionado con las percepciones frente al tratamiento farmacológico se destaca que los individuos manifiestan una cierta prevención frente al uso de fármacos para el tratamiento del hábito tabáquico.

Se refleja la necesidad de que el personal médico se detenga a revisar el estadio en el que se encuentra el fumador, además de ser un agente que acompañe al paciente en todo el proceso. Una de las percepciones más frecuentes es la no necesidad de poner en marcha intervenciones farmacológicas y que la decisión de dejar de fumar, apoyada con una motivación son suficientes para dejar de fumar, esto se constata con la percepción de los exfumadores, quienes manifestaron el uso de algunas alternativas de índole farmacológica y no funcionaron como se esperaba (Tabla 35).

Algunos incluso manifestaban que las características organolépticas son influyentes, también los efectos secundarios de dichas alternativas.

Tabla 35. Comentarios referidos a la categoría de percepciones frente al abordaje terapéutico, subcategoría de tratamiento farmacológico.

Percepciones frente al tratamiento farmacológico
“lo conversaría más en cuanto a que no fuera un tratamiento como medicado
“ensayé con Nicorex y eso es costoso y se mascaba uno los tres o cuatro chicles y empezaba el hipo”
“en esos chicles Nicorex si gaste mucho dinero porque tenía fuerza de voluntad, pero el deseo era terrible”
“me comí muchos Nicorex y eso después de que uno masca tres chicles empieza a uno a darle el hipo y eso es costoso, porque una caja vale como treinta mil pesos sale cada chicle como a mil algo no sé cuánto vale en este momento, pero es costoso”
“no sé, no creo que con un medicamento uno se vaya a curar de un vicio”
“tampoco creo que digamos lo que preguntaban ahorita acerca de pastillas, parches de nicotina y el resto de las cosas para modular, nunca he pensado en que realmente sirvan, creo que es una decisión y las personas que siempre los he escuchado que dejan de fumar es, como decía la señora que dejó de fumar por su embarazo, hoy decidí que no vuelvo a fumar y no lo vuelvo a hacer”
“ Yo pienso que los cigarrillos electrónicos y las pastillas tienen unas consecuencias que no conocemos para nuestro cuerpo.”
“sí a mí alguien me llega a decir que mire este dulce para que deje de fumar pues tampoco”
“Una amiga que se motivó a dejar de fumar, lo hizo mediante unos chicles para calmar la ansiedad y yo siento que el sabor de esos chicles es feo, no lo haría, pero como decía, eso es cosa de cada uno.”
“Yo opino que estos elementos son un trabajo de mercado tipo: aprovechemos el sentimiento de culpa de los fumadores y metamos este producto diciendo que la perdición tabacalera se va a redimir, algo así por el estilo.”
“sí a mí me hablan de vapeadores y todo eso, yo digo que ese es trabajo de unos comerciantes que quieren meterse en mis sentimientos que manifiesto a través del cigarrillo y me pretenden sustituir desde mis sentimientos y mis intimidades, se quieren meter ahí mostrándome que ellos son buenos porque me quieren quitar el cigarrillo dándome otro problema adicional”
“otra amiga lo intento con los parches, pero no le funcionó mucho, los chicles con nicotina no pues mucha gente asocia el cigarro con la sensación de tenerlo en la boca y aspirarlo entonces digamos que esas metodologías cuando yo la escuché no funcionaron, yo ni lo intento.”

- **Percepción frente a mecanismos de sustitución del hábito.**

Un común denominador frente al uso de mecanismos como cigarrillos electrónicos o vapeadores es la diferencia en la experiencia que este brinda, frente a un cigarrillo convencional, muchos describían que el acto de fumar, más que un hábito era un estilo de vida, un ritual.

En este sentido, las propiedades que brindan estos sistemas sustitutos pueden brindar una experiencia limitada, haciendo que el potencial de recaída sea mucho más frecuente y no sea un mecanismo efectivo para la dejación del hábito (Tabla 36).

Por otro lado, cobró importancia el sentido comercial y político del uso de dichos elementos, en la voz de uno de los participantes que pertenecía al grupo de los fumadores pesados *“un trabajo de mercado tipo: aprovechemos el sentimiento de culpa de los fumadores y metamos este producto diciendo que la perdición tabacalera se va a redimir, algo así por el estilo.”*

Entre tanto, otro de los factores que tuvieron un protagonismo fue el costo, puesto que el consumidor de cigarrillo se cuestiona en el costo que tiene el dispositivo y sus repuestos comparado con el comprar el volumen de cigarrillos habitual.

Finalmente, hay quienes emplean experiencias de conocidos o familiares que han implementado estos mecanismos y describen que la percepción en la mayoría de los casos no es grata y de inmediato se inhibe el interés en probarlo.

Tabla 36. Comentarios referidos a la categoría de Percepciones frente al abordaje terapéutico, subcategoría de mecanismos de sustitución.

Voces de los participantes
“No, las alternativas están en ti querer hacerlas o no, las alternativas están y todos las conocemos”
“Se me hace complicado la verdad y por el cigarrillo electrónico no, no me gusto.”
“trate con un amigo que vendía vaporizadores, una marca que no me acuerdo el nombre, me dijo que, para dejar el cigarrillo, que no sé qué, que el olor de las manos, todo eso, entonces como que intente, pero no. Me pegue la atorada que no me pegue cuando probé el cigarrillo normal.”
“Pero no se digamos las alternativas como cigarrillo electrónico, quizás podría funcionar, no estoy del todo seguro, pero pues no se quizás eso.”
“hace un momento si lo intente con un cigarrillo electrónico, con un vaporizador, obviamente le dicen a uno esto contiene cierto porcentaje de nicotina porque pues lo que lo vuelve adicto a uno es la nicotina y todo esto, pero siento que juega mucho la cabeza, que es algo que yo he pensado en sí, porque digamos es la acción de realizar esto, es simplemente que tu veas el cigarrillo, que tú lo prendas, el olor; No es igual en otro dispositivo, en un vaporizador, en un cigarrillo electrónico por ende la cabeza asimila que no estas fumando cigarrillo entonces sigue con ese hábito”
“con los vaporizadores él dice que lo ayudó obviamente no de totazo, no de una, pero si intercalando”
“lo que dice es que obviamente hace daño, pero un daño menor y ya la otra gente es por pura voluntad propia como lo quiero dejar y ya hace dos meses no fumo, pero no probando otra sustancia u otro producto.”

Voces de los participantes

“entonces decidí como buscar primero una alternativa que no incomodara entonces ahí llega una marca particular, una persona me lo presenta, que es un vendedor de una marca particular, y empiezo a como aprobarlo y me gusta, y aun así pues para no irrespetar a las otras personas siempre pregunto ¿te incomoda?, si no le incomoda pues lo hago con el cigarrillo electrónico, y si no prefiero retirarme y no hacerlo, y pues el olor es diferente pues porque el tabaco es con candela, es con fuego entonces tiene un cierto olor a quemado, en cambio, con el electrónico es diferente, no deja de oler, pero no es tan penetrante o tan fastidioso entonces y lo que te digo o sea a mí me encanta el tabaco pero quería dejar de”

“los otros cigarrillos electrónicos que son los vapeadores, mi padrastro compro uno y no me gusto, porque la sensación es totalmente diferente y a lo que nosotros llamamos el golpe que es aspirar era muchísimo más fuerte entonces dije no”

“esta alternativa pues deja de oler, pero tampoco fue como la alternativa porque no me gustaba la sensación de este aparato y el electrónico pues también es nicotina, sigue siendo tabaco entonces, pues fue como chévere la transición y pues a las personas que me conocen pues no las incomodo tanto.”

“no deja de tener sus prescripciones, pero es un poco menos riesgoso además antes de comprarlo leí investigaciones sobre este modelo, y al principio pues mucha controversia, pero pues algunos científicos decían como pues si está latente, mas no es que no de ciertas enfermedades, pero es muchísimo menos, comparado con el cigarro, porque como el cigarro al prenderlo también tiene alquitrán y los filtros tiene muchas cosas, entonces antes de pasarme al electrónico también había investigado”

“mi papá y yo nos pasamos a una marca particular entonces ya es un hábito social

“me gusta hacerme preguntas entonces bueno, que es esto, como es, o sea antes de meterme a algo siempre como investigo, como que miro que hay, antes de... por qué pues el aparato yo decía si voy a invertir 200 mil pesos en esto me lo puedo estar mecateando en cositas o me puedo mirar que es, que hace, que si es una buena inversión mirémosla”

“Yo personalmente cambié al dispositivo para quemar tabaco desde hace 2 años, no lo hice con la intención de dejarlo sino más como una cuestión social”

“Me costó mucho trabajo con la parte del rito por el humo, porque ver el humo me gustaba demasiado cuando fumaba, no tengo la capacidad de hacer figurar ni nada, pero ver el humo era algo que me gustaba, así que, eso me costó demasiado, el hecho de cambiar y ver que no se calienta como el cigarrillo cuando está por acabarse.

No sé a ciencia cierta si esto o aquello le hace más daño a mi cuerpo, porque si hace más prefiero quedarme con lo que ya conozco”

“teniendo en cuenta que esto puede ser una alternativa más costosa en el gasto de repuestos, otra parte se dice que los vapeadores es más por moda por la cantidad de humo, por los diferentes sabores que se encuentran en el mercado y así”

“yo he visto a un compañero con su dispositivo eléctrico me he puesto a pensar que vendría a hacer lo mismo que un cigarrillo normal, no le veo la diferencia en nada, la expansión de humo es mayor y nunca le encuentro sabor a nada, tampoco lo he intentado probar esas alternativas porque todo tiene sus pro y sus contra, la parte a favor es dejar de lado el hábito del tabaquismo pero el contra es la percusión a la problemática de los pulmones”

Voces de los participantes
“sé que es un vapeador lo que ellas utilizan, me lo dieron a probar una vez y no me llamó la atención”
“sé que es un vapeador lo que ellas utilizan, me lo dieron a probar una vez y no me llamó la atención, adicionalmente lo que dicen de que es muy costoso tanto las esencias, las pilas y si se daña algo pues sale mucho más costoso.”
“un trabajo de mercado tipo: aprovechemos el sentimiento de culpa de los fumadores y metamos este producto diciendo que la perdición tabacalera se va a redimir, algo así por el estilo.”
“Yo no, a esta edad que me voy a poner yo con esos inventos, no, me los fumo de una y listo.”
“sí a mí me hablan de vapeadores y todo eso, yo digo que ese es trabajo de unos comerciantes que quieren meterse en mis sentimientos que manifiesto a través del cigarrillo y me pretenden sustituir desde mis sentimientos y mis intimidades, se quieren meter ahí mostrándome que ellos son buenos porque me quieren quitar el cigarrillo dándome otro problema adicional”
“tampoco creo que digamos lo que preguntaban ahorita acerca de pastillas, parches de nicotina y el resto de las cosas para modular nunca he pensado en que realmente sirvan, creo que es una decisión y las personas que siempre les he escuchado que dejan de fumar es como decía la señora que dejó de fumar por su embarazo, hoy decidí que no vuelvo a fumar y no lo vuelvo a hacer”
“ Yo pienso que los cigarrillos electrónicos y las pastillas tienen unas consecuencias que no conocemos para nuestro cuerpo.”
“en el momento que uno cree que puede dejar de fumar no sería tanto pero ahorita que uno quiere hacer ejercicio y eso, si sería bueno saber de qué manera uno podría dejarlo con tratamientos poco invasivos, sería algo bueno.”
“los cigarrillos electrónicos esa parte si la he intentado probar, pero digamos que no es lo mismo que fumarse un cigarrillo normal”
“el hecho de tener dulces y toda esa cuestión para calmar la ansiedad nunca me ha funcionado, entonces esos son los únicos, el cigarrillo electrónico y los dulces.”
“en realidad pueden ser diferentes factores como lo son la duración, que uno sabe que siempre está ahí, el sabor no es lo mismo, cómo lo fuerte del cigarrillo tampoco lo tiene ningún cigarrillo electrónico que yo conozca, el olor y todo eso no es lo mismo.”
“Si sigue siendo dañino no me parece una alternativa buena, la idea sería algo que no tuviera daño a los pulmones, sino que se sintiera igual y no fuera malo.”
“algo que la reemplace pero que sintiera ese mismo sabor y sensación.”
“sí a mí alguien me llega a decir que mire este dulce para que deje de fumar pues tampoco
Una amiga que se motivó a dejar de fumar, lo hizo mediante unos chicles para calmar la ansiedad y yo siento que el sabor de esos chicles es feo, no lo haría, pero como decía, eso es cosa de cada uno.”
“esos chicles les daban nauseas, desespero y entre más chicle comía ella quería fumar más.”

- Tratamiento médico no farmacológico.

El mejor método no farmacológico para la dejación del hábito es el psicológico, un buen terapeuta que comprenda y acompañe en todo momento el proceso incluyendo las recaídas. El ejercicio es otra buena alternativa. Lo definitivo es la voluntad del fumador (Tabla 37).

La mayoría de los participantes expresa su interés y necesidad de un abordaje que contemple una alternativa terapéutica no invasiva, una herramienta de seguimiento y un profesional que acompañe y oriente acciones de motivación frente a la dejación del hábito.

Un común denominador en esta parte ha sido la motivación, el brindar una suerte de objetivo, meta o sustento para dejar el hábito y que el acompañamiento psicoterapéutico sea asertivo y continuo.

Tabla 37. Comentarios referidos a la categoría de percepciones frente al abordaje terapéutico, subcategoría tratamientos no farmacológicos.

Voces de los participantes
"más tratamiento como lo que se hablaba ahorita dentro de las preguntas que fueran espacios como grupos de apoyo"
"ya hay personas que se fuman dos paquetes diarios, tres paquetes diarios y siento que con psicología, yo soy muy dado a esas cosas, siento que puede ser la rama de la salud que ayude más a las personas a dejarlo, no siento que haya otro tratamiento porque es muy mental o sea muy psicológico"
"yo creo que son psicología se podría para aquellas personas que dicen que de pronto ya es una condición que ya están muy adictos por decirlo de alguna forma"
"Pues pienso que sí porque la persona pues tenga problemas o algo así y se desahogue en esa llamada, entonces yo necesito que me escuchen, me pasa esto y esto, o me fumo tantos al día ¿cómo puedo memorar eso? ¿cómo puedo ayudar a bajar o a dejarlo del todo?"
Si siento que podría ayudar, pero creo que las personas no lo usarían tanto pues por la sencilla razón que de pronto en este caso, pues para yo tener que llamar, me tengo que sentir ya muy, por decirlo de alguna forma, culpable de haber fumado o de estarme haciendo este daño"
"yo no llamaría, pero si tengo a un doctor encima diciendo "Fulanito, ¿cuántos te fumaste hoy? ¿por qué lo hiciste? oye, hagamos esto, mañana intentemos hacer esto otro" puede ser mejor.
"sí hay tiempo para fumarse un cigarrillo, pero no hay tiempo para llamar a un especialista"
"no es algo como que yo diga "me va a funcionar" si te soy sincero y como para eso, no sé es como una línea de atención, puede que en cierta manera sea personal, pero realmente como que da la misma mirar un video en Youtube que le diga 'no lo haga'"
"sea como una buena idea debido a que hay cierto acercamiento, lo que decía el otro participante, si hay una persona como que de verdad lo apoye y le esté diciendo a uno"
"participaría en esto con un especialista que sea profesional obviamente porque si cualquier persona le va a hacer la terapia y en vez de mejorarla empeora pues no hay si nada que ver."

Voces de los participantes
“en el momento que uno cree que puede dejar de fumar no sería tanto pero ahorita que uno quiere hacer ejercicio y eso, si sería bueno saber de qué manera uno podría dejarlo con tratamientos poco invasivos, sería algo bueno.”
“la ayuda es necesaria siempre y cuando la persona quiera, porque si no quiere va a ser una pérdida de tiempo el buscar ayuda”
“yo personalmente no lo haría porque a mí me llegan a decir es que usted tiene que ir a terapia, yo diría que no.”

- **Tratamiento tradicional.**

El tratamiento tradicional hace referencia a tradiciones, creencias y concepciones propias y culturales que el individuo pueda emplear para dejar el hábito (Tabla 38).

En esta parte, cobró importancia las alternativas como la meditación, que aunque no tuvo una recepción por todos los participantes, algunos mencionaron procesos personales de transformación, que iban más allá del hábito a ser un cambio completo.

Entre tanto, las creencias religiosas también tuvieron un protagonismo, sobre todo en los exfumadores, que mencionaron que, en su opinión, sus creencias sustentaron y aportaron al proceso de dejación del hábito tabáquico, lo cual pudiera llegar a ser un factor a tener en cuenta a la hora de realizar intervenciones.

Finalmente, algunos mencionaron experiencias relacionadas con productos de origen natural, que han escuchado y que desde su perspectiva o la de sus allegados, han sido efectivas para el manejo de la ansiedad que se genera en la dejación pronta.

Tabla 38. Comentarios referidos a la categoría de percepciones frente al abordaje terapéutico, subcategoría tratamientos tradicionales

Voces de los participantes
“Yo creo en la meditación y en escuchar el cuerpo.”
“siento que ahorita estoy en un proceso de un trabajo personal, y si estoy en un espacio terapéutico, en un círculo entonces siento que lo del cigarrillo no es tan prioritario”
“digamos yo no medito para dejar de fumar, pero el meditar me hace de pronto cuestionarme si el cigarrillo me beneficia o no”
“Yo creo que funciona lo que dice una amiga “no trate, hágalo” si lo va hacer hágalo y ya, digamos yo no medito para dejar de fumar, pero el meditar me hace de pronto cuestionarme si el cigarrillo me beneficia o no, pero por otro lado es como una relación de yin yang digamos en la vida es como fumar ante la meditación es malo, pero fumar también me genera placer en la vida y la paso bien y son esas mezclas que uso en mi vida con las cuales no peleo y las disfruto por igual”

Voces de los participantes
“No, yo creo que nunca he practicado alternativas como mindfullnes o meditación no, y no he investigado a fon y sencillamente no.”
No, la verdad no he escuchado nada de eso y no de por si no me gusta ni para el cigarrillo ni para otras cosas no me interesa
“más tratamiento como lo que se hablaba ahorita dentro de las preguntas que fueran espacios como grupos de apoyo o todo este tema de la meditación”
“me compre unas goticas yo creo que era más psicológica la cosa que tomarse uno las 10 goticas cada vez que uno quería fumar”
“entonces se tomaba las 10 goticas en un almacén naturista y definitivamente ya, no fumo”
“no soy muy aficionado a comer dulces sé que hay mucha gente que lo hace o chicles tampoco me han gustado mucho de marera que tenía ansiedad un poco de estrés, pero poco a poco me fui acostumbrando”
“me toco ponerle a pedir a mi Dios que me colaborara porque eso es fregado.”
“entonces llegue hasta decir que hable con un naturista y me dijeron pues cilantro, que las raíces del cilantro que las tueste y cuando le dé por fumar saque una astilla de cilantro y másquela yo lo hice”
“unos médicos naturistas y allá me compre unas goticas quita vicios se llama el frasquito”
“en el momento que uno cree que puede dejar de fumar no sería tanto pero ahorita que uno quiere hacer ejercicio y eso, si sería bueno saber de qué manera uno podría dejarlo con tratamientos poco invasivos, sería algo bueno.”

Capítulo de evaluación económica

Introducción

Las evaluaciones económicas comparan los costos y las consecuencias de diferentes actividades con el objetivo de proveer la información necesaria para tomar decisiones sobre la mejor forma de asignar los recursos disponibles (4). El problema básico sobre el cual se cimenta la necesidad de realizar evaluaciones económicas radica en que las necesidades de las poblaciones (en salud y en otros sectores) son infinitas pero los recursos de la sociedad son limitados. Esta “escases” de recursos lleva frecuentemente a quienes toman decisiones, proveen o reciben servicios de salud, o aquellos quienes pagan por estos servicios, a preguntarse si los recursos adicionales que deben ser asignados para prestar dichos servicios deberían ser gastados de esta forma y no de formas alternativas.

Una de las formas de evaluación económica más utilizadas son los análisis de costo-efectividad (CE). Los análisis de CE relacionan los costos identificados a un efecto común que puede diferir entre dos o más estrategias disponibles. Los resultados de estas comparaciones pueden expresarse en términos de costo incremental por unidad de efecto (por ejemplo costo por año de vida ganado o costo por caso adicional diagnosticado) o en términos de efectos por unidad de costo (por ejemplo años de vida ganados por dólar gastado). Una variante de los análisis de CE son los análisis de costo-utilidad. La única diferencia entre ambos tipos de análisis radica en que estos últimos utilizan como unidad de efecto una medida genérica de ganancia de salud. Esta medida genérica permite comparar programas entre diferentes condiciones de salud y evaluar (al menos en teoría) el costo de oportunidad de adoptar un determinado programa. Los resultados de estos análisis son reportados frecuentemente en términos de costos por Año de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) o costo por Año de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD) evitado (4).

La presente evaluación económica busca comparar los costos y los beneficios esperados de las intervenciones existentes para la suspensión del consumo de tabaco en Colombia. Este análisis utilizará como medida de beneficio genérico los AVACs y el número de años de vida ganados con cada una de las intervenciones. La presente evaluación económica se realizó siguiendo las recomendaciones de la Guía metodológica para la realización de evaluaciones económicas en el marco de Guías de Práctica Clínica, 2014, publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social (5). El proceso se describe a continuación.

Paso 1. *Priorización de las evaluaciones económicas de una guía de práctica clínica basada en la evidencia*

El proceso de priorización de las evaluaciones económicas se describe en la herramienta 1-E (ver anexo 1). En resumen, en una primera instancia el Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) y el ente gestor de forma independiente realizaron un ejercicio preliminar de priorización donde se consideraron las preguntas asociadas con al desenlace de cesación tabáquica y se calificaron el grado de prioridad para adelantar la evaluación económica. Posteriormente el GDG y el ente gestor en una reunión de consenso informal definieron la prioridad de las recomendaciones para el análisis económico (ver herramienta 2-E).

Con el anterior insumo el GDG tomó la decisión de realizar la evaluación económica de la pregunta 4: ¿Cuáles son las intervenciones no farmacológicas más efectivas y seguras para la suspensión del consumo de tabaco en la población, de acuerdo con el grado de consumo? Las consideraciones se explican en la herramienta 3-E. En resumen para esta pregunta:

- Los expertos coinciden en que existen evaluaciones económicas publicadas en nuestro contexto que responden esta pregunta.
- Los expertos coinciden en que hay diferencias apreciables en los costos actuales o esperados de las alternativas.
- Los expertos NO coinciden en que la opción más efectiva también es la que cuesta menos.
- Los expertos coinciden en que hay mucha variación en la práctica clínica actual.
- Los expertos coinciden en que hay mucha incertidumbre sobre la relación de costo - efectividad de las alternativas clínicas.
- Los expertos coinciden en que el cambio en la práctica clínica podría traer grandes beneficios en términos de salud.
- Los expertos coinciden en que el cambio en la práctica clínica podría tener un impacto grande en costos y en el presupuesto del sistema de salud.

Las características generales de la evaluación económica se describen en la herramienta 4-E.

Perspectiva:

Se utilizará la perspectiva del sector salud: todos los gastos que se destinan al sector de la salud, incluyendo hospitales, especialistas, médicos generales, y servicios auxiliares. No incluye actividades nutricionales, comunitarias, o de educación, que tienen un impacto en salud pero se prestan desde otros sectores.

Población objetivo:

Se tendrán en cuenta para la aplicación de esta guía a todos los pacientes mayores de 15 años con consumo habitual de tabaco durante los últimos 12 meses.

Ámbito de atención:

Atención primaria.

Horizonte temporal:

Dado que el objetivo de la terapia es disminuir las complicaciones a largo plazo que podrían asociarse al hábito tabáquico, se consideró la vida como el horizonte temporal. Para tal fin,

este modelo asume que el tabaquismo no se asocia directamente a alteraciones de la calidad de vida sino únicamente a través de sus complicaciones más conocidas: asma, enfermedad obstructiva crónica (EPOC), ataque cerebrovascular (ACV), enfermedad coronaria (EC), cáncer de pulmón (CP), cáncer de estómago (CE) o cáncer de laringe (CLar). El efecto sobre la sobrevida se evaluó utilizando información de registros observacionales sobre sobrevida a largo plazo en pacientes con hábito tabáquico e información sobre mortalidad de cada una de las complicaciones previamente descritas.

Comparaciones y tipo de evaluación económica:

Este estudio comparó todas las terapias farmacológicas y no farmacológicas para las cuales hubiera información disponible y adecuada para construir un meta-análisis en red. Para establecer la relación entre costos y beneficios, este estudio utilizó análisis de costo-efectividad y costo-utilidad.

Desenlaces:

Cantidad de años de vida (AVG) y años de vida ajustados por calidad (AVACs) ganados con las intervenciones.

1. Alternativas de tratamiento o intervención consideradas
2. Suspensión abrupta: no tratamiento, se incluyó como comparador
3. Terapia comportamental grupal (ver glosario): no se encontró evidencia de comparaciones directas de terapia grupal e intervenciones farmacológicas individuales
4. Consejería individual de alta intensidad (ver glosario): no se encontró evidencia adecuada para la inclusión en un meta-análisis en red
5. Consejería individual breve (ver glosario): no se encontró evidencia adecuada para la inclusión en un meta-análisis en red
6. Consejería telefónica (ver glosario): no se encontró evidencia adecuada para la inclusión en un meta-análisis en red
7. TRN (Terapia de Reemplazo Nicotínico) con parches transdérmicos (ver glosario): incluida como comparador
8. TRN con tabletas/ lozenges (ver glosario): no se encontró evidencia adecuada para la inclusión en un meta-análisis en red
9. TRN con gomas masticables (ver glosario): no se encontró evidencia adecuada para la inclusión en un meta-análisis en red
10. TRN con combinación de parches y gomas masticables (ver glosario): no se encontró evidencia adecuada para la inclusión en un meta-análisis en red
11. Bupropión (ver glosario): incluida como comparador
12. Vareniclina (ver glosario): incluida como comparador

Paso 3. Revisión de evaluaciones económicas existentes en la literatura

Objetivo

Identificar las revisiones sistemáticas de evaluaciones económicas que hayan evaluada críticamente la evidencia existente sobre la costo-efectividad y la costo-utilidad de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para la cesación tabáquica.

Bases de datos bibliográficas

Las siguientes bases de datos fueron consultadas para la identificación de la evidencia disponible:

- Health Technology Assessment Database (HTA)
- NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)
- PubMed
- EMBASE
- Econlit

Términos de búsqueda

Para la identificación de la evidencia relevante se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda en PubMed:

1. cost-utility[title/abstract]
2. cost-effective*[title/abstract]
3. "economic evaluation"[title/abstract]
4. cost*[title]
5. smoking[title/abstract]
6. tobacco[title/abstract]
7. systematic[title/abstract]
8. #1 OR #2 OR #3 OR #4
9. #5 OR #6
10. #7 AND #8 AND #9

Estrategia de búsqueda en EMBASE y Econlit (motor de búsqueda en OVID):

1. cost-utility.ab,ti.
2. cost-effective*.ab,ti.

3. "economic evaluation".ti,ab.
4. cost*.ti.
5. smoking.ti,ab.
6. tobacco.ti,ab.
7. systematic.ab,ti.
8. 1 or 2 or 3 or 4
9. 5 or 6
10. 7 and 8 and 9

Criterios de inclusión

Las revisiones sistemáticas de evaluaciones de costo-efectividad o costo-utilidad que cumplan los siguientes criterios de inclusión y sean identificados por los términos de búsqueda serán seleccionados en la presente revisión:

- Revisiones sistemáticas de estudios que incluyan participantes mayores de 15 años seleccionados de la población general
- Revisiones sistemáticas de estudios que hayan evaluado la costo-efectividad o la costo-utilidad de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para utilización en todos los niveles de complejidad de la atención en salud
- Revisiones sistemáticas de estudios que hayan incluido como comparador la terapia estándar o el manejo expectante
- Revisiones sistemáticas publicadas en los últimos 10 años
- Revisiones sistemáticas de estudios con texto completo en idioma inglés o español

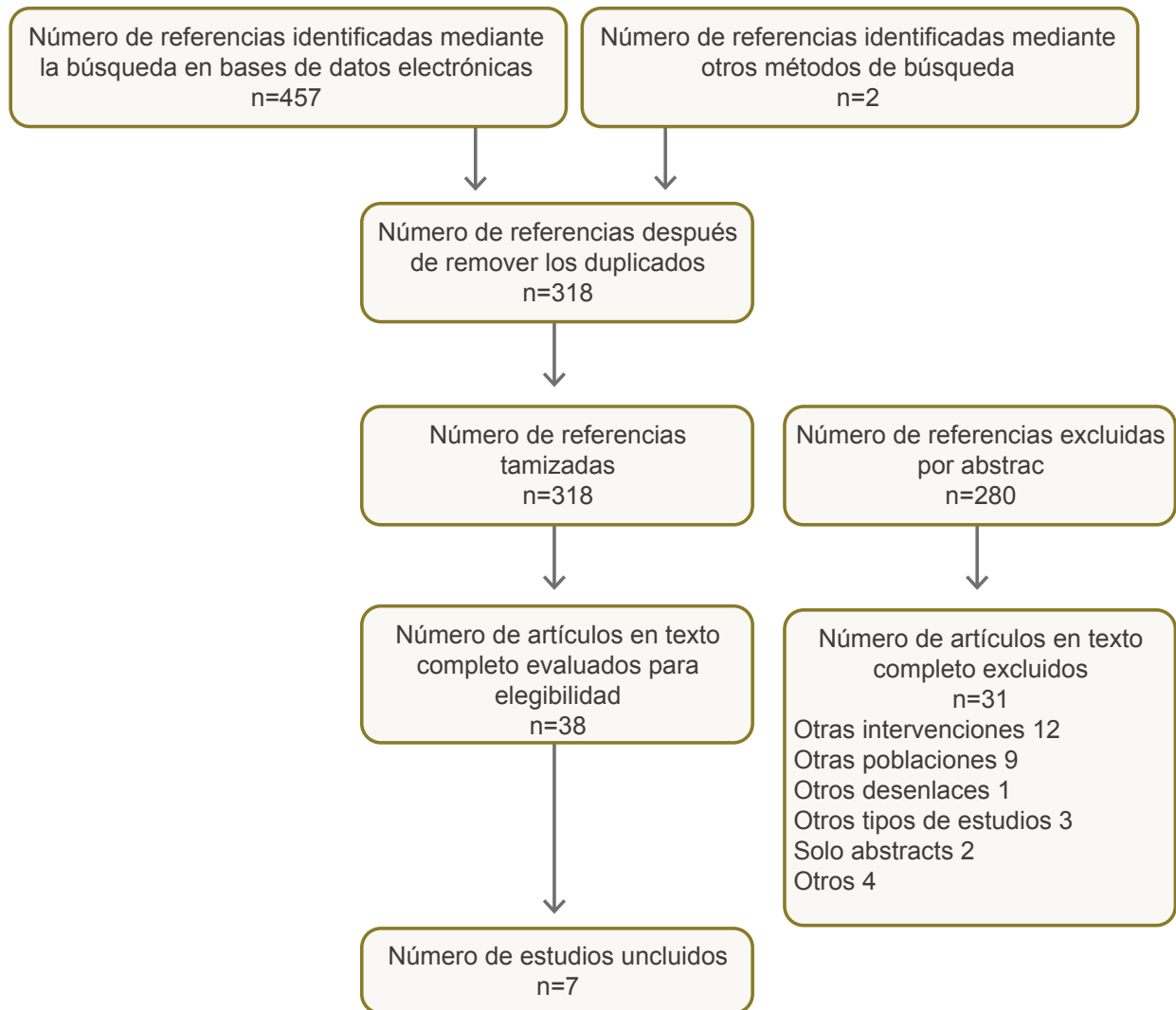
Criterios de exclusión

Las revisiones sistemáticas que no cumplan los criterios de inclusión descritos

Selección de estudios

Todas las referencias fueron revisadas por GFT y SMY y las diferencias fueron resueltas por consenso. Los resultados se describen en la figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo para la tamización y selección de evidencia.



Paso 4. Evaluación de la calidad metodológica de las evaluaciones económicas y modelos existentes

Objetivo

Realizar una evaluación crítica de la calidad metodológica de los estudios de evaluación económica y modelos incluidos posterior a la revisión sistemática de la literatura a través de la Herramienta 6 -E y 7-E para cumplir los requisitos del marco de referencia.

Resultados de la utilización de la Herramienta 6-E

De las 7 revisiones sistemáticas se obtuvieron 18 estudios primarios a los cuales se les aplicó la herramienta 6-E. Todos los estudios presentaron un diseño adecuado, al igual que una

recolección de datos conforme a las necesidades del método. Sólo en uno de los estudios se realizó una evaluación de cambios de productividad, por lo que en la mayoría de las revisiones no se tuvo en cuenta variables externas al evento base. Todos los estudios presentaron de forma adecuada un tiempo horizonte para costos y beneficios, realización de tasa de descuento, análisis de sensibilidad y dieron respuesta a la pregunta planteada. (Ver Herramienta 6-E en anexos)

Resultados de la utilización de la Herramienta 7-E

Igualmente, la Herramienta 7-E fue aplicada a los 18 estudios obtenidos de las revisiones sistemáticas. Los estudios presentaron adecuado establecimiento del problema de decisión con objetivo y direccionamiento claro hacia la perspectiva y la estructura del modelo. Cada modelo evaluó el evento base del estudio, pero no se tuvo en cuenta todas las posibles variables ya que se pueden encontrar múltiples opciones y no todas podrían ser relevantes para el objetivo del estudio. Dentro de los estudios incluidos no se tuvo en cuenta la opinión de expertos y no se reporta realización de correcciones de mitad de ciclo de los modelos propuestos. En todos los estudios es evaluada la incertidumbre del modelo, sin embargo, no se describe la realización de otros supuestos metodológicos diferentes.

Paso 5. Medición y valoración de los desenlaces relevantes en salud para la evaluación económica

Después del proceso de priorización de desenlaces, el GDG seleccionó como desenlaces relevantes para la construcción de la evaluación económica los años de vida ganados (AVL) y los años de vida ajustados por calidad (QALYs). El grupo de expertos del GDG consideró que las complicaciones de salud planteadas recogían las complicaciones más frecuentes sobre las cuales existe mayor evidencia de causalidad. Otras complicaciones como la ansiedad, depresión y otras enfermedades mentales no fueron tenidas en cuenta dado que no se descarta que estas condiciones sean causantes o consecuentes del consumo de tabaco. Dado que no existe información sobre utilidades asociados a cada estado y complicación de salud estimados para Colombia, este estudio extrajo las utilidades presentadas en la literatura internacional (ver tabla anexa 1). A todas las utilidades se les aplicó una tasa de descuento del 3.5% de acuerdo a las recomendaciones del manual metodológico (5).

Paso 6. Estimación de los costos: Identificación, medición y valoración

Costos incluidos en modelo

Todos los costos incluidos se determinaron a través de la perspectiva del sistema de salud. Estos costos incluyen gastos por medicamentos, asistencia a controles médicos, exámenes diagnósticos, procedimientos de rehabilitación y procedimientos quirúrgicos. Los gastos que recaen fuera del sistema de salud como pérdidas de productividad, costos de transporte o

cuidadores fueron excluidos. Para propósitos del estudio los costos de los medicamentos fueron extraídos de la base de datos de SISMED del ministerio de salud y protección social a través de la página:

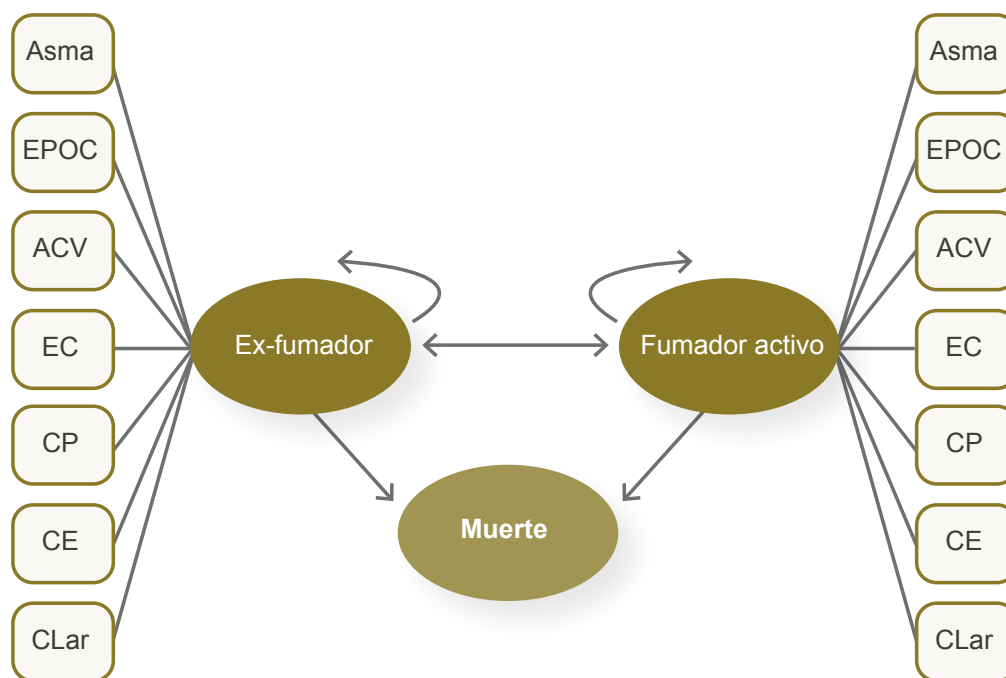
<https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/termometro-de-precios.aspx>

Los costos de las consultas a medicina general y medicina especializada fueron extraídos del manual de precios del ISS 2001 + 30% en concordancia con lo recomendado por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Los costos promedio de los estados de salud fueron extraídos del estudio publicado por Gamboa et al., 2015 (3) y Rodríguez et al., 2020 (4). Todos los costos fueron deflactados a pesos de 2020 (ver herramienta 8E).

Paso 7. Diseño y aplicación de modelos de decisión

Modelo de simulación

Figura 3. Modelo de Markov



Con el objetivo de estimar los costos y los beneficios de las intervenciones, se desarrolló un modelo de simulación de acuerdo con las recomendaciones de Taylor y colaboradores (2) (ver figura 3). En resumen, todos los individuos de la cohorte hipotética inician como fumadores activos en el ciclo 0 y en los siguientes ciclos pueden hacer la transición al estado de exfumador

o muerte. Una vez en el estado de exfumador pueden recaer en ciclos posteriores y volver al estado de fumador activo. En cada estado de fumador activo o exfumador, cada participante puede padecer cualquiera de las enfermedades descritas: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ataque cerebrovascular (ACV), enfermedad coronaria (EC), cáncer de pulmón (CP), cáncer de estómago (CE) o cáncer de laringe (CLar). Para el análisis del caso base, todos los individuos entran a la cohorte a la edad de 15 años y los costos y los beneficios de la intervención son modelados hasta la fecha esperada de fallecimiento. Todos los parámetros utilizados en el modelo se describen en la tabla anexa 1.

Paso 8. Análisis de sensibilidad

Análisis de sensibilidad

Este estudio realizó una aproximación de análisis de sensibilidad probabilístico, estableciendo una distribución logarítmica para los riesgos relativos, una distribución beta para las utilidades y una distribución gamma para los datos de costos y disutilidades (ver figura 4). Adicionalmente, se evaluaron el efecto de cambios en la edad de ingreso a la cohorte sobre los estimados de las razones de costo-efectividad incremental y el efecto de cambios en el umbral de pago (ver figura 5 y 6) y cambios en la tasa de descuento entre 0 y 5%. La decisión de costo-efectividad fue robusta a estos cambios en la especificación de los parámetros.

Figura 4. Curva de costo-efectividad de la vareniclina en la suspensión de consumo de tabaco en Colombia

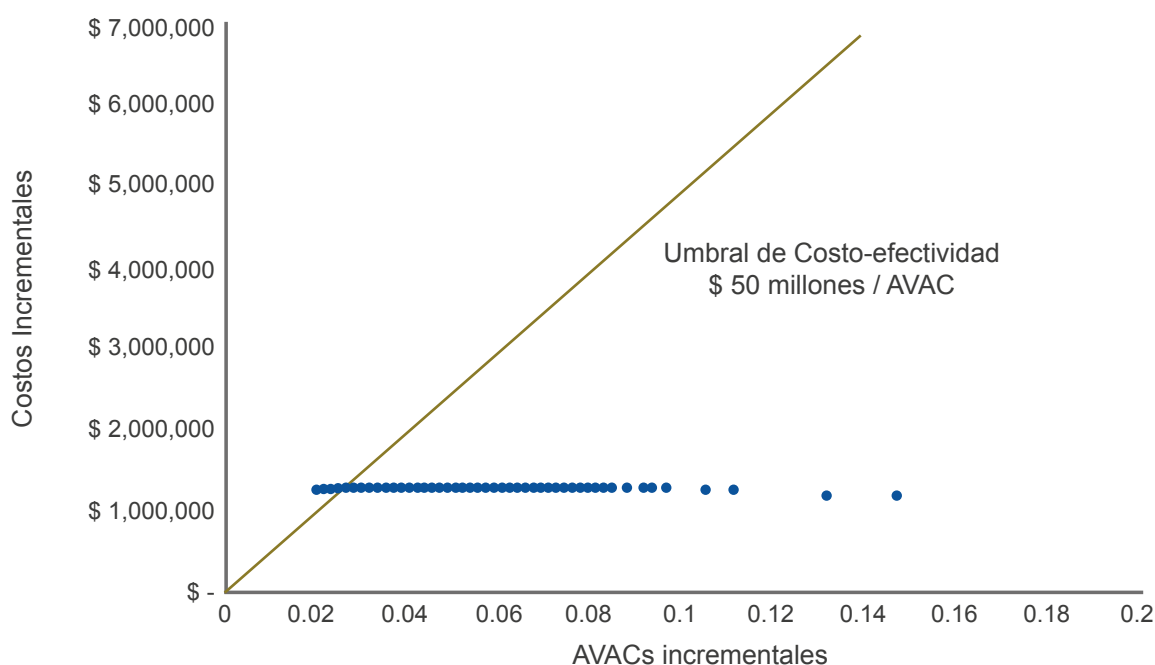


Figura 5. Curva de Aceptabilidad de Costo-efectividad

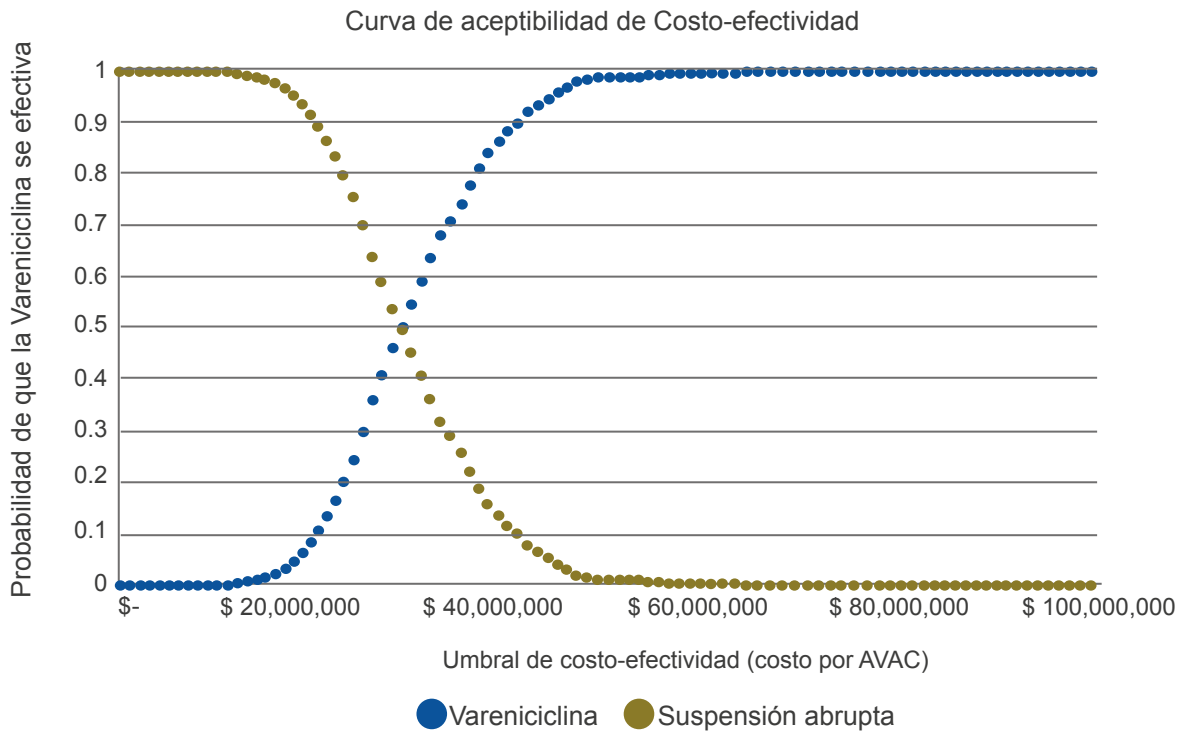
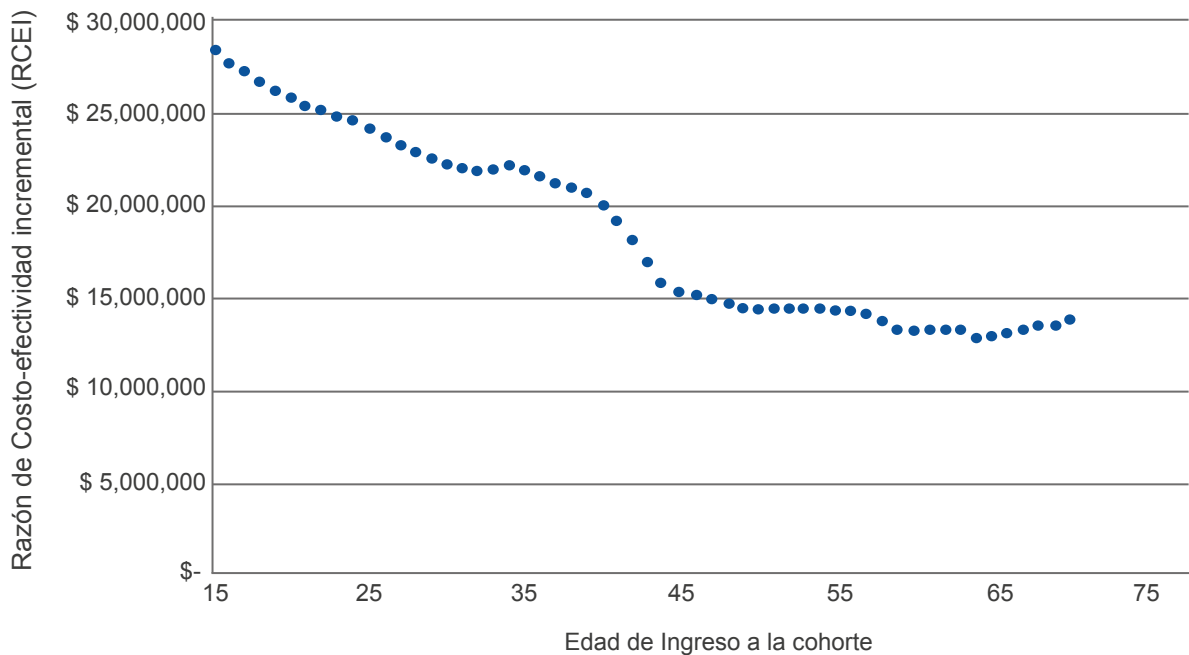


Figura 6. Cambios en la razón de costo-efectividad según la edad de ingreso a la cohorte



Se concluyó que la vareniciclina constituye la estrategia más costo-efectiva para promover la cesación tabáquica en fumadores mayores de 15 años. Esta estrategia se vuelve más costo-efectiva a medida que avanza la edad de tratamiento por lo que no se deberían excluir del tratamiento a los individuos de edad avanzada.

Capítulo de Implementación

Introducción

Con el fin de brindar orientación a los prestadores de servicios de salud para la implementación de la Guía, se ha desarrollado un módulo de implementación que presenta los actores clave responsables de llevar las recomendaciones a la práctica en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes niveles organizacionales, así como las barreras, facilitadores e indicadores de la implementación de la guía.

Este módulo ha sido construido con base en la revisión de la literatura en Medline, LILACs, Cochrane, literatura gris y aportes del panel de expertos con énfasis en el contexto colombiano. Se consideró adicionalmente la normativa nacional. Posteriormente, expertos del INC y del grupo desarrollador ajustaron la información presentada, con el fin de brindar información contextualizada al país y sea de fácil utilización por los usuarios de la guía. Las barreras y facilitadores se adaptaron de acuerdo a la organización sugerida por la Organización Panamericana de la Salud (22) y el Grupo EPOC de Cochrane.

Para la selección de las recomendaciones clave de la Guía, se realizó una encuesta con el grupo desarrollador en la que, para cada recomendación de la Guía, se evaluaron unos criterios que permitían identificar las recomendaciones más importantes, dado el contexto colombiano de implementación y la práctica actual (8).

Actores responsables de la implementación de las recomendaciones de la guía

El primer paso de la implementación es identificar y crear una lista de los actores responsables del proceso.

1. Entidades gubernamentales, departamentales y distritales de salud en lo de su competencia.
2. Sociedades o asociaciones científicas.
3. Centros de cesación tabáquica.
4. Instituciones prestadoras de servicios de salud.
5. Profesionales y personal de salud.
6. Directivos de instituciones prestadoras de servicios de salud.
7. Asociaciones de pacientes.
8. Instituciones académicas.
9. Empresas aseguradoras de planes de beneficios o quien haga sus veces.

Recomendaciones claves para la implementación de la guía para la cesación tabáquica

A continuación, se presentan las recomendaciones claves de implementación de la Guía seleccionados por el GDG, basados en los criterios desarrollados por la GM. La siguiente tabla presenta una matriz de evaluación de cada recomendación:

Dimensión de Priorización / Recomendación (R)	Ej.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
Alto impacto en desenlaces relevantes al paciente: Se responde S si la recomendación mejora sustancialmente los desenlaces en salud de los pacientes	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Alto impacto en la disminución de la variabilidad: Se responde S si la recomendación contribuye a estandarizar el manejo de la condición.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Se asocia a mayor eficiencia en el uso de los recursos: Se responde S si la recomendación contribuye a un mejor manejo de recursos	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Promueve la equidad y elección de los pacientes: Se responde S si la recomendación reduce la inequidad en la atención de los pacientes	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	N	S	S	S	N	S	NS	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Dimensión de Priorización / Recomendación (R)	Ej.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
La intervención no hace parte de la atención estándar Se responde S si la recomendación no corresponde a la práctica clínica actual	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N	N	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S
Implica cambios en la oferta de servicios Se responde S si la implementación de la recomendación implica cambios en la oferta de servicios	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	N	N	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S
Implica procesos de reentrenamiento del personal de salud o el desarrollo de nuevas destrezas y competencias Se responde S si la implementación de la recomendación implica capacitación de los usuarios de la guía	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	N
Implica un cambio en la práctica institucional Se responde S si la implementación de la recomendación puede llevar a cambios importantes en la atención de los pacientes en IPS	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	N	S
TOTAL	8	5	8	7	6	8	8	8	6	7	6	0	7	7	7	3	8	6	6	7	7	5	5	7	8	7	7	7	7	7	7	7	8	4	7	7	7	7	

El resultado final de este ejercicio de priorización muestra que estas son las recomendaciones claves para el proceso de implementación:

Recomendación número 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 (masticado 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 número 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 nivel de complejidad si son consumidores de tabaco y realizar consejería breve.
Recomendación número 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 que quieran dejar de fumar
Recomendación número 7	Se recomienda el asesoramiento telefónico proactivo como una estrategia de consejería intensiva (más de tres llamadas) para ayudar a los consumidores de tabaco para dejar de fumar. Puede actuar como una intervención independiente o junto con otras intervenciones para cesación
Recomendación número 16	En pacientes que reciben el tratamiento de cesación tabáquica con vareniclina, se recomienda iniciarlo siete días previos al día D.
Recomendación número 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 número 33	Se recomienda no usar de vareniclina, ni bupropión para el manejo de las gestantes que desean cesar el consumo de tabaco

Barreras y estrategias de implementación de la guía

Para el proceso de implementación es importante identificar las barreras, estrategias y actores clave responsables de la implementación de la guía en el contexto colombiano. A continuación, presentamos las barreras y estrategias identificadas adaptadas del esquema recomendado por OPS (14, 138-156):

Nivel de las barreras		Barreras	Estrategias	Responsables
Barreras personales relacionados con conocimientos y actitudes de los clínicos	Conocimientos	Falta de conocimiento de las guías	• Aumento de la disseminación de las guías a nivel nacional mediante envío por correo electrónico, ubicación en repositorios nacionales, institucionales, internacionales y en páginas de asociaciones científicas • Educación continua virtual o presencial acerca de la importancia de las guías como herramientas de gestión de calidad	IPS, Entidades gubernamentales, EPS, Instituciones académicas, Sociedades científicas
		Falta de conocimiento de las recomendaciones de la guía	• Proveer fácil acceso a las recomendaciones de la guía a través de una versión resumida, herramientas de implementación como aplicaciones móviles y algoritmos. • Educación continua virtual o presencial que se enfoque en recomendaciones específicas de las guías y como pueden ser implementadas en la institución • Aprendizaje de expertos y líderes de opinión • Incluir las recomendaciones en recordatorios de historias clínicas e inclusión de las guías en los procesos de garantía de la calidad.	
		Falta de conocimiento para implementar las recomendaciones de la Guía	• Proveer capacitación para la adecuada detección de consumidores de tabaco, consejería y tratamiento • Proveer educación para la implementación de las guías en IPS de acuerdo al Manual de implementación nacional	
	Actitudes	Falta de confianza en las recomendaciones	• Apoyo de los líderes de opinión nacionales e institucionales a través de reuniones educativas • Participación de los clínicos en el desarrollo, adopción e implementación de la guía considerando el contexto de implementación	
		Poco interés hacia el consumo de tabaco en los pacientes	• Capacitación del personal de salud para indagar por el consumo de tabaco y sus derivados, así como realizar consejería breve • Capacitar al personal de salud para que entregue información verbal y escrita a las mujeres que atienden los servicios de salud	
		Falta de comunicación y enseñanza por parte del personal médico a los usuarios		
		Dificultades en la estandarización del diagnóstico y tratamiento de cesación tabáquica	• Estrategias motivacionales en las que se utilicen incentivos económicos o no económicos • Apoyo de los líderes de opinión nacionales e institucionales a la implementación de la guía	
			• Fortalecimiento de los programas de pregrado y posgrado para el manejo estándar de acuerdo a las recomendaciones de la guía	

Nivel de las barreras		Barreras	Estrategias	Responsables
Barreras relacionadas con preferencias y experiencias de pacientes	Los pacientes reportan que no se indaga por el trasfondo que los lleva a consumir tabaco y por ende no sienten apego al tratamiento farmacológico y al seguimiento		- Las EPS deben asegurar que la cantidad de sesiones recomendadas de terapia sean facilitadas a los pacientes y estos puedan mantener la voluntad de dejar de fumar - Presentar a los pacientes los beneficios de la adherencia al tratamiento y el seguimiento	IPS, Entidades gubernamentales, EPS, Instituciones académicas, Sociedades científicas, Asociaciones de pacientes, Líderes comunitarios
	Los pacientes reportan preferir el tratamiento psicológico inicialmente para dejar de consumir pero encuentran que no es constante o no tienen acceso			
	Experiencias negativas con la prestación del servicio para el tratamiento de cesación tabáquica		Se debe capacitar a los profesionales de salud y administrativos de IPS y EPS en el buen trato a los pacientes y mantener una alta calidad del servicio.	
	Las pacientes reportaron sentirse solos fuera de la consulta y miedo a efectos secundarios como subir de peso o depresión		- Se debe entregar a las pacientes información vía medios tecnológicos e impresos y un contacto donde puedan resolver dudas acerca del proceso - Generar redes de apoyo de consumidores de tabaco y sus derivados libres de conflictos de intereses	
Barreras relacionadas con determinantes sociales	Barreras geográficas que dificultan el acceso a los servicios de salud en especial la consulta de cesación tabáquica		- Implementación de consultas vía telemedicina para facilitar la asistencia en áreas y ciudades con pocos expertos en cesación tabáquica. - Aumentar el acceso a los servicios de salud a población en riesgo sin importar su estado migratorio o afiliación al sistema de salud, fortaleciendo la red de prestación de servicios - Fortalecer la normativa de control de consumo de tabaco y los programas de prevención, así como las campañas comunitarias para reducir el consumo de tabaco en todas sus formas - Desarrollar campañas dirigidas a jóvenes mostrando los riesgos a la salud del consumo de tabaco y sus derivados - Fortalecimiento de las políticas para el control de tabaco en Colombia - Inclusión de pacientes en programas de hábitos de vida saludables	IPS, Entidades gubernamentales, EPS, Instituciones académicas, Sociedades científicas, Asociaciones de pacientes, Líderes comunitarios
	Los jóvenes consideran que es socialmente aceptable fumar cigarrillo o dispositivos electrónicos			
	Los pacientes con esquizofrenia y uso de sustancias psicoactivas reportan que no se consideran candidatos a entrar a un programa de cesación tabáquica			
Barreras del sistema de salud	No se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios los medicamentos para el tratamiento de cesación tabáquica		- Contar con programas de cesación tabáquica para el manejo adecuado de los consumidores - Fortalecer los comités de implementación de guías y protocolos para la cesación tabáquica - Necesidad de que se disminuyan los trámites para poder realizar el manejo adecuado de los pacientes - Incluir los medicamentos recomendados en la guía en el plan de beneficios	IPS, Entidades gubernamentales, EPS

Fuente: Adaptado de Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas Organización Panamericana de la Salud. 2018. (22).

Como apoyo a la implementación de la Guía, es importante conocer la normatividad de soporte que apoyará a las IPS, EPS a realizar las estrategias de implementación presentadas

Normativa	Objetivo
Ley 1109 de 2006	Se aprueba el “Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Este convenio establece en su Artículo 14 “Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco”, insta a cada uno de los Estados Parte, a elaborar y difundir directrices apropiadas e integradas de basada evidencia científica para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.
Ley 1335 de 2009	La ley busca contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo, abandono de la dependencia del tabaco del fumador y se establecen las sanciones correspondientes a quienes contravengan las disposiciones de esta ley.
Resolución 1841 de 2013	Se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 201-2021. Esta política plantea las metas y estrategias para atender los problemas y necesidades de salud relacionadas con las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, como el tabaquismo. Entre las metas, asociadas se encuentran el disminuir la prevalencia y la oferta del consumo de tabaco e incrementar los servicios cesación del tabaquismo en el territorio nacional.
Resolución 6045 de 2014	Por la cual se adoptó el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021. Para la implementación de este plan se contemplaron cuatro estrategias, una de las líneas relacionada fortalecimiento de la promoción de la seguridad, de la salud de los trabajadores y la prevención de los riesgos laborales y optimización y garantía del reconocimiento de las prestaciones al trabajador en el sistema general de riesgos laborales.
Resolución 3280 de 2018	Mediante la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la RIA para la población Materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. En esta ruta se debe identificar el tabaquismo, brindar un consejo breve y derivar para su atención y control.

Normativa	Objetivo
Circular externa No. 32 de 2019	Tiene como objeto de alertar sobre las consecuencias nocivas a nivel sanitario, asociadas al uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin suministro de nicotina, SEAN/SSSN.
Resolución 202 de 2021	Se modifica el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012 y se sustituye su anexo técnico con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.

Indicadores

Es importante que la Guía cuente con indicadores de proceso y de resultado de implementación. Se recomienda que los indicadores propuestos no impliquen una mayor carga para las entidades del sector salud y sean pocos. El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con una directriz para desarrollar programas de cesación tabáquica. Por lo tanto, el GDG decidió realizar un ejercicio de revisión de los indicadores priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social (7,12) basados en las recomendaciones clave e indicadores nacionales de años anteriores, y ajustarlos a la presente Guía. A continuación, se presentan los indicadores de proceso y resultado de la implementación de la *Guía de Práctica Clínica para Cesación Tabáquica*:

Nombre Del Indicador	Definición	Forma de Cálculo	Numerador	Fuente Numerador	Denominador	Fuente Denominador	Nivel de Desagregación	Periodicidad	Meta
Proporción de personas de 12 y más años que consumen tabaco captados con diagnóstico nuevo en los servicios de salud en el período reportado.	Es la proporción de personas de 12 y más años que consumen tabaco que son captados por primera vez en los servicios de salud.	Cociente entre el número de personas de 12 y más años que consumen tabaco identificadas por primera vez y el total de personas que consultan en el mismo periodo	Número de personas de 12 y más años que consumen tabaco captados por primera vez y que consultaron en el periodo reportado	RIPS Diagnostico Principal o secundario (CIE10: Z720) o codigo CIE11 correspondiente	Total de personas de 12 y más años que recibieron consulta en el período reportado	RIPS	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia	Anual	100%
Proporción de pacientes de 12 y más años con patología crónica que son consumidoras de tabaco captados en los servicios de salud en el período reportado.	Es la proporción de personas de 12 y más años identificadas por primera vez como consumidoras de tabaco que consultaron en el periodo y que tienen diagnostico de patología crónica (diabetes, cardiovascular, cáncer priorizados, Epoc, asma, VIH, artritis reumatoide, tuberculosis, obesidad)	Cociente entre el número de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco identificadas por primera vez, que tienen diagnóstico de patología crónica y el total de personas que consultaron en un periodo de tiempo	Número de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco identificadas por primera vez que tienen diagnostico de patología crónica que consultaron en el periodo reportado	RIPS Diagnostico Principal o secundario	Total de personas con patología crónica que consultan en el periodo reportado	RIPS Diagnostico Principal o secundario	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia.	Anual	100%

Nombre Del Indicador	Definición	Forma de Cálculo	Numerador	Fuente Numerador	Denominador	Fuente Denominador	Nivel de Desagregación	Periodicidad	Meta
Proporción de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco que reciben o han recibido tratamiento para el tabaquismo en el periodo reportado	Es la proporción de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco que reciben o han recibido tratamiento para el tabaquismo en el periodo reportado	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que reciben o han recibido tratamiento para el tabaquismo en el periodo reportado y el total de personas consumidoras de tabaco del mismo periodo	Número de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco que reciben o han recibido tratamiento para el tabaquismo en el periodo reportado	RIPS Diagnostico Principal o secundario (CIE10: Z716) o codigo CIE11 correspondiente	Total de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco en el periodo reportado	RIPS Diagnostico Principal o secundario (CIE10: Z720)	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia	Anual	100%
Proporción de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con tratamiento	Es la proporción de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento para el tabaquismo y dejaron de fumar	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con tratamiento y el total de personas consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento en el periodo.	Número de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento y dejaron de fumar.	RIPS Diagnostico Principal o secundario (CIE10: Z716 y Z508) o codigo CIE11 correspondiente	Total de consumidores de tabaco de 12 y más años que recibieron tratamiento en el periodo reportado	RIPS Diagnostico Principal o secundario (CIE10: Z716)	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia.	Anual	50%
Proporción de pacientes de 12 y más años consumidores de tabaco con patología crónica que dejaron de fumar con tratamiento	Es la proporción de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco con patología crónica que recibieron tratamiento para el tabaquismo y dejaron de fumar	Cociente entre el número de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco con patología crónica que recibieron tratamiento del tabaquismo y dejaron de fumar.	Número de personas de 12 y más años consumidoras de tabaco con patología crónica que recibieron tratamiento del tabaquismo y dejaron de fumar.	RIPS Diagnostico Principal o secundario	Total de personas de 12 y más años con patología crónica y consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento para el tabaquismo.	RIPS Diagnostico Principal o secundario	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia.	Anual	50%

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Recomendaciones basadas en la evidencia científica. [Internet]. 2014 [cited 2021 May 28]. Available from: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/9.pdf>.
2. Wray JM, Funderburk JS, Acker JD, Wray LO MSA. A meta-analysis of brief tobacco interventions for use in integrated primary care. *Nicotine Tob Res*. 2018;20(12):418–26.
3. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J H-BJ. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;12.
4. Cochrane Community. Glosario de términos de Cochrane [Internet]. <https://community.cochrane.org/glossary>. 2021 [cited 2021 May 28]. Available from: <https://community.cochrane.org/glossary>.
5. Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Ossip-Klein DJ, Richmond RL SG. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine Tob Res*. 2003;5(1):13–25.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ. Cesación del consumo de tabaco: Consejería Breve. Gobierno de Colombia [Internet]. 2016 [cited 2021 May 28]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-consejeria-breve.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Directrices para desarrollar programas para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. [Internet]. 2020 [cited 2021 May 27]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-cesacion-consumo-atencion-tabaco.pdf>.
8. Ministerio de la Protección Social Colombia C de E e l en S de la FSF de B. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2013;
9. Shiffman S, West R, Gilbert D. Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine & Tobacco Research*. 2004 Aug 1;6(4).
10. World Health Organization. A guide for tobacco users to quit [Internet]. 2014 [cited 2021 May 28]. Available from: https://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/9789241506939/en/
11. Cunningham, M., Litt, J., Zwar, N., Borland, R., Stillman, S., & Richmond R. Smoking cessation guidelines for Australian general practice. *Australian Family Physician*. 2005;34(6).
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo [Internet]. Colombia; 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-cesacion-consumo-atencion-tabaco.pdf>
13. Benowitz NL, III PJ, Ahijevych K, Jarvis MJ, Hall S, LeHouezec J, et al. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine & Tobacco Research*. 2002 May 1;4(2).
14. World Health Organization. Policy recommendations on smoking cessation and treatment of tobacco dependence. (Advancing tobacco control in the XXIst century) [Internet]. 2004 [cited 2021 May 30]. p. 74. Available from: https://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf?ua=1
15. Sealock T SS. Smoking Cessation. In: StatPearls [Internet]. 2021.
16. Organización Panamericana de la Salud. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención [Internet]. 2009 [cited 2021 May 28]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/manual-nacional-abordaje-tabaquismo-primer-nivel-atencion>
17. Administration HR& S. Tobacco Prevention and Smoking Cessation [Internet]. 2021. Available from: <https://www.hrsa.gov/stop-smoking.html>
18. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: A systematic analysis from the global burden of disease study 2015. *The Lancet* [Internet]. 2017 May 13 [cited 2021 Dec 7];389(10082):1885–906. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S014067361730819X/fulltext>
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) Periodo de referencia 2019 [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 7]. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Consumo de tabaco le costó a Colombia 17 billones de pesos en 2017 [Internet]. Boletín de Prensa No 185 de 2019. 2019 [cited 2021 Dec 7]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Consumo-de-tabaco-le-costo-a-Colombia-17-billones-de-pesos-en-2017.aspx>
21. World Health Organization. WHO statement: Tobacco use and COVID-19 [Internet]. WHO statement. 2021 [cited 2021 Dec 7]. Available from: <https://www.who.int/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid-19>

22. Organización Panamericana de la Salud. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. 2018.
23. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, Alderson P, Glasziou P, Falck-Ytter Y SHJ. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. . J Clin Epidemiol. 2011;64(4):395–400.
24. Higgins JPT GS. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2011.
25. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E H DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ (Clinical research ed). 217AD;21.
26. Whiting PF, Rutjes AW, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, Leeflang MM, Sterne JA BPQ-2 G. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. Ann Intern Med. 2011;155(8):529–36.
27. Brozek JL, Akl EA, Alonso-Coello P, Lang D, Jaeschke R, Williams JW et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. Allergy. 2009;64(5):669–77.
28. Hettenhausen WK. Guideline development. Journal (Canadian Dental Association). 1996;62(7):542.
29. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G OA. Manual GRADE para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación. In: Javeriana GRADE Center, editor. (1a ed en español). 2017.
30. Akanbi MO, Carroll AJ, Achenbach C, O'Dwyer LC, Jordan N HB. The efficacy of smoking cessation interventions in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2019;114(4):620–35.
31. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, George J. System change interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;2013(9).
32. Winickoff JP, Nabi Burza E, Chang Y, Regan S, Drehmer J, Finch S et al. Implementation of a parental tobacco control intervention in pediatric practice. Pediatrics. 2014;132(1):109–17.
33. Patwardhan PD CB. Effectiveness of intervention to implement tobacco cessation counseling in community chain pharmacies. Journal of the American Pharmacists Association. 2012;52(4):507–14.
34. Jawad M, Jawad S, Waziry RK, Ballout RA AE. Interventions for waterpipe tobacco smoking prevention and cessation: A systematic review. Sci Rep. 2016;6:1–8.
35. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;2017(3).
36. Klemp I, Steffenssen M, Bakholdt V, Thygesen T SJA. Counseling Is Effective for Smoking Cessation in Head and Neck Cancer Patients—A Systematic Review and Meta-Analysis. J Oral Maxillofac Surg. 2016;74(8):1687–94.
37. Shingler E, Penfold C, Robles LA, Perry R, Ness AR, Thomas S et al. Systematic review evaluating randomized controlled trials of smoking and alcohol cessation interventions in people with head and neck cancer and oral dysplasia. Head Neck. 2018;40(8):1845–53.
38. Villanti AC, West JC, Klemperer EM, Graham AL, Mays D, Mermelstein RJ, et al. Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults: Updated Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine. 2020;59(1):123–36.
39. Krigel SW, Grobe JE, Goggin K, Harris KJ, Moreno JL, Catley D. Motivational interviewing and the decisional balance procedure for cessation induction in smokers not intending to quit. Addictive Behaviors. 2017;64:171–8.
40. Sims TH, McAfee T, Fraser DL, Baker TB, Fiore MC, Smith SS. Quitline cessation counseling for young adult smokers: A randomized clinical trial. Nicotine and Tobacco Research. 2013;15(5):932–41.
41. Whitehouse E, Lai J, Golub JE FJe. A systematic review of the effectiveness of smoking cessation interventions among patients with tuberculosis. Public Health Action. 2018;8(2):37–49.
42. Barth J, Jacob T, Dahan CJA. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015;7.
43. Suissa K, Larivière J, Eisenberg MJ, Eberg M, Gore GC, Grad R et al. Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients with Cardiovascular Disease: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017;10(1):1–10.
44. Berlin NL, Cutter C BC. Will Preoperative Smoking Cessation Programs Generate Long-Term Cessation? A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Man. 2015;21(11):623–31.
45. Apollonio D, Philipps R BL. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. Cochrane Database of Systematic Rev. 2016;11.

46. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodríguez Blanco T MCISGroup. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: Cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). *Addiction*. 2011;106(9):1696–706.
47. Gordon JS, Andrews JA, Albert DA, Crews KM, Payne TJ SH. Tobacco cessation via public dental clinics: results of a randomized trial. *American Journal of Public Health*. 2010;100(7):1307–12.
48. Dogar, O., Jawad, M., Shah, S. K., Newell, J. N., Kanaan, M., Khan, M. A., & Siddiqi K. Effect of cessation interventions on hookah smoking: post-hoc analysis of a cluster-randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*. 2014;16(6):682–8.
49. Schnoll RA, Rothman RL, Lerman C et al. Comparing cancer patients who enroll in a smoking cessation program at a comprehensive cancer center with those who decline enrollment. *Head Neck*. 2004;26:278.
50. Gritz ER, Carr CR, Rapkin D et al. Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1993;2(3):261–70.
51. Louwagie G M C, Okuyemi K S A-YO. Efficacy of brief motivational interviewing on smoking cessation at tuberculosis clinics in Tshwane, South Africa: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2014;109:1942–52.
52. Kumar S R, Pooranagangadevi N, Rajendran M . et al. Physician's advice on quitting smoking in HIV and TB patients in south India: a randomised clinical trial. *Public Health Action*. 2017;7:39–45.
53. Berlin I, Singleton EG HSJ. Cross validation of the prognostic and diagnostic utility of tobacco craving in a general and a pregnant sample of treatment-seeking smokers. *Drug Alcohol Depend*. 2015;154:174–83.
54. Prestwich A, Moore S, Kotze A, Budworth L, Lawton R, Kellar I. How can smoking cessation be induced before surgery? A systematic review and meta-analysis of behavior change techniques and other intervention characteristics. *Frontiers in Psychology*. 2017;8(JUN):1–14.
55. Cahill K, Lancaster T GN. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;10(11).
56. Huang C-L, Lin H-H WH-H. Evaluating screening performances of the Fagerstrom tolerance questionnaire, the Fagerstrom test for nicotine dependence and the heavy smoking index among Taiwanese male smokers. *J Clin Nurs*. 2008;17(7):884–90.
57. de Meneses-Gaya C, Zuardi AW, de Azevedo Marques JM, Souza RM, Loureiro SR CJ. Psychometric qualities of the Brazilian versions of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(10):1160–5.
58. Molina AJ, Fernández D, Delgado M M V. Sensitivity and specificity of a self-administered questionnaire of tobacco use; including the Fagerström test. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(2):181–9.
59. Sato S, Nishimura K, Koyama H, Tsukino M, Oga T, Hajiro T et al. Optimal Cutoff Level of Breath Carbon Monoxide for Assessing Smoking Status in Patients with Asthma and COPD. *Chest*. 2003;124(5):1749–54.
60. Murray RP, Connett JE, Lauger GG VH. Error in smoking measures: Effects of intervention on relations of cotinine and carbon monoxide to self-reported smoking. *Am J Public Health*. 1993;83(9):1251–7.
61. Vançelik S, Beyhun NE AH. Interactions between exhaled CO, smoking status and nicotine dependency in a sample of Turkish adolescents. *Turk J Pediatr*. 2009;51(1):56–64.
62. Casetta B, Cotón N, Konfino J, Morello P, Puntorello D, Sarafian C et al. Abordaje integral del tabaquismo. *REDES*. 2016;200.
63. Behrakis P. TOB-G: Tobacco Cessation Guidelines for High risk Populations. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2016;2(39).
64. Diaz FJ, Jané M, Saltó E, Pardell H, Salleras L, Pinet C et al. A brief measure of high nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological surveys. *Aust New Zeal J Psychiatry*. 2005;39(3):161–8.
65. Arias-Gallegos WL, Huamani-Cahua JC C-VR. Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Acta Medica Peru*. 2019;35(3):17–9.
66. Campo Arias A, Herazo E, Barros Bermúdez JA, Rueda Jaimes GE, Díaz Martínez LA DF. Dependencia a la nicotina: desempeño psicométrico de dos escalas en adultos. *Rev Investig Andin*. 2011;13(23):258–67.
67. Mikami I, Akechi T, Kugaya A, Okuyama T, Nakano T, Okamura H, et al. Screening for nicotine dependence among smoking-related cancer patients. *Japanese Journal of Cancer Research*. 1999;90(10):1071–5.
68. Kocalevent RD, Finck C, Jimenez-Leal W, Sautier L, Hinz A. Standardization of the Colombian version of the PHQ-4 in the general population. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):1–8.
69. Corvalán B. MP, Véjar M. L, Bambs S. C, Pavié G. J, Zagolin B. M CLJ. Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo. *Rev Chil enfermedades Respir*. 2017;33(3):167–75.
70. Jiménez Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, Riesco Miranda JA, de Higes Martínez E, Pascual Lledó JF et al. Guidelines for the Treatment of Smoking in Hospitalized Patients. *Arch Bronconeumol*. 2017;53(7):387–94.
71. Jarvis MJ, Tunstall-Pedoe H, Feyerabend C, Vesey C SY. omparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers. *Am J Public Health*. 1987;77(11):1435–8.

72. Kapusta ND, Pietschnig J, Plener PL, Blüml V, Lesch OM WH. Does breath carbon monoxide measure nicotine dependence? *J Addict Dis.* 2010;29(4):493–9.
73. Guan NC AAYH. Exhaled carbon monoxide levels among malaysian male smokers with nicotine dependence. *Southeast Asian J Trop Med Public Heal.* 2012;43(1):212–8.
74. Babaoğlu E, Karalezli A, Er M, Hasanoğlu HC ÖD. Exhaled carbon monoxide is a marker of heavy nicotine dependence. *Turk J Med Sci.* 2016;46(6):1677–81.
75. Javors MA, Hatch JP LR. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction.* 2005;100(2):159–67.
76. Middleton ET, Morice AH. Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Chest.* 2000;117(3):758–63.
77. Nakayama T, Yamamoto A, Ichimura T, Yoshiike N, Yokoyama T, Fujimoto EK et al. An optimal cutoff point of expired-air carbon monoxide levels for detecting current smoking: in the case of a japanese male population whose smoking prevalence was sixty percent. *J Epidemiol.* 1998;8(3):140–5.
78. Middleton ET MAH. Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Chest.* 2000;117(3):758–63.
79. Secades-Villa R, Aonso-Diego G, García-Pérez Á G-RA. Effectiveness of contingency management for smoking cessation in substance users: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2020;88(10):951–64.
80. Lightfoot K, Panagiotaki G NG. Effectiveness of psychological interventions for smoking cessation in adults with mental health problems: A systematic review. *Br J Health Psychol.* 2020;25(3):615–38.
81. Kock L, Brown J, Hiscock R, Tattan-Birch H, Smith C, Shahab L. Individual-level behavioural smoking cessation interventions tailored for disadvantaged socioeconomic position: a systematic review and meta-regression. *The Lancet Public health.* 2019;4(12):e628–44.
82. Lindson N, Klemperer E, Hong B, Ordóñez-Mena JM AP. Smoking reduction interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;30(9).
83. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014;2017(12).
84. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;2019(7).
85. Black N, Johnston M, Michie S, Hartmann-Boyce J, West R, Viechtbauer W et al. Behaviour change techniques associated with smoking cessation in intervention and comparator groups of randomized controlled trials: a systematic review and meta-regression. *Addiction.* 2020;115(11):2008–20.
86. Secades-Villa R, González-Roz A, García-Pérez Á BE. Psychological, pharmacological, and combined smoking cessation interventions for smokers with current depression: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;5(12).
87. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y, Dobson R. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;2019(10).
88. Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;2019(5).
89. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Chubb E HP. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;28(10).
90. Uthman OA, Nduka CU, Abba M, Enriquez R, Nordenstedt H, Nalugoda F, Kengne AP EA. Comparison of mHealth and Face-to-Face Interventions for Smoking Cessation Among People Living With HIV: Meta-Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2009;7(1).
91. Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM H-BJ. Print-based self-help interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;9(1).
92. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR LT. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9(5).
93. Wang JH, Van Haselen R, Wang M, Yang GL, Zhang Z, Friedrich ME, et al. Acupuncture for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of 24 randomized controlled trials. *Tobacco Induced Diseases.* 2019;17(June):1–17.
94. Notley C, Gentry S, Livingstone-Banks J, Bauld L, Perera R, Hartmann-Boyce J. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;2019(7).
95. Ussher MH, Faulkner GEJ, Angus K, Hartmann-Boyce J, Taylor AH. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;2019(10).
96. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H FT. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;5(6).
97. Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hong B LN. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;22(4).
98. Pearsall R, Smith DJ, Geddes JR. Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open.* 2019;9(11):1–12.

99. Parikh NS, Salehi Omran S, Kamel H, Elkind MSV WJ. Smoking-cessation pharmacotherapy for patients with stroke and TIA: Systematic review. *J Clin Neurosci*. 2020;78:236–41.
100. Vanderkam P, Solinas M, Ingrand I, Doux N, Ebrahimighavam S, Jaafari N L-CC. Effectiveness of drugs acting on adrenergic receptors in the treatment for tobacco or alcohol use disorders: systematic review and meta- analysis. *Addiction*. 2020;
101. Claire R, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Berlin I, Leonardi-Bee J CT. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3(3).
102. Gray KM, Carpenter MJ, Lewis AL, Klintworth EM UH. Varenicline versus bupropion XL for smoking cessation in older adolescents: a randomized, double-blind pilot trial. *Nicotine Tob Res*. 2012;14(2):234–9.
103. Minami, H., Kahler, C. W., Bloom, E. L., Prince, M. A., Abrantes, A. M., Strong, D. R., Niaura, R., Miller, I. W., Palm Reed, K. M., Price, L. H., & Brown RA. Effects of sequential fluoxetine and gender on prequit depressive symptoms, affect, craving, and quit day abstinence in smokers with elevated depressive symptoms: a growth curve modeling approach. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 2014;22(5):392–406.
104. Cinciripini PM, Tsoh JY, Wetter DW, Lam C, de Moor C, Cinciripini L, Baile W, Anderson C MJ. Combined effects of venlafaxine, nicotine replacement, and brief counseling on smoking cessation. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2005;13(4):282–92.
105. Sood A, Ebbert JO, Prasad K, Croghan IT, Bauer B SD. A randomized clinical trial of St. John's wort for smoking cessation. *J Altern Complement Med*. 2010;16(7):761–7.
106. Brunner Frandsen N, Sørensen M, Hyldahl TK, Henriksen RM BS. Smoking cessation intervention after ischemic stroke or transient ischemic attack. A randomized controlled pilot trial. *Nicotine Tob Res*. 2012;14:443–7.
107. Papadakis S, Aitken D, Gocan S et al. A randomised controlled pilot study of standardised counselling and cost-free pharmacotherapy for smoking cessation among stroke and TIA patients. *BMJ Open*. 2011;
108. Siskind DJ, Wu BT, Wong TT, Firth J KS. Pharmacological interventions for smoking cessation among people with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review, meta-analysis, and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):762–74.
109. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C LT. Effectiveness of pharmacological or psychological interventions for smoking cessation in smokers with major depression or depressive symptoms: A systematic review of the literature. *Subst Abus*. 2018;39(3):289–306.
110. Banks, E., Yazidjoglou, A., Brown, S., Ford, L., Zulfikar, T., Baenziger, O., & Joshy G. Systematic review and meta-analysis of evidence on the efficacy of e-cigarette use for sustained smoking and nicotine cessation. *medRxiv*. 2020;
111. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Butler AR HP. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;14(10).
112. El Dib R, Suzumura EA, Akl EA et al. . Electronic nicotine delivery systems and/or electronic non-nicotine delivery systems for tobacco smoking cessation or reduction: a systematic review and metaanalysis. *BMJ Open*. 217AD;7.
113. Grabovac I, Oberndorfer M, Fischer J, Wiesinger W, Haider S D TE. Effectiveness of Electronic Cigarettes in Smoking Cessation: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine Tob Res*. 2020;
114. Gentry S, Forouhi NG NC. Are Electronic Cigarettes an Effective Aid to Smoking Cessation or Reduction Among Vulnerable Groups? A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *Nicotine Tob Res*. 2019;21(5):602–16.
115. Pulido A, Pinzon D, Rodriguez N, Sandoval C, Pinzon C, Diaz M, et al. Opciones en Colombia para la regulación del uso de los sistemas electrónicos con o sin dispensación de nicotina y similares: un resumen de evidencias para política (policy brief) [Internet]. Bogotá; 2018 [cited 2021 Dec 7]. Available from: https://www.iets.org.co/Archivos/3/Policy_brief_version_completa.pdf
116. Rivera J, Shamah T, Barrientos I, Viñada D, Valdez S. Evidencia actualizada sobre vapeo: un reporte del repositorio SEAN. [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública de México. 2021 [cited 2021 Dec 7]. Available from: <https://www.insp.mx/evaluacion-y-encuestas/reporte-del-repositorio-sean>
117. Wu, L., Sun, S., He, Y., & Zeng J. Effect of smoking reduction therapy on smoking cessation for smokers without an intention to quit: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled. *International journal of environmental research and public health*. 2015;12(9):10232–53.
118. Ali A, Kaplan CM, Derefinko KJ KR. Smoking Cessation for Smokers Not Ready to Quit: Meta-analysis and Cost-effectiveness Analysis. *Am J Prev Med*. 208AD;55(2):253–62.
119. Carpenter, M.J.; Hughes, J.R.; Keely JP. Effect of smoking reduction on later cessation: A pilot experimental study. . *Nicotine Tob Res*. 2003;5:155–62.
120. Carpenter, M.J.; Hughes, J.R.; Solomon, L.J.; Callas PW. Both smoking reduction with nicotine replacement therapy and motivational advice increase future cessation among smokers unmotivated to quit. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:371–81.

- [illegible]

Anexos



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



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