

DIRECTRICES PARA PROMOVER LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DEL TABAQUISMO

**Subdirección de Enfermedades No
Transmisibles
Dirección de Promoción y Prevención**

Bogotá, Agosto de 2020



**La salud
es de todos**

Minsalud

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO

**Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios**

MARIA ANDREA GODOY CASADIEGO

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

CLAUDIA MILENA CUÉLLAR

**Directora de Promoción y Prevención
(E)**



La salud
es de todos

Minsalud

EQUIPO TÉCNICO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

NUBIA BAUTISTA BAUTISTA

Subdirectora (E) Enfermedades No Transmisibles

YOLANDA INES SANDOVAL GIL

Coordinadora Grupo Gestión Integrada de la Salud cardiovascular, bucal, cáncer y otras condiciones crónicas

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ

Profesional Especializada

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

COLABORADORES

SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA FAMILIAR

Dra. NELCI ASTRID BECERRA MARTINEZ

Medica Especialista en Medicina Familiar

Dr. ALFONSO ÁVILA

Médico Especialista en Medicina Familiar

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX

Dr MANUEL CONRADO PACHECO

Médico Internista - Neumólogo

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Dra. LUISA FERNANDA VASQUEZ CUBILLOS

Medica Especialista en Medicina Familiar

© Ministerio de Salud y Protección Social

Cra. 13 # 32-76

PBX: (57-1) 330 50 00 Extensión 1200 - 1202

Bogotá D.C. Colombia.

Febrero de 2017



Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	5
2.	CONTEXTO GENERAL	6
3.	TABAQUISMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	6
4.	PRODUCTOS DE TABACO, DERIVADOS Y DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS	8
5.	EFFECTOS EN SALUD POR EL CONSUMO DE TABACO	10
5.1.	Efectos en salud por cigarrillos electrónicos	12
6.	INTERVENCIONES PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DEL TABAQUISMO DE ACUERDO AL TIEMPO DE CONTACTO DURANTE LA ATENCIÓN	12
6.1.	Intervención Breve	14
6.2.	Intervención intensiva.....	14
7.	MODELOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO	15
7.1.	Modelo Transteorico de Prochaska Di Clemente.....	15
7.2.	Entrevista motivacional para dejar de fumar o vapear.....	16
7.3.	Intervención cognitivo-conductual.	17
7.4.	Terapia Farmacológica.....	17
7.5.	Terapias Alternativas	¡Error! Marcador no definido.
8.	MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO.....	21
9.	DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DEL TABAQUISMO..	23
9.1.	Metas	23
9.2.	Objetivo General	23
9.3.	Objetivos Específicos	24
9.4.	Alcance.....	24
9.5.	Población Objeto	24
9.6.	Componentes de un programa.....	24



1. Introducción

El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ocasionan graves consecuencias en la salud, en la economía, el ambiente y a la sociedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS-2011), aproximadamente 7 millones de personas mueren al año por enfermedades asociadas al consumo, y más de 890.000 personas no fumadoras están expuestas a humo de tabaco. Las muertes atribuidas a este factor se relacionan principalmente con el cáncer, las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardiovasculares, el deterioro de la salud mental global y el incremento en el uso de otras drogas, entre otras. Su consumo está creciendo en forma constante, sobre todo entre la población adolescente.

En Colombia, según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas la prevalencia de tabaquismo viene en descenso pasando del 12,9% (2013) al 9,7% (2019). La carga de enfermedad atribuible al 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 esto algo prevenible.

Adicionalmente, la dependencia que provoca el consumo de tabaco, requiere la aplicación de intervenciones que conducen a promover el abandono del consumo y tratar la dependencia a esta sustancia.

Lo anterior, lleva a que todas las personas que consumen tabaco y sus derivados tengan derecho de recibir información acerca de los efectos nocivos, los beneficios de dejar este hábito y ser atendidos para tratar su adicción. Para la mayoría de los consumidores de tabaco, el conocimiento de estos efectos es un elemento determinante en la motivación para dejar el consumo, siendo importante que la población y las instancias gubernamentales del nivel nacional y local, lo comprendan para que se implementen dichas intervenciones.

La implementación de estas intervenciones complementa las acciones que desarrolla el Estado desarrolla para controlar el tabaquismo en Colombia, esto acorde a lo definido por la Ley 1109 de 2006, la Ley 1335 de 2009 y las Políticas de Salud Pública vigentes.

La evidencia científica reconoce la costo-eficacia de las intervenciones breves contra el tabaquismo, sin embargo más del 50% de los prestadores de atención primaria, sobre todo aquellos de los de países de ingresos bajos y medianos, no



ofrecen estas intervenciones de manera sistemática, lo cual constituye uno de los principales obstáculos para ofrecer ayuda a los consumidores de tabaco.

En atención a esta problemática y su necesidad de control, se establecen las directrices a los actores del sistema de salud para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo, con base en la evidencia científica, lo recomendado en las directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco (Artículo 14) y la normas vigentes.

2. Contexto General

La epidemia de tabaquismo es una de las mayores amenazas para la salud pública que está afrontando el mundo. Mata a casi 7 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 890 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de bajos o medianos ingresos, donde es mayor la morbilidad y la mortalidad asociada al tabaco.

El consumo tabaco, es el principal factor de riesgo de muerte prevenible en el mundo. La evidencia científica confirma que las personas que consumen tabaco, tienen mayor riesgo de muerte por enfermedades no transmisibles como cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias. Las personas que mastican tabaco enfrentan riesgos muy elevados de cáncer en cavidad bucal; especialmente de labios, lengua, paladar y faringe. Aproximadamente, una persona muere cada seis segundos por una enfermedad relacionada con el consumo tabaco, lo que representa 6 millones de personas al año. A menos que se tomen medidas urgentes, el número de muertes anuales podría elevarse a más de ocho millones en el 2030. Las personas que sufren de enfermedades como el cáncer o enfermedad coronaria a causa del tabaquismo y que continúan fumando, tienen mayor riesgo de morir en comparación con las personas que tiene la misma enfermedad pero que nunca fumaron o que dejaron de fumar después de ser diagnosticados. Incluso, para aquellas personas que fuman 10 cigarrillos o menos por día, la esperanza de vida es 5 años más corta y el riesgo de cáncer de pulmón es hasta 20 veces mayor que en los no fumadores. Para los que fuman menos de 4 cigarrillos por día, el riesgo es 5 veces mayor para cáncer de pulmón. No hay un nivel seguro de exposición, la mejor manera de prevenir muertes relacionadas con estos productos, es no consumir y evitar la exposición al humo de tabaco.

A nivel mundial se han realizado diferentes estudios sobre tabaquismo y su impacto económico, estimándose costos anuales de aproximadamente 2 billones de dólares.

3. Tabaquismo un problema de salud pública

En Colombia, se evidencia una disminución progresiva de la prevalencia del consumo de tabaco, aunque esta se muestra en diferentes encuestas nacionales.



En Colombia, según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas la prevalencia de tabaquismo viene en descenso pasando del 12,9% (2013) al 9,7% (2019). Sin embargo, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes (13-15 años) 2016, reporta que la experiencia del uso de cigarrillo o productos derivados del tabaco en algún momento de la vida, los jóvenes están experimentando con diversos productos así: tabaco sin humo 7,9%, narguile 8,9%, otros productos 11,7%, cigarrillos electrónicos 15,4% y cigarrillo 22%. Con respecto a la prevalencia en el último mes, predomina la prevalencia de consumo a cualquier producto siendo del 20,2%, frente a cigarrillo del convencional con un 9% y el cigarrillo electrónico también con una prevalencia del 9%.

En esta misma población, al analizar el consumo de tabaco por etnia, se observó una prevalencia en la población indígena del 10%; así mismo, al examinar el lugar de consumo, aunque este predomina en los espacios públicos con un 29%, preocupa el consumo en las casas reportado en un 20,8% y en la de amigos en un 15,9%.

El Tercer Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria de Colombia 2016, muestra la prevalencia de uso de tabaco, donde se observa que casi un 50% de los estudiantes declaran haber consumido tabaco alguna vez en la vida, un 27% manifiesta un consumo reciente (último año) y un 16,8% declara un consumo actual (último mes). En todos los escenarios el uso es mayor entre los hombres. Por otra parte, entre aquellos que no habían consumido tabaco antes del año previo al estudio, se observó que casi un 19% inició el uso de tabaco durante el año anterior al estudio y un 9% lo inició en el en el último mes.

En esta misma encuesta las menores tasas de consumo actual de tabaco se presentan entre los estudiantes de 18 años y menos con 12,5%, seguidas por el grupo de 19-20 años con tasas de 16,3%, mientras que las tasas de consumo más altas están en el grupo de 23-24 años con 20,5%, seguido por el grupo de 21-22 años con 18,4%. También llamó la atención el uso alguna vez en la vida de cigarrillos electrónicos, siendo esta del 16,6%. Los mayores fumadores de cigarrillos electrónicos son los universitarios más jóvenes, quienes a su vez presentaban las menores tasas de uso actual de tabaco.

Frente a la carga de enfermedad, el tabaquismo es responsable de que se presenten 34800 muertes al año, con 624.000 años de vida perdidos (Caso a favor de la inversión en la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2019); 154 450 muertes pueden evitarse en 15 años si se implementan las intervenciones del CMCT de la OMS. Con respecto a la carga de enfermedad para el país, aproximadamente 32000 muertes se presentan anualmente por causa del tabaquismo, específicamente por enfermedad cardíaca, EPOC, otros cánceres, cáncer de pulmón, tabaquismo pasivo, accidentes cerebro vascular y por neumonía.



Sumado a lo anterior, el sistema de salud gasta 4,7 billones de pesos al año atendiendo a las personas afectadas por este riesgo que es prevenible (IETS-INC 2013).

Los tratamientos de cesación adquieren relevancia para la salud pública porque la mayoría de las acciones descritas se dirigen a reducir la demanda de tabaco en jóvenes mediante la prevención de la iniciación en el hábito, pero tienen un limitado efecto entre quienes son fumadores. El tratamiento del tabaquismo es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte integral de los servicios de prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y también podrían estar integradas a la atención del consumo de sustancias psicoactivas, siendo muy importante su implementación desde la atención primaria; para obtener el impacto esperado, dichas acciones deben contar con el compromiso de los gobiernos del nivel nacional y local, las comunidades, los Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud (proveedores de la atención en salud).

4. Productos de tabaco, derivados y dispositivos electrónicos

Los cigarrillos constituyen la mayor parte de productos manufacturados de tabaco en el mundo. Con la globalización económica, algunas formas de tabaco, históricamente localizadas en regiones específicas del mundo (tales como el narguile y el bidi), se han esparcido a todo el continente. Por ejemplo, los kreteks indonesios —cigarrillos con sabor a clavo con empaque flojo— son actualmente publicitados para el mercado joven en muchos países industrializados. Estas formas regionales de tabaco algunas veces ganan posición en nuevos países. En vez de ello, frecuentemente sirven como una puerta hacia la adicción, atrayendo a los jóvenes y otros fumadores seguidores de la moda hacia una dependencia de por vida a los cigarrillos (Atlas de Tabaco 2010).

La población en general y el personal de la salud debe saber que no existe una manera sana de consumir el tabaco, ya sea inhalado, olfateado o masticado; así se reduzcan algunos de los ingredientes peligrosos; o se mezcle con otros ingredientes. Entre los diversos productos de tabaco, se pueden encontrar:

Los productos de tabaco sin humo tradicionales, estos usualmente consumidos por vía oral o nasal, sin quemarlo ni producir combustión. Existen dos tipos principales de tabaco sin humo: rapé (húmedo o seco) y tabaco de mascar.

El tabaco de fumar, acto de quemar hojas secas o curadas de la planta de tabaco e inhalar el humo. La combustión libera compuestos bioquímicamente activos en el tabaco, tales como la nicotina y otras sustancias químicas muy peligrosas para la salud, las cuales son absorbidas a través de los pulmones. Entre los que se



encuentran, los cigarrillos de enrollar, los cigarrillos manufacturados, los cigarros, los bidis, los ktreteks, las pipas de agua, las pipas y (Atlas de Tabaco 2010).

Los sistemas de tabaco calentado. Según la Organización Mundial de la Salud, los productos de tabaco por calentamiento (PTC), son productos de tabaco procesado que son calentados en lugar de sufrir combustión. Al calentarlos, producen aerosoles que contienen nicotina, sustancia altamente adictiva procedente del tabaco, y otras sustancias químicas, procedentes de aditivos y aromas añadidos, que son inhaladas por los usuarios a través de la boquilla. Los PTC imitan el comportamiento de fumar de los cigarrillos tradicionales mediante el uso de dispositivos electrónicos de calentamiento. El tabaco se presenta picado o en polvo, en forma de cigarrillo “stick” (es el caso de las marcas IQOS y Glo) o compactado “cápsula” (caso de las marcas Ploom y Pax). Los cigarrillos contienen tabaco prensado y empapado en propilenglicol y glicerina. En general, en los cigarrillos se añaden cientos de excipientes que pueden ser tóxicos con o sin combustión. La Unión Europea recoge que existen en torno a 600 aditivos utilizados actualmente en productos de tabaco, entre estos se encontrarían, por ejemplo, metales pesados como el hierro y titanio usados para colorar, o gomas y humectantes usados para dar forma al producto. La FDA ha señalado que los PTC, al contrario que los cigarrillos convencionales, contienen glicerina y propilenglicol, los cuales forman un aerosol con características similares al de los cigarrillos electrónicos¹

Otro producto que preocupa, por estar su consumo en incremento entre los niños y jóvenes son los cigarrillos electrónicos, también conocidos como sistemas electrónicos de suministro de nicotina y sistemas similares sin nicotina. Fueron introducidos en el mercado en el año 2004 y su interés, uso y controversia se han disparado durante la última década, representan una industria en auge, estimada en US\$2.000 millones en los EE. UU en 2014.

Estos productos, son dispositivos electrónicos que calientan una solución líquida para crear aerosol, el cual es inhalado por los usuarios. (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, Fundación Colombiana del Corazón, 2018- OMS Conferencia de las Partes). Además de ser conocidos como cigarrillos electrónicos (e-cigarrillo), también son llamados vapeadores, sistemas electrónicos de suministro de nicotina (SEAN), sistemas electrónicos sin suministro de nicotina (SSSN), vaporizadores personales, e-cigarettes, e-cigs, e-hookahs, mods, plumas de o sistemas de tanque (U.S. Department of Health and Human Services, 2018). Su diseño imita a los productos de tabaco (cigarrillos, puros, pipas), así como a los artilugios comunes como linternas, unidades de memoria (USB) o bolígrafos (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

¹ Ministerio De Sanidad, Consumo Y Bienestar Social. Productos De Tabaco Por Calentamiento: Consideraciones de tipo sanitario y legal. 4 de febrero de 2019. Disponible en https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe_productos_tabaco_calentado.pdf



Las compañías tabacaleras reconocen el potencial de este mercado en crecimiento y están invirtiendo fuertemente en nuevos productos o en la adquisición de marcas de cigarrillos electrónicos. A nivel individual, los cigarrillos electrónicos son probablemente menos perjudiciales para el usuario que los cigarrillos tradicionales, pero se necesita mucha más investigación sobre los efectos de los cigarrillos electrónicos, las consecuencias a largo plazo de su uso y sus ingredientes, estos últimos tóxicos (ABC Cigarrillos Electrónicos. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abce-general-cigarrillos-electronicos.pdf>)

El brote de lesiones pulmonares asociado al uso de productos de cigarrillos electrónicos o vapeo ocurrido en el segundo semestre del 2019 se asoció al uso de estos dispositivos. Hasta el 18 de febrero del 2020, se había notificado a los CDC un total de 2807 y se confirmaron 68 muertes en 29 estados de ese país. Resultado de ello, el Ministerio de Salud y Protección Social, alerto a la ciudadanía y actores del sistema de salud, acerca de este brote y a través de la Circular 032 de 2019, estableció las *“Directrices de alerta, instrucciones y recomendaciones relacionadas con las consecuencias nocivas a nivel sanitario por el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin suministro de nicotina, SEAN/SSSN”* (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-32-de-2019.pdf>)

Los expertos en salud pública están preocupados porque el uso del cigarrillo electrónico podría renormalizar el hábito de fumar, retrasar o impedir los intentos de cesación, promover el consumo en la juventud y volver a captar a los ex fumadores en la adicción a la nicotina. Por ello, las personas que desean dejar de consumir tabaco o cigarrillos electrónicos, deben recurrir a su médico o prestador de salud para que le sea indicado tratamiento, existen diversos métodos e intervenciones eficaces para tratar el tabaquismo, como la consejería, la terapia farmacológica y la intervención cognitivo conductual, las cuales tienen eficacia y seguridad científica demostrada (Instituto Nacional de Cancerología, 2016).

5. Efectos en salud por el consumo de tabaco

Todas las formas de tabaco son adictivas y perjudiciales para la salud (American Cancer Society). El humo del tabaco contiene más de 7000 sustancias químicas, de los cuales 250 han sido identificadas como perjudiciales para la salud y al menos 69 son carcinogénicas (US Department of Health & Human Services. Informe del Cirujano General, 2010). Los cigarrillos que se anuncian como bajos en alquitrán o nicotina no reducen los peligros del tabaquismo. Sin embargo, abandonar el tabaco reduce los riesgos de salud y produce beneficios inmediatos y a largo plazo (Cuadro 1).



Adicionalmente, la nicotina contenida en los productos de tabaco y sus derivados, afecta el sistema nervioso, el corazón, disminuye el apetito, compromete el estado de ánimo, aumenta la frecuencia cardíaca, aumenta la presión arterial, náuseas y diarrea. Dado que es una sustancia adictiva ocasiona síntomas y signos de abstinencia si se intenta reducir o suspender su uso. El riesgo de adicción a la nicotina depende de la dosis de nicotina entregada y del método como se administra (Rodríguez I et al 2004, Cogollo M et al, 2010, Juárez J et al, 2015). Múltiples investigaciones han determinado que es posible abandonar el consumo de cigarrillo, especialmente cuando se ofrecen alternativas basadas en modelos de cambio conductual en la modalidad de intervención breve (Fassier J et al, 2016) o la obtención de resultados exitosos en la cesación del consumo de tabaco en casos de dependencia si se combina la intervención conductual con medicamentos (Gómez T et al, 2005, Fernández A et al 2014). Es importante recalcar que el consumo de tabaco, de sus derivados o sucedáneos además de ocasionar diversas enfermedades, se convierte en una enfermedad que requiere tratamiento clínico.

Cuadro 1. Efectos en salud por el consumo y la exposición a tabaco

Fumar durante el embarazo: <ul style="list-style-type: none">• Desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa• Ruptura prematura de las membranas• Nacimiento prematuro, aborto espontáneo/aborto natural.
En fumador (a): <ul style="list-style-type: none">• Cáncer de labios, boca, garganta, laringe y faringe. Dolor de garganta, disminución del sentido del gusto y mal aliento.• Cáncer de las cavidades nasales y senos paranasales, rinosinusitis crónica, alteración del sentido del olfato.• Enfermedad periodontal (Enfermedad de las encías, gingivitis, periodontitis). Dientes sueltos, pérdida de dientes, caries, placa,• Decoloración y manchado del esmalte dental.• Cáncer de esófago, cáncer gástrico, del colon y del páncreas. Aneurisma aórtico abdominal, úlcera péptica (esófago, estómago).• Posible aumento del riesgo de cáncer de mama• Alteraciones fertilidad masculina, disfunción eréctil, cáncer de próstata.• Enfermedad vascular periférica, trombosis, envejecimiento prematuro de la piel• Accidente cerebrovascular, adicción, Infarto agudo de miocardio, aterosclerosis• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis crónica, infección respiratoria, exacerbación de asma. Cáncer tráquea, pulmón y bronquios.• Cáncer de vejiga y riñón, cáncer de cuello uterino y de ovario
Fumadoras (res) pasivos: <ul style="list-style-type: none">• Cáncer de pulmón• Enfermedad coronaria• Accidente cerebrovascular• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica



- Síndrome de muerte súbita del lactante
- Función pulmonar reducida y desarrollo pulmonar defectuoso
- Exacerbación del asma
- Enfermedad respiratoria aguda vías inferiores (bronquitis y neumonía)
- Irritación de las vías respiratorias (tos, flema)
- Enfermedades alérgicas (rinitis, dermatitis)
- Otitis media

Fuente: Atlas Tobacco 2010

5.1. Efectos en salud por cigarrillos electrónicos²

- Los cigarrillos electrónicos con nicotina perpetúan la adicción a esta sustancia psicoactiva altamente adictiva.
- El uso de saborizantes y las altas concentraciones de nicotina, así como la publicidad dirigida a jóvenes y menores de edad, promueven una puerta de entrada al consumo crónico de estos productos por parte de adolescentes y jóvenes.
- El uso de cigarrillos electrónicos durante al menos un año se asocia con un mayor riesgo cardiovascular (A Moheimani RS, 2017) y el uso diario duplica el riesgo de presentar infarto agudo de miocardio (Bhatta DN, 2019).
- El uso de estos dispositivos aumenta el riesgo de síntomas bronquiales y respiratorios (McConnell, Barrington, Wang, & Urman, 2017). Los productos químicos presentes en el cigarrillo electrónico dañan las células y a largo plazo pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer (Huang SJ, 2018) (McNeill A, 2018).
- La ingesta accidental de la nicotina causa intoxicación aguda, siendo más grave en niños (Weiss D, 2016).
- El uso de los cigarrillos electrónicos se puede asociar con la explosión de estos dispositivos. Se han requerido cirugías complejas para extracción de material del dispositivo.
- Los cigarrillos electrónicos con y sin nicotina liberan al ambiente sustancias nocivas para salud, que luego son inhaladas por quienes están alrededor (Colla Jm – Informe OMS 2016).

6. Intervenciones para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo de acuerdo al tiempo de contacto durante la atención

Con frecuencia, y de forma equivocada, se considera que el consumo de tabaco es una opción exclusivamente personal. Contradice esa percepción el hecho de que la mayoría de los fumadores desea abandonar su hábito cuando adquiere plena

² Ministerio de Salud y protección Social. ABC Cigarrillos Electrónicos, 2019
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-general-cigarrillos-electronicos.pdf>



conciencia de los efectos del tabaco en la salud, aunque les resulte difícil dejarlo debido a que la nicotina es muy adictiva.

El tabaquismo, es una enfermedad crónica, de naturaleza adictiva que se asocia con una acentuada vulnerabilidad a la recaída; por lo cual, el éxito del tratamiento no puede ser medido solamente por el logro de la abstinencia permanente, sino también por los cambios conductuales y de consumo del fumador.

Adicional a las intervenciones más efectivas para prevenir y controlar el tabaquismo que están a nivel político, como el restringir la oferta y el desestimulo de la demanda de los productos de tabaco (incrementar los impuestos a los productos de tabaco); la evidencia científica ha demostrado que los tratamientos para el manejo del tabaquismo también son efectivos para ayudar a las personas consumidoras de tabaco. Si bien, muchos fumadores desean dejar de fumar, solo el 1% lo consigue sin ayuda; pero si consideramos la ayuda de los tratamientos de basada evidencia científica se pueden lograr tasas de abstinencia de hasta del 30% (OMS 2003. Fortalecimiento de los sistemas de salud para el tratamiento del tabaquismo como parte de la atención primaria/ Parte III).

Existen diversas intervenciones eficaces, para tratar el tabaquismo y que ayudan a disminuir la carga de enfermedad asociada a esta problemática. Alternativas como la consejería, la terapia farmacológica y la combinación de estas, tienen eficacia demostrada para la cesación del tabaquismo. Con respecto a la consejería, esta se ha definido como el intercambio de información y mensajes verbales entre profesional de la salud y el paciente orientados a promover el desarrollo de capacidades que lleven a abandonar el consumo de tabaco (Alba L, et al. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco, 2013). Los prestadores de salud pueden ayudar a la población consumidora de productos de tabaco, sus derivados y similares, a que con estas intervenciones se logre reducir la prevalencia del tabaquismo en el país como parte de las estrategias de basada evidencia científica en control de tabaco (OMS/OPS 2003).

En el tratamiento de la adicción de la nicotina, generada por el vapeo de cigarrillos electrónicos y sistemas de tabaco calentado, con base en la fisiopatología de la adicción a esta sustancia y los mecanismos terapéuticos a través de los cuales generan sus efectos las intervenciones psicosociales y farmacológicas (Opinión de Expertos), es razonable utilizar métodos similares a los utilizados para dejar de fumar³. En el caso de las intervenciones farmacológicas se deben tener en cuenta las mismas consideraciones con relación a sus indicaciones y precauciones.

³ Rosen JB, Sockrider M. Management of smoking and vaping cessation in adolescents. UpToDate Dec 12, 2019.



De acuerdo al tiempo de contacto durante la atención de las personas en los servicios de salud, estas intervenciones se pueden clasificar en:

6.1. *Intervención Breve*

Definida como el intercambio de información y mensajes verbales para la cesación del consumo de tabaco, suministrada en menos de 10 minutos; son oportunistas, dado que se aplican en el marco de cualquier consulta y constituyen maneras factibles y eficaces 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.

La intervención breve más costo-efectiva es la **Estrategia de las 5As**, la cual implica cinco pasos: Averiguar, Asesorar, Apreciar, Ayudar y Acordar. En esta, se realiza la tamización sistemática de fumadores en todos los encuentros con pacientes, independientemente de su motivo de consulta, lo cual incrementa las tasas de intervención sobre pacientes fumadores (27,1 %; OR=3,1; IC95%: 2,2-4,2) (Fiore et al 2008 Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update). Su principal objetivo es que los pacientes logren avanzar en el proceso de dejar de fumar y hagan intentos serios para conseguirlo. Se ha podido comprobar que alrededor del 20% de los fumadores sometidos a intervención breve progresan en su fase de abandono. NICE considera como breves aquellas intervenciones hasta de 30 minutos (Patnode CD et al. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the U.S, 2015).

6.2. *Intervención intensiva.*

Son tratamientos más integrales, que se pueden realizar durante múltiples visitas durante períodos de tiempo más largos y que pueden ser administrados por más de un profesional sanitario, son apropiadas en todos los consumidores de tabaco dispuestos a participar en ellas. Existen estudios, que demuestran que las intervenciones intensivas tienen mayores tasas de éxito que las breves. Es claro que a mayor tiempo de contacto con el paciente mayor será su porcentaje de abstinencia al año; pero si se superan los 300 minutos, no se logra mayor efectividad. La duración de cada sesión con el paciente es superior a 10 minutos.

Cualquier profesional sanitario con formación adecuada puede proporcionar el tratamiento intensivo del tabaquismo. En muchos casos, son proporcionadas por profesionales sanitarios especializados en el tratamiento del tabaquismo. Estos especialistas no se definen por su especialidad clínica sino porque ven el tratamiento del tabaquismo como su papel profesional primordial. A menudo están



adscritos a programas que proporcionan intervenciones o servicios de tratamiento intensivo (clínicas de cesación o unidades especializadas).

Cuadro 2. Eficacia en relación a intensidad de la intervención

Nivel de Contacto	Número de estudios	Relación de probabilidad (95% IC)	Tasa estimada de abstinencia (%) (95% IC)
Ningún contacto	30	1.0	10.9
Intervención mínima (< 3 min)	19	1.3 (1.01 – 1.6)	13.4 (10.9 – 16.1)
Intervención breve (3 – 10 min)	16	1.6 (1.2 – 2.0)	16.0 (12.8 – 19.2)
Intervención intensiva (>10 min)	55	2.3 (2.0 – 2.7)	22.1 (19.4 – 24.7)

Fuente: Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline, 2008.

7. Modelos y estrategias de intervención para la cesación del consumo de tabaco

Estas intervenciones pueden utilizar dentro de su dinámica diferentes modelos y estrategias, como:

7.1. *Modelo Transteorico de Prochaska Di Clemente.*

Los estadios de cambio y su aplicación en el consumo de tabaco, fueron inicialmente utilizados para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Este modelo concibe el cambio de conducta como un proceso relacionado con el progreso a través de una serie de cinco estados. Es una estrategia transversal que se combina con la consejería breve, evalúa la fase de abandono en la que se encuentra la persona.

El dejar de fumar o vapear no sucede en un paso, la gente progresa a través de cinco etapas hasta el éxito. El paso a través de las etapas ocurre cuando la gente utiliza los procesos del cambio. El progreso en las etapas tempranas depende del balance de decisión que tome la persona (balance entre pros y contras de dejar de fumar o vapear), Iniciar y mantener la cesación tabáquica requiere un sentido suficiente de confianza (autoeficacia). Las etapas que se evalúan desde este modelo son: Pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (recaída).



7.2. *Entrevista motivacional para dejar de fumar o vapear.*

Es una estrategia de 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. En este tipo de entrevista, el profesional se ubica en el marco de referencia del usuario, y se concentra en identificar las razones personales y particulares para cambiar; de este modo facilita la superación de la negación y la resistencia al cambio pues la responsabilidad del cambio está en la persona.

La entrevista motivacional también se puede aplicar a los pacientes que están dispuestos a hacer un intento por dejar de fumar o vapear como a los que no lo están considerando. Un tipo de estrategia motivacional que es usada en los fumadores o vapeadores que no están dispuestos a hacer un intento para dejar de fumar o vapear, es la estrategia de las "5R", denominada así por la inicial de los 5 puntos a considerar: Relevancia, Riesgos, Recompensas, Resistencias y Repetición con la cual se busca motivar y concretar los intentos por dejar de fumar o vapear.

Permite que la persona encuentre motivaciones internas y suficientes para tomar decisiones respecto a dejar de fumar tabaco y dar inicio al proceso de cesación de forma empática. Para ello, se necesita que el profesional encargado del acompañamiento:

- Genere un ambiente empático, de confianza, en el que la ambivalencia en la toma de decisión del usuario respecto a la cesación sea vista como un aspecto normal del proceso de dejar de consumir tabaco.
- Permita que la persona verbalice las razones por las que desea cambiar, y a la vez evalúe la discrepancia entre las razones y el hecho de fumar como lo hace actualmente.
- Sirva de espejo, es decir que repita las afirmaciones del usuario para fomentar la reevaluación. Devuelva al usuario lo que le ha informado a partir de sus afirmaciones.
- Controle la confrontación, esto quiere decir que evite hacer comentarios en contra del tabaco; al contrario, debe centrarse en proponer análisis guiados de la percepción que el usuario tiene acerca del consumo de tabaco y su identidad con él.
- Apoye la autoeficacia, esto implica reforzar en el usuario que él es el agente activo de cambio y que el profesional está allí para apoyarlo.



7.3. *Intervención cognitivo-conductual*

Se utiliza para el tratamiento de la dependencia física, psicológica y social, asociadas al consumo de tabaco. Se trabaja en las modalidades de terapia grupal o individual. Esta técnica parte del enfoque cognitivo-conductual, desde el cual se considera que cualquier conducta adictiva es resultado de unos patrones comportamentales aprendidos, tal como sucede en el consumo de cigarrillo, en este contexto, el enfoque reconoce el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta del fumador y/o vapeador. Esta intervención, tiene como objetivo el cambiar los comportamientos adictivos por conductas más adaptativas y de mejores habilidades a la hora de afrontar los acontecimientos vitales y los estresores de la vida cotidiana.

7.4. *Terapia Farmacológica.*

Muchas personas son capaces de dejar de fumar con éxito por su cuenta. Sin embargo, los fumadores y vapeadores dependientes de la nicotina podrían beneficiarse de intervenciones para abordar los aspectos fisiológicos, específicamente los trastornos de la dependencia del tabaco y la abstinencia. Los medicamentos incrementan las tasas de abstinencia si se suministran en conjunto con otras estrategias.

Los fármacos eficaces de primera línea como la Terapia de Reemplazo de sustitución de la Nicotina - TRN, la vareniclina y el bupropión, incrementan significativamente los índices de abstinencia de consumo de tabaco a largo plazo, comparados con el placebo logrando tasas de 25,0% hasta 27,0% al combinarse con consejería. Salvo en las situaciones de embarazo, lactancia, adolescencia, consumo menor de 10 cig/día y contraindicación médica (Instituto Nacional de Cancerología. Cesación Tabáquica. Compilación de recomendaciones actualizadas para profesionales de la salud en Colombia, 2016).

Los fármacos de demostrada efectividad y seguridad como TRN, bupropión y vareniclina pueden usarse en combinación doble o triple, prefiriéndose el uso de TRN de corta acción cuando se adiciona a alguno de los fármacos orales para aliviar la ansiedad por fumar. Existe evidencia sobre efectividad y seguridad de las TRN utilizadas entre ellas o en asociación a vareniclina o bupropión, sin embargo, la evidencia sobre seguridad en la modalidad combinada no es tan robusta como la que existe para cada fármaco en monoterapia, ya que los efectos adversos se suman de manera que se sugiere reservar las combinaciones para personas con alto nivel de adicción y/o con historia de fracaso en intentos previos con monoterapia



(Seijas D). A continuación se describen los medicamentos de primera línea, de uso aprobado en el país^{4, 5}:

7.4.1. Terapia de reemplazo nicotínico

Implica el uso de productos que suministran dosis bajas de nicotina. Estos productos no contienen muchas de las toxinas que se encuentran en el humo. El objetivo de la terapia es reducir los deseos de consumir nicotina y controlar los síntomas de la abstinencia sin crear dependencia. Existen diversas formas farmacéuticas de sustitutos (parches, chicles, atomizador nasal, inhalador bucal y tabletas sublinguales). Ninguna de las formas de terapia sustitutiva ha demostrado superioridad sobre las otras, pero todas casi que duplican la abstinencia a largo plazo (OR 1.77, IC 95% 1.66 - 1.88). Se cuenta con diferentes formas de presentación:

Parche de nicotina: es un sistema transdérmico de liberación progresiva de nicotina que mantiene niveles estables durante su utilización. El parche se debe aplicar en una región limpia, seca y no pilosa, del tronco o de los miembros superiores, rotando el punto de aplicación cada 24 horas. Es una terapia efectiva en la cesación del consumo de tabaco (OR 1.81, IC 95% 1.63 - 2.02).

Las reacciones adversas que pueden generar los parches de nicotina son: prurito local, eritema, cefalea, mialgias, mareos o dispepsia. Se debe tener precaución en los pacientes con condiciones cardiovasculares agudas, como un infarto agudo de miocardio reciente.

Chicles de nicotina: son gomas de mascar que tienen nicotina disuelta. El paciente debe masticar el chicle hasta que obtenga un sabor amargo para, posteriormente, colocarlo en la mucosa de la encía, repitiendo el procedimiento hasta que el sabor desaparezca. También han demostrado efectividad en la cesación del consumo de tabaco (OR 1,81, IC 95% 1,63 - 2,02)

Presentación: chicles de Nicotina de 2 y 4 mg. Los de 2 mg están indicados para fumadores con baja dependencia a la nicotina y los de 4 mg para fumadores con dependencia moderada o alta. Los efectos adversos del chicle de nicotina pueden ser dispepsia, dolor mandibular, hipo y dolor en la cavidad oral. Debe evitarse en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular. Al igual que con los

⁴ Becerra N, Cañón M, Vivas J. Terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (2): 167-183, abril-junio, 2010.

⁵ Cañas A, Alba L, Becerra N, et al. Eficacia y seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. Rev. salud pública. 16 (5): 772-785, 2014.



parches, hay que tener precaución en pacientes con condiciones cardiovasculares agudas.

Comprimidos de nicotina: existen en presentaciones de 2 y 4 mg, tal como los chicles, y presentan una efectividad similar. Los efectos secundarios son irritación de la boca y la faringe, e hipo. Al igual que con los parches y los chicles, se debe tener precaución en los pacientes con condiciones cardiovasculares agudas.

7.4.2. Neuromoduladores

Bupropión.

Es un antidepresivo y, aunque su mecanismo de acción exacto es desconocido, se cree que inhibe de forma selectiva la nueva captación neuronal de dopamina y noradrenalina y, en menor proporción, de serotonina, lo cual aumenta las concentraciones de estas sustancias en las sinapsis neuronales de los núcleos accumbens (vía de la recompensa) y ceruleus. El aumento de dopamina en el núcleo accumbens produce un efecto similar al de la nicotina, lo que reduce la necesidad de fumar o vapear.

Las tasas de abandono con el bupropión son muy similares a las alcanzadas con la terapia sustitutiva nicotínica y no hay diferencia entre géneros. Por otra parte, el bupropión disminuye la ganancia de peso asociada con la deshabituación tabáquica, barrera de particular importancia en las mujeres, y es seguro en pacientes con enfermedad cardiovascular.

Este medicamento se encuentra en presentación de comprimidos de liberación retardada de 150 mg. La dosis recomendada es de 150 mg al día durante tres días (preferiblemente, por las mañanas para evitar el insomnio), para pasar a 300 mg al día. El tratamiento se inicia cuando todavía el paciente fuma o vapea; hábito que debe abandonar entre una semana y quince días después de iniciado, y se mantiene durante 7 a 12 semanas contadas a partir del día en que se dejó de fumar o vapear.

Está contraindicado en personas que sufren de convulsiones (puede causarlas o empeorar un cuadro convulsivo), alcoholismo (uso severo de alcohol), cirrosis hepática, dolores de cabeza severos, accidente cerebro vascular, trastorno afectivo bipolar, desordenes alimenticios (anorexia o bulimia).

Vareniclina.

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. La vareniclina debe empezar a



tomarse una semana antes de dejar de fumar o vapear. La dosis diaria se va aumentando progresivamente durante la primera y en la segunda semana.

Existen diferentes estudios metodológicamente sólidos que demuestran que la vareniclina es eficaz en la terapia para suspensión o abandono del hábito de fumar, con diferencias estadísticamente significativas al comparar la vareniclina con el placebo, los parches de nicotina y el bupropión, lo que demuestra su superioridad en términos de los porcentajes de abstinencia a corto y a largo plazo. De igual manera, se ha encontrado que la vareniclina disminuye la ansiedad por fumar, los síntomas de abstinencia y la satisfacción al fumar, de manera consistente con su mecanismo de acción.

Hay reportes de crisis depresivas, pensamientos e ideación suicida, intentos de suicidio, ataques de pánico, crisis de agresividad, confusión y otros cambios del comportamiento en personas que usan la vareniclina. Por lo tanto, personas con antecedente de enfermedad afectiva deben ser muy bien valorados para considerar el uso de este medicamento. Es un medicamento de primera línea para el manejo de la suspensión o abandono del tabaco, indicado en pacientes que nunca han recibido tratamiento farmacológico para el abandono del tabaquismo, así como en aquéllos en quienes otros tratamientos no han sido exitosos.

Presentación: Tabletas de 0,5 mg y 1.0 mg

La combinación de TRN asociado con la disminución progresiva de consumo de cigarrillos hasta el cese definitivo, incluyendo el componente de intervención psicológica, favorece la cesación tabáquica en pacientes con intentos fallidos previos (Becerra N et al, 2018).

Frente al uso de los Sistemas Electrónicos de Suministro de Nicotina (por ejemplo el cigarrillo electrónico) como alternativa para el manejo del tabaquismo: el informe elaborado por la OMS (Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco Conferencia de las Partes, FCTC/COP/7/11 Agosto de 2016), el informe del Cirujano General del año 2020⁶, la revisión de la evidencia científica realizada por el Instituto Nacional de Cancerología y también por la Sociedad Respiratoria Europea (2019), así como la alerta sanitaria emitida por el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima 005-10), no encontraron evidencia suficiente acerca de su efectividad; razón por la cual, no se recomienda su uso como parte del tratamiento del tabaquismo en Colombia ⁷.

⁶ U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General— Executive Summary. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2020.

⁷ Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos-Invima. Reglamentación Cigarrillos Electrónicos: Consideraciones Generales basadas en la Evidencia. Publicado 10 de octubre de 2016.



8. Marco político y normativo

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), autoridad rectora de las políticas públicas en salud y punto focal del tema de control de tabaco, lidera la implementación de las intervenciones para la prevención y cesación del consumo del tabaquismo en el país, asumiendo el reto de posicionar, en los diversos ámbitos y escenarios, su control integral como prioridad de salud pública. Entre la normatividad relacionada a las intervenciones para la cesación del consumo de tabaco, se encuentran:

- **Ley 1109 de 2006** por medio de la cual 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** establece las disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención y el abandono al consumo de tabaco y sus derivados en la población colombiana. En su "Artículo 11. *Parágrafo 1°. Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, y las Entidades Responsables de los regímenes de excepción que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, deberán identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumir tabaco o derivados de este y brindarle al usuario los servicios del POS que le ayuden a manejar el factor de riesgo. Parágrafo 2°. Las IPS y las EPS que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de estos servicios*".
- **Resolución 1841 de 2013. Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.** Está 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 relacionadas



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, dentro de sus objetivos se busca favorecer entornos laborales y ocupacionales saludables y calidad de vida de la población trabajadora, para lo cual se deben promover los estilos de vida saludables y el control de factores de riesgo como el tabaquismo.

- **Resolución 3202 de 2016** define como obligatoria la implementación de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud, la RIA Materno perinatal, la RIA de las enfermedades cardiovasculares y las RIA de cáncer, entre otras. En las mencionadas rutas, se deben identificar los factores de riesgo, entre ellos el tabaco y derivar para su abordaje y atención.
- **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.
- **Ley 30 de 1992.** "Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior". Artículo 118: define, que cada institución debe destinar por lo menos el 2% de su presupuesto de funcionamiento para atender adecuadamente su propio bienestar universitario.

9. Responsabilidades por actor para formular y aplicar las intervenciones

Ministerio de Salud y Protección Social

- Implementar campañas generales de información y educación a la población sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco o la exposición al humo de tabaco ambiental y brindar asesoría y desarrollar programas para desestimular el hábito de fumar y vapear (aplicar para el gobierno nacional).
- Desarrollar las directrices nacionales para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo.
- Formular programas, planes y estrategias encaminados a fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación y educadores, sobre las consecuencias adversas del consumo de tabaco e inhalación del humo de tabaco ajeno, las medidas de control de tabaco vigentes incluida la cesación del consumo de tabaco (acción en conjunto con el Ministerio de Educación).



Entidades Territoriales

- Desarrollar campañas de promoción de entornos ciento por ciento (100%) libres de humo y de desestímulo del consumo de productos de tabaco;
- Desarrollar, dentro de la red de Instituciones Prestadoras de Salud, campañas de educación sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y sobre las estrategias para desestimular o cesar su consumo.

Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios (de los distintos regímenes).

- Deben identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar sobre los riesgos para su salud por el hábito de consumir tabaco o derivados de este y brindarle al usuario los servicios de salud que le ayuden a manejar el factor de riesgo.

Instituciones Prestadoras de Servicios.

- Las instituciones que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de servicios de salud ayudarles a manejar el factor de riesgo u ofrecerles el tratamiento.

Administradoras de Riesgos Laborales.

- Desarrollar estrategias para brindar, permanentemente, información y educación a sus afiliados acerca de garantizar ambientes laborales ciento por ciento (100%) libres de humo y prevención del tabaquismo.

10. Directrices para el desarrollo de Programas para la Cesación del Consumo de Tabaco y Atención del Tabaquismo

10.1. Metas

- A 2021, se incrementan los servicios de cesación de tabaco en el 80% de los departamentos (Plan decenal de salud Pública de 2012-2021)
- Reducir el tabaquismo en personas de 18 a 69 años al 10% (Plan decenal de salud Pública de 2012-2021).
- A 2021 disminuir la mortalidad prematura de las enfermedades no transmisibles entre 30-70 años (Plan Decenal de Salud Pública de 2012-2021).

10.2. Objetivo General

Ofrecer alternativas de basada evidencia científica para que las personas consumidoras de tabaco, sus derivados o sucedáneos, dejen este hábito y



mantengan la abstinencia prolongada, esto como parte de la atención integral que deben recibir los usuarios del sistema de salud en el marco de cualquier programa de promoción de la salud, prevención o atención de la enfermedad.

10.3. *Objetivos Específicos*

- Implementar la identificación sistemática y el registro del tabaquismo en todas las personas que acceden al sistema de salud, incluye otros entornos teniendo en cuenta sus competencias.
- Aplicar las intervenciones breves para la cesación de consumo de tabaco y atención del tabaquismo en todos los niveles de atención.
- Entrenar al personal de salud en la aplicación de las intervenciones breves para promover la cesación del consumo de tabaco.
- Crear los equipos de salud para la atención del tabaquismo.
- Conformar en el mediano plazo, la red de prestadores de servicios de salud que ofrezcan dentro de sus servicios programas de cesación para la atención del tabaquismo.

10.4. *Alcance*

La implementación de las intervenciones propuestas en este documento, se enfocan principalmente en los agentes del sistema de salud encargados de la gestión del riesgo individual y atención de la población colombiana. No obstante, los otros actores deben fortalecer, promover y apoyar en este proceso.

10.5. *Población Objeto*

Población residente en el territorio nacional y que consume tabaco, sus derivados o sucedáneos o se encuentra expuesta a humo de tabaco ajeno.

10.6. *Componentes de un programa*

Con la finalidad de obtener los mejores resultados en la promoción de la cesación del consumo de tabaco y la atención del tabaquismo; el sistema de salud debe estar fortalecido, a partir de mejorar la prestación del servicio, contar con talento humano entrenado, disponer de fuentes de información para el seguimiento del programa y por supuesto estar financiado por el sistema de salud.

La implementación de las intervenciones para promover la cesación del consumo de tabaco y la atención del tabaquismo, pueden ser implementadas en todos los servicios de salud y en cualquier etapa de la enfermedad, a saber: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidado paliativo. Para facilitar el proceso, este puede efectuarse de forma progresiva, iniciando con la implementación de las atenciones básicas (Componente 1) en todos los servicios



de la institución hasta lograr la conformación del equipo técnico de profesionales que aplicará el tratamiento a los pacientes.

Las orientaciones para el desarrollo de un programa, plantean seis (6) componentes que interactúan de forma armónica y se encuentran articulados para lograr las metas planteadas (Figura 1). No obstante, cuando un país no tiene instauradas estas atenciones, la implementación se puede efectuar de forma progresiva, iniciando en los servicios de atención primaria para aplicación de intervenciones breves hasta lograr la conformación de servicios especializados o fortalecer los ya existentes. Para reforzar los servicios de salud se debe tener en cuenta:

Figura 1. Programa para la Atención del Tabaquismo



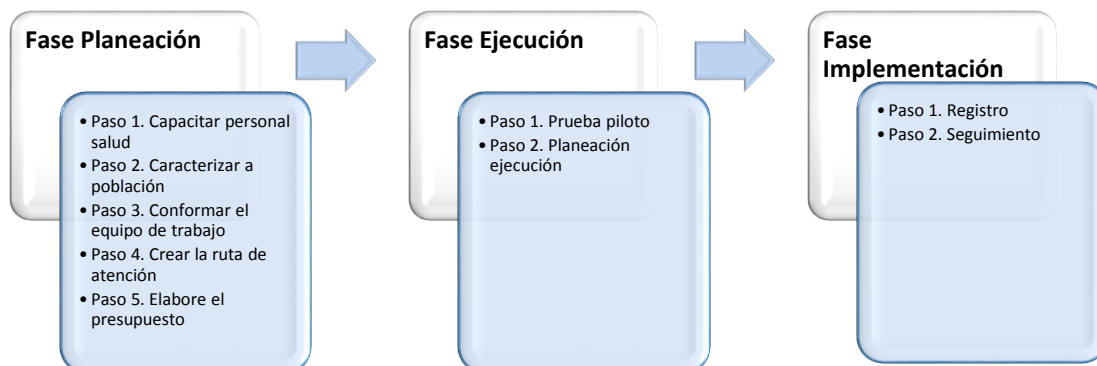
Fuente: Elaboración propia 2020

Componente 1. Alistamiento institucional

En este componente se describen las orientaciones que le permiten a la EPS saber cuáles son las atenciones que se le deben aplicar a una persona con tabaquismo y a la IPS, como como hacer el alistamiento para organizar las actividades del o los servicios para ofrecer los tratamientos para la atención del tabaquismo.

Para iniciar el alistamiento institucional se han definido tres fases de implementación con la finalidad de facilitar el proceso de creación del programa de cesación de tabaco en los prestadores de salud y que a continuación se describen (Figura 2):

Figura 2. Fases del componente 1, para el alistamiento institucional



Fuente: Elaboración propia

10.6.1. Fase de Planeación

Paso 1. Capacitación al personal de salud asistencial. Cada institución debe divulgar la estrategia “Consejería breve y consulta motivacional” al 100% del personal de salud; Médicos, Enfermeras, Auxiliares de enfermería, Trabajadores sociales, Psicólogos, nutricionistas, odontólogos y Fisioterapeutas, entre otros, con el fin de entrenar a su personal y poder captar al mayor número de usuarios con tabaquismo.

Otras opciones para que los profesionales se entrenen en esta estrategia, es realizar los cursos virtuales disponibles en Colombia como el curso “Cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo” del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, el cual es gratuito y certificado o el elaborado por el Instituto Nacional de Cancerología.

Paso 2. Caracterización de la población con tabaquismo. Cada institución debe caracterizar a las personas consumidoras de tabaco por número de casos, género, grupo etario, ubicación geográfica, entre otros. Se recomienda que la institución haga la revisión de las bases de datos y de respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la población total de usuarios?
- ¿Cuál es la pirámide poblacional?
- ¿Cuál es la georreferenciación de la población?
- ¿Cuál es el total de consumidores de tabaco?
- ¿Cuántos pacientes con consumo de tabaco ingresaron en el último año?



Paso 3. Conformar el equipo de trabajo. Teniendo en cuenta las atenciones que se deben aplicar durante el tratamiento del tabaquismo, es importante tener en cuenta los componentes del programa que más adelante se describen para seleccionar el personal de salud que estará a cargo de las intervenciones directas, así:

Tabla 2. Conformación del equipo de trabajo

COMPONENTE	ESTRATEGIA	RECURSO HUMANO
Componente 2. Atención Básica	Intervenciones breves	Todo el personal de salud
Componente 3. Atención Intermedia	Intervenciones breves programadas	Personal entrenado en medicina, enfermería o psicología.
Componente 4. Atención Intensiva	Intervenciones intensivas multicomponente	Equipo interdisciplinario entrenado como el médico, psicólogo y la enfermera. La nutricionista, la trabajadora social y odontólogo entre otros, pueden complementar el equipo en el momento que se requiera.

Fuente: Elaboración propia

Paso 4. Crear la ruta de atención. Una vez capacitado el personal de salud y conformado el equipo de trabajo, debe crearse la ruta de atención, la cual es una herramienta que garantizara la integralidad en la atención y facilitara la accesibilidad de los pacientes; en ella debe quedar establecida la puerta de entrada, el direccionamiento y las actividades que se le realizarán al paciente. Para facilitar su creación sugerimos contestar las siguientes preguntas:

- ¿Por qué servicios ingresa el paciente?
- ¿Qué actividad realiza el personal de puerta de entrada?
- ¿Quién asigna la cita de ingreso al programa?
- ¿Quién realiza la consulta de ingreso?
- ¿Cuáles son las actividades de la primera consulta?
- ¿Cuál va a ser la periodicidad de citas?
- ¿Qué actividades se realizarán en las citas de controles?
- ¿Quién valora el paciente con recaída?
- ¿Cuáles pacientes serán excluidos del programa y direccionados a otros programas?
- ¿Cuánto dura un paciente en el programa?



Paso 5. Elabore un presupuesto. Calcular el presupuesto del programa, con el fin de exponerlo a las directivas de su institución para aprobación e incluso para establecer negociaciones con otras entidades, cabe aclarar que las intervenciones básicas son de obligatorio cumplimiento y no requieren contrataciones adicionales a las realizadas en programas de prevención y promoción de la salud.

Los pasos para calcular el presupuesto dependerán de como este conformado su equipo de trabajo (por ejemplo médico general o especializado), la periodicidad de las consultas, y el tiempo de duración de cada paciente en el programa, para esto debe realizar el siguiente cálculo:

*sumatoria del valor de la consulta de cada uno de los miembros del equipo)
X (número de consultas estimadas de cada especialista por paciente) x
(número total de pacientes consumidores de tabaco)*

10.6.2. Fase de Ejecución

Paso 1. Prueba piloto. Con el fin de ultimar detalles y corregir posibles imprevistos se sugiere que seleccione un grupo representativo del total de la población a tratar, considere que puede realizar la observación directa y el control, establezca la fecha para poner en ejecución el programa, anuncie al personal de salud sobre el inicio de la prueba piloto, y supervise de manera directa las actividades; todo esto le ayudara a identificar probables barreras para la ejecución real del programa y que estas se puedan prever y corregir. Este piloto puede realizarse durante 3-6 meses.

Paso 2. Planeación de la ejecución. Una vez terminada la prueba piloto o durante el curso de la misma, reúna a su equipo de trabajo, con la finalidad de analizar los resultados obtenidos y las posibles barreras, y establezca un plan de mejora. Una vez estén corregidas ponga en marcha su programa.

10.6.3. Fase de Seguimiento

Paso 1. Registro. Para poder evaluar la efectividad y eficacia de su programa debe en primera instancia capacitar y divulgar al equipo de trabajo en el registro adecuado de los diagnósticos y las intervenciones aplicadas a cada paciente. Este registro se realiza teniendo en cuenta la Codificación Internacional de Enfermedades en su versión CIE-10 y la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS; a continuación los listamos:



Tabla 3. Registro de los diagnósticos y procedimiento para atención del tabaquismo CIE-10 y CUPS

CIE-10	Descripción CIE-10	Intervención en el programa	Procedimiento/Descripción CUPS
Z720	Problemas relacionados con el uso de tabaco	Usar este código cuando se realiza el diagnóstico del tabaquismo. Si se desea ser más preciso teniendo en cuenta los hallazgos clínicos puede considerarse:	89.0.2. Consulta descrita como global o de primera vez 89.0.3. Consulta de control o de seguimiento 990. Educación en salud
Z716	Consulta para asesoría por abuso de tabaco	Usarlo cuando se realizan las consultas programadas para el tratamiento del tabaquismo.	
Z50.8	Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	Usarlo cuando al paciente dejó el consumo de tabaco o sus derivados, es decir cesación del tabaquismo de más de 6 meses.	

Fuente: Elaboración propia 2020

Paso 2. Creación de indicadores. Esta labor es de vital importancia porque le permitirá visualizar la eficacia del programa, debe seleccionar una persona que se encargue de esta labor, la cual debe generar indicadores de manera mensual o trimestral. Y realizar un informe semestral que incluya el plan de mejora. Para facilitar la labor, más adelante en el componente 6 de monitoreo del programa, encontrará los indicadores propuestos.

Componente 2. Atenciones básicas

Corresponde a las acciones de intervención breve que deben ofrecerse de forma sistemática en las instituciones prestadoras de servicios de salud desde la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, y en el marco de cualquier consulta por la cual acceda el usuario del sistema de salud.

Intervenciones

Las intervenciones breves, tienen como objetivo que las personas logren avanzar en el proceso de dejar de fumar o vapear y hagan intentos serios para conseguirlo. Deben ser aplicadas en el marco de la consulta y pueden tener una duración de 3 a 10 minutos. Con esta intervención se ha encontrado una tasa de éxito en la



abstinencia del 16% frente a la no intervención (OR = 1,9); intervenciones de 3 minutos o menos logran una tasa de abstinencia del 13,4% (OR = 1,3)⁸.

Operativamente, se aplican los tres primeros pasos de la Estrategia de la 5A en el marco de cualquier consulta, los tres pasos en mención son:

Paso 1. Averiguar. Identificar sistemáticamente y registrar esta información en la historia clínica. (Anexo 1) Preguntar de manera rutinaria sobre el consumo de tabaco a todos los usuarios que accedan a los servicios de salud y registrar la información.

Preguntar de una manera amistosa: ¿Usted fuma?, ¿Cuánto fuma?, ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?, ¿Quiere dejar de fumar?, ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?, ¿Qué pasó?, ¿Utiliza algún producto de tabaco?

Registrar en la historia clínica el consumo o exposición a tabaco. Identifique las historias clínicas con alertas electrónicas o pegatinas para alertar a cualquier profesional sobre la necesidad de intervención en cesación.

Paso 2. Asesorar. Aconsejar sobre la importancia de dejar de fumar. (Anexo 1) El consejo debe ser:

- Claro. Dar información acerca del proceso de cesación, que le permita a la persona tomar la mejor decisión en favor de su salud.
- Positivo. Da a conocer los beneficios de abandonar una conducta no saludable como fumar.
- Oportuno y personalizado. A partir de las necesidades de acompañamiento, los fumadores que desean dejar de fumar y fumadores en proceso de cesación con reportes de recaídas, en este punto se valora la etapa de cambio. Las personas que se encuentren listas para el cambio deben ser canalizadas a los servicios especializados.
- Entendimiento empático. Es necesario recordar a la persona que es posible dejar de fumar y que para ello se le darán trucos concretos para lograrlo.
- Especificidad. Hacer mención a razones específicas para cada usuario, de acuerdo con sus intereses, grupo de edad y sexo (embarazadas, fetos, niños).

⁸ OMS/OPS. Fortalecimiento de los sistemas de salud para el tratamiento del tabaquismo como parte de la atención primaria/ Parte III.



Paso 3 Apreciar (Anexo 1). Apreciar implica una valoración detallada de la disponibilidad al cambio y abandonar el consumo de tabaco, el profesional debe actuar según sea el caso, así:

- La persona solicita apoyo en la toma de decisión. El profesional debe mostrar su disposición para ayudarlo y entregar material informativo que facilite el balance.
- La persona necesita ayuda intensiva. Canalizar a un servicio de salud donde ofrezcan la atención.
- Si el usuario es un adolescente o una mujer embarazada, además proporcionar información adicional acerca de los beneficios de dejar de consumir tabaco.
- La persona no desea dejar de fumar en ese momento, aplicar entrevista motivacional resaltando de nuevo las ventajas de dejar de consumir tabaco y se deja abierta la posibilidad de intentarlo más adelante con la ayuda profesional.

Población objeto

Consumidor de tabaco o persona expuesta a humo de tabaco ajeno, que acude a cualquier servicio de salud independiente del motivo de consulta.

Entornos donde se aplica

Estas intervenciones pueden y deben ser aplicadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud. En el entorno comunitario, educativo y laboral se pueden hacer intervenciones de información y educación para promover la cesación de consumo de tabaco y las personas identificadas ser canalizadas a sus servicios de salud.

Recurso humano requerido

Todo personal de salud debe identificar sistemáticamente a los consumidores de tabaco, aconsejar sobre el abandono del consumo de tabaco y canalizar para intervención programada a quienes desean dejar el hábito. Este personal debe estar entrenado.

Actividades e instrumentos



- Calcular el índice paquete año⁹ o el índice tabáquico¹⁰, estos pueden servir para sospechar la presencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.
- Valorar el grado de dependencia física a la nicotina mediante el test de Fagerström versión corta (dos preguntas), incluida en el ítem de herramientas.
- Evaluar la etapa de cambio (modelo de Prochaska y DiClemente).
- Canalizar al componente de atenciones intermedias, a todas las personas que desean dejar de fumar y si el prestador no cuenta con el equipo de atenciones intensivas en el corto plazo.
- Canalizar al componente de atenciones intensivas, a los grupos especiales identificados, tales como: gestantes, persona con comorbilidades crónicas, adolescentes, consumidores de otras sustancias psicoactivas y personas con alteraciones de la salud mental. Mantener la intervención breve hasta que las atenciones avanzadas sean instauradas.
- Reforzar motivación y controlar en las próximas consultas, a las personas que no desean dejar de fumar, con el propósito de generar un cambio de comportamiento frente a la posibilidad de dejar de fumar (avance en los estadios de cambio de Prochaska).
- El personal de salud que atiende niños, debe interrogar a los padres o cuidadores sobre el consumo de tabaco. En caso positivo, ofrecer consejería para dejar de fumar (Medín MI, Loretto MD., 2016).

Componente 3. Atenciones Intermedias

Corresponde a las acciones de intervención breve programada que deben ofrecer las EPS a través de su red de instituciones prestadoras de servicios de salud para ayudar y tratar al paciente en la cesación del consumo de tabaco.

Intervenciones

Estas intervenciones pretenden garantizar a todos los fumadores que estén dispuestos a dejar el consumo de tabaco, a que soliciten ayuda específica para recibir un plan de manejo y de seguimiento, lo cual les permita alcanzar la abstinencia y consolidarla. Aquí se hace énfasis en los pasos 4 y 5 de la estrategia de las 5A; no obstante, es necesario aplicar todos los pasos de la estrategia. En

⁹ Índice paquetes año: (N° cigarrillos al día/20 x N° años fumando)

¹⁰ Índice Tabáquico: Grado leve de tabaquismo (Menos de cinco paquetes por año); Grado moderado de tabaquismo (De 5 a 15 paquetes por año), y Grado grave de tabaquismo (16 -25 paquetes año) y Grado muy grave de tabaquismo (>25 paquetes años).



este componente, se realizan consultas específicas programadas. El período de seguimiento mínimo debe ser de al menos 6 meses (Córdoba R y Nerín I).

Paso 4. Ayudar al paciente a dejar el tabaco:

- Preparar al paciente para el abandono del tabaco y anticipar posibles efectos de la cesación (Anexo 12).
- Dar consejos prácticos que apoyen a la resolución de problemas y que ayuden a la formación de habilidades. Prepararlo para superar las dificultades y desencadenantes asociadas principalmente con la abstinencia.
- Entregar material educativo, incluida información sobre redes de servicios de salud, servicios comunitarios o de líneas telefónicas proactivas, si se dispone de ellas.
- Definir la necesidad del uso de medicación:

- Fumadores con bajo grado de dependencia y leve intensidad de tabaquismo: Se considera que estos fumadores son aquellos que tienen de 1 a 3 puntos en el test de Fagerström y que consumen <5 paquetes/año y tienen <15ppm de CO en el aire espirado.

- Fumadores con moderado grado de dependencia y moderada intensidad de tabaquismo: Se considera que estos fumadores son aquellos que tienen de 4 a 6 puntos en el test de Fagerström y que consumen entre 5 y 15 paquetes/año y tienen de 15 a 25 ppm de CO en el aire espirado.

- Antecedente de recaídas.

Recuerde que la intervención farmacológica ayuda a reducir los síntomas de abstinencia generados por la dependencia física, es un complemento de las intervenciones clínicas y conductuales. En definitiva, depende de la evaluación clínica del paciente y de la respuesta al plan terapéutico, y su objetivo es aliviar los síntomas físicos de la abstinencia. **El tratamiento farmacológico no reemplaza la consejería o intervenciones cognitivo conductuales para dejar el consumo de tabaco.**

Paso 5. Acordar un plan de seguimiento:

La frecuencia sugerida para el seguimiento es de 3 – 6 sesiones, aunque esto depende de la respuesta del paciente.

- Consulta de valoración inicial (aplicación de las 5 As: Anexo 1)
- Consulta de preparación para el día D (Día escogido por el fumador para dejar de fumar)



- Consulta a la semana del día D.
- Consulta dentro del primer mes de cesación.
- Consulta no presencial en el tercer mes.
- Seguimiento no presencial al sexto mes.
- Paciente no mejora, evaluar adherencia a plan terapéutico y respuesta al tratamiento. Si con la intervención breve programada, el paciente no logra su objetivo de dejar de fumar (al primer mes de cesación), se recomienda re-evaluar cada caso de manera particular y ajustar el plan de manejo. Esto puede implicar la derivación hacia el componente avanzado.

En caso, de que el paciente requiera adicionalmente manejo farmacológico, sesiones podrían extenderse a 8, aunque esto depende de la respuesta del paciente:

- Consulta de valoración inicial
- Consulta de preparación para el día D
- Consulta a la semana del día D
- Consultas quincenales en el primer mes de cesación.
- Consulta al segundo mes.
- Seguimiento no presencial al tercer mes
- Seguimiento no presencial al sexto mes.
- Paciente no mejora reevaluar manejo y canalizar al equipo especializado.

Para las personas que no desean dejar de fumar se pueden aplicar Los pasos de la estrategia de las 5R. Ellas (Anexo 2): Paso 1. Relevancia, Paso 2. Riesgos, Paso 3. Recompensas, Paso 4. Resistencias y Paso 5. Repetición.

Población objeto.

- Paciente que desee dejar de fumar y solicite ayuda para ello.
- Es remitido por un profesional sanitario
- alguna condición especial en la cual este contraindicado el manejo farmacológico (embarazadas, adolescentes y consumidores de tabaco sin humo) y no se tenga disponibilidad de atenciones intensivas.

Entornos donde se aplica

Instituciones prestadoras de servicios de salud

Recurso humano requerido

Las intervenciones pueden ser aplicadas por todo personal de salud entrenado. Sin embargo, para los casos que requieran manejo farmacológico, el médico será



indispensable en este equipo. Estos profesionales, pueden compartir sus actividades de atención usual con la atención de las personas con tabaquismo; sin embargo deben darse en consultas específicas para ello.

Actividades e instrumentos

Consulta inicial

- Aplicar la estrategia de la 5As, si el paciente está motivado a dejar de fumar, si no está motivado, utilizar la estrategia de las 5R y la entrevista motivacional.
- Calcular el índice paquete año¹¹ o el índice tabáquico¹², estos pueden servir para sospechar la presencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.
- Valorar dependencia física a la nicotina mediante Test de Fagerström.
- Valorar la Etapa de Cambio mediante el modelo Transteorico Prochaska y DiClemente.
- Realizar historia clínica específica y examen físico (evaluar comorbilidades, presencia de consumo de otras sustancias, antecedentes, intentos previos de cesación, motivos de recaídas, etc.)
- Evaluar motivaciones actuales para dejar de fumar, reforzar la motivación y preparar para el día D (fecha elegida para dejar de fumar).
- Canalizar a los grupos especiales (adolescentes, gestantes, comorbilidades crónicas, consumidor de sustancia psicoactivas y alteraciones de la salud mental) al componente de atenciones intensivas. Patologías no controladas re-direccionar a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) específicas para su manejo.
- Ofrecer tratamiento farmacológico, si está indicado y según criterio médico.

Consultas de seguimiento

- Confirmar si continúa el consumo
- Indagar la presencia síntomas abstinencia y aplicar test de Minnesota
- Evidenciar los beneficios de la cesación
- Reafirmar la motivación para dejar el consumo
- Controlar los signos vitales, peso, talla y cálculo del índice de masa corporal.
- Promover estilos de vida saludable como alimentación saludable y actividad física.

¹¹ Índice paquetes año: (N° cigarrillos al día/20 x N° años fumando)

¹² Índice Tabáquico: Grado leve de tabaquismo (Menos de cinco paquetes por año); Grado moderado de tabaquismo (De 5 a 15 paquetes por año), y Grado grave de tabaquismo (16 -25 paquetes año) y Grado muy grave de tabaquismo (>25 paquetes años).



- Prevenir recaídas.

Componente 4. Intervenciones intensivas.

Las intervenciones intensivas son apropiadas en todos los consumidores de tabaco dispuestos a participar en ellas. Incluso los que no están preparados para dejarlo, han referido un aumento de su satisfacción.

Estas intervenciones tienen el objetivo de ofrecer tratamiento integral, intensivo y continuo y suministrado por un equipo. Se puede realizar durante múltiples visitas, por períodos de tiempo más largos y pueden ser administrados por más de un profesional de la salud.

El asesoramiento intensivo es especialmente efectivo. Existe una intensa asociación dosis-respuesta entre la intensidad del asesoramiento y el éxito en el abandono. En general, cuanto más intensa es la intervención, mayor es la tasa de abstinencia. Los tratamientos pueden hacerse más intensivos aumentando (a) la duración de las sesiones individuales de tratamiento y (b) el número de sesiones de tratamiento.

Intervenciones

La intervención intensiva en este punto se convierte en una intervención exclusiva y especializada, se puede plantear en formato individual, grupal y telefónico, esto en parte porque los miembros del grupo pueden interactuar con un refuerzo recíproco; sin embargo, eso dependerá de las preferencias del paciente y de los recursos disponibles en cada institución de salud. La utilización de medicamentos aumenta consistentemente las tasas de abstinencia.

- **Intervención cognitivo-conductual.** El abordaje psicológico implica, evaluar expectativas acerca del consumo de tabaco, grado de motivación y tentación de consumo, recursos personales y sociales para el cambio y forma de consumo.
- **Orientación en la prevención y manejo de recaídas.** Está centrada en prevenir la recaída a través del manejo de las situaciones que motivan el consumo y el seguimiento de un plan de recuperación, que incluye autorregulación emocional y control del estrés. La recaída es definida como la vuelta al consumo total o parcial de tabaco, asociada a la exposición a situaciones que representan alta tentación y reactivan el deseo urgente de fumar. Se considera total cuando el fumador retoma la frecuencia e intensidad del consumo por un tiempo superior a un día.



El entrenamiento en la prevención, implica el reconocimiento de señales de riesgo de recaída, entre ellas la exposición a situaciones de tensión y estados emocionales negativos, conflictos interpersonales, pensamientos relacionados con la incapacidad de mantener la abstinencia y disminución de la motivación hacia el cambio. También se entrena al usuario para que logre identificar el grado de la recaída como un desliz o retorno breve al consumo de tabaco tras el abandono o como una vuelta al punto de partida.

- Intervención motivacional.
- Tratamiento farmacológico, en el momento que este indicado.

Población objeto

- Se puede aplicar a toda la población consumidora de tabaco, pero en principio la que no logró dejar de fumar con las intervenciones ofrecidas en los componentes de atención básico e intermedio.
- Fumadores atendidos en otros niveles asistenciales, que han recaído, con intentos previos o no.
- Fumadores con alta dependencia, con recaídas frecuentes, o con antecedentes de otras dependencias o de trastornos de la salud mental.
- Fumador resistente a iniciar un intento de cesación a pesar de haber tenido intervenciones breves (etapas de cambio de pre-contemplación, contemplación)
- Grupos con características especiales como embarazadas, adolescentes u otro grupo que por su condición se considere especial, fumadores con enfermedades crónicas (EPOC, cardiopatías, cáncer, tuberculosis, asma etc.)

Entornos donde se aplica

Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Recurso humano requerido

Médico, psicólogo y enfermera

Puede contar con el apoyo de un trabajador social u otro profesional que se considere pertinente.

Actividades e instrumentos sugeridos

Promedio de consultas de 12 sesiones, aunque esto depende de la respuesta del paciente. En todas las consultas se sugiere realizar:

- Reforzar motivación continuamente para mantener la abstinencia.



- Enfatizar en la importancia del autocuidado, cuidado del otro (prevención de enfermedades relacionadas con humo de segunda mano) y cuidado del medio ambiente.
- Verificar síntomas de abstinencia (Escala Minnesota de Abstinencia a la Nicotina), craving (Escala Single Rating of Craving), adherencia y posibles efectos secundarios de la terapia farmacológica.
- Evidenciar los beneficios de la cesación.
- Controlar los signos vitales, peso, talla y cálculo del índice de masa corporal.
- Promover estilos de vida saludable como alimentación saludable y actividad física, desarrollo de otras habilidades cognitivas y sociales.
- Educar en prevención de recaídas. El entrenamiento en manejo de recaídas, está centrada en prevenir la recaída a través del manejo de las situaciones motivadoras del consumo y el seguimiento de un plan de recuperación, que incluye autorregulación emocional y control del estrés.
- Si en la valoración el fumador reporta alta motivación por el consumo y más de una recaída, se programa una sesión de trabajo sobre cambio conductual y se revisara la posibilidad de iniciar el uso de farmacoterapia, ajuste de dosis, combinación de medicamentos, o incluso el cambio de medicamento.

Valoración inicial

- Consulta médica para elaborar la historia clínica completa y realizar examen físico, incluye toma de signos vitales, el peso, la talla, cálculo del índice de masa corporal y cooximetría, esta última si está disponible el equipo. Sospecha de comorbilidades.
- Calcular el índice paquetes año índice tabáquico y valorar la dependencia física a la nicotina (Test de Fagerström).
- Confirmar la etapa de cambio o fase de abandono (Prochaska).
- Valorar el grado de motivación (test de Richmond).
- Consulta por psicología para valoración clínica.
- Aplicar test de Glover Nilsson (evaluar dependencia psicológica)
- Identificar razones por las que fuma y motivaciones para dejar de fumar
- Intentos previos de cesación y motivos de recaídas
- Cooximetría si está disponible.
- Identificar riesgo de comorbilidades relacionadas con el tabaquismo y re direccionar a los programas o RIA según hallazgos.
- Indagar presencia de depresión y ansiedad como patología de base o como síntomas del tabaquismo.
- Ofrecer tratamiento farmacológico si no está contraindicado.
- Remitir a RIA salud mental, según sea el caso de sospecha de alteración de la salud mental no controlada o policonsumo de sustancias psicoactivas.
- Identificar si en su hogar o núcleo de vida hay fumadores y en caso tal invitarlos a participar del proceso de cesación.



Consultas de seguimiento

Las sesiones se plantean al inicio con una periodicidad semanal durante el primer mes; progresivamente se prolonga el intervalo, primero cada 15 días, y después cada mes hasta completar 12 sesiones en promedio. Sin embargo, dependiendo de cada caso las sesiones podrán superar o no el promedio de consultas propuesto. El seguimiento a largo plazo debe realizarse idealmente hasta los 12 meses de haber dejado de fumar.

En las sesiones de seguimiento es importante evaluar la adherencia al plan terapéutico propuesto, así como los posibles efectos secundarios en el caso de haber utilizado terapia farmacológica para la cesación de tabaco.

Dar orientación en prevención y manejo de las recaídas. La recaída es definida como la vuelta al consumo total o parcial de tabaco, asociada a la exposición a situaciones que reactivan el deseo urgente de fumar. Se considera total cuando el fumador retoma la frecuencia e intensidad del consumo por un tiempo superior a un día, debe tenerse en cuenta en el seguimiento.

Componente 5. Intervenciones comunitarias

Son intervenciones complementarias a las atenciones individuales y que están orientadas a apoyar promover la cesación del consumo de tabaco.

Intervenciones

- Estrategias de información y comunicación. Desarrollar estrategias de información y comunicación efectivas, con la finalidad de mantener a los usuarios informados acerca de los riesgos del consumo de tabaco, los beneficios de dejar el consumo de tabaco, los efectos de la exposición al humo de segunda mano, la importancia de buscar atención y motivar la cesación, favoreciendo la toma de decisiones saludables en torno al consumo de tabaco.
- Estrategias de información a la comunidad general sobre los riesgos del uso del tabaco y sus derivados, incluyendo los sistemas electrónicos con/sin administración de nicotina y sus efectos especialmente en los niños, niñas y adolescentes.
- Enfatizar en la importancia del autocuidado, cuidado del otro (prevención de enfermedades relacionadas con humo de segunda mano) y cuidado del medio ambiente.



Es importante tener en cuenta que la estrategia que se genere debe incluir información de carácter preventivo, positiva y utilizando los medios de comunicación tanto masivos como alternativos. Asimismo, el diseño de material informativo y educativo tanto impreso como audiovisual, debe estar dirigido a la formación de conciencia pública sobre el consumo de tabaco y debe ser divulgado en coordinación con la autoridad sanitaria.

- Grupos de apoyo comunitario para mantener la motivación y adherencia al tratamiento instaurado.

Población objeto

Población fumadora y población expuesta a humo de tabaco

Entornos donde se aplica

Todos los entornos

Responsables

Entidad Territorial, EPS, IPS, comunidad

Componente 6. Monitoreo del programa

De acuerdo a las intervenciones acá propuestas se definieron los indicadores para el seguimiento a las atenciones ofrecidas en los servicios de salud. Asimismo, esto nos permitirá monitorear, integrar, actualizar y sistematizar la información relacionada con el consumo de tabaco desde las fuentes de información disponibles y visibilizar la necesidad de gestionar nuevas fuentes (Tabla de indicadores).



La salud
es de todos

Minsalud

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	PERIODICIDAD	NIVEL DE DESAGREGACIÓN
Proporción de personas mayores de 12 años que consumen tabaco captados por primera vez en los servicios de salud en el período a analizar.	Es la proporción de personas mayores de 12 años que consumen tabaco que son captados por primera vez en los servicios de salud.	Cociente entre el número de personas mayores de 12 años que consumen tabaco atendidas por primera vez en el periodo a analizar y el total de personas que consultan en el mismo periodo en la consulta de primera vez.	Número de personas mayores de 12 años que consumen tabaco captados en los servicios de salud por primera vez en el periodo a analizar.	Total de personas que recibieron consulta médica por primera vez en el mismo período a analizar.	Por 100 (%)	Z720	89.0.2. Consulta descrita como global o de primera vez	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia
Proporción de pacientes con patología crónica que son consumidoras de tabaco captados por primera vez en los servicios de salud en el período a analiza.	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que consultaron por primera vez en el periodo y que fueron diagnosticados con patología crónica (diabetes, cardiovascular, cáncer, Epoc, asma)	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco y tienen diagnóstico de patología crónica que consultaron por primera vez en un periodo de tiempo y el total de personas que consultaron en un periodo de tiempo y fueron diagnosticadas con patología crónica.	Número de personas consumidoras de tabaco que consultaron por primera vez y fueron diagnosticadas con patología crónica.	Total de personas con patología crónica diagnosticadas en el periodo a analizar	Por 100 (%)	Pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56; J40-J47 y Z720	Total de pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56; J40-J47	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia.
Proporción de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento para el tabaquismo	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento para el tabaquismo. consumo de tabaco	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento para el tabaquismo y el total de personas consumidoras de tabaco	Número de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento para el tabaquismo	Total de personas consumidoras de tabaco en el periodo a analizar	Por 100 (%)	Z716	Z720	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia



La salud
es de todos

Minsalud

Proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento para el tabaquismo y dejaron de fumar	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento y dejaron de fumar y el total de personas consumidoras de tabaco en tratamiento.	Número de personas consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento y dejaron de fumar.	Total de consumidores de tabaco que recibieron tratamiento	Por 100 (%)	Z716 y Z50.8	Z716	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Cesación de tabaco: a los 6 y 12 meses
Proporción de pacientes con patología crónica y consumidores de tabaco que dejaron de fumar	Es la proporción de personas con patología crónica consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento para el tabaquismo y dejaron de fumar	Cociente entre el número de personas con patología crónica consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento del tabaquismo y dejaron de fumar.	Número de personas con patología crónica consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento del tabaquismo y dejaron de fumar.	Total de personas con patología crónica y consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento para el tabaquismo.	Por 100 (%)	Pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56; J40-J47 y Z720, F172 o F173 y Z720 que recibieron Z716 y Z50.8	Pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56; J40-J47 y Z720, que recibieron Z716	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Cesación de tabaco: a los 6 y 12 meses



Anexo 1. Estrategia de las 5As¹³

5AS	ACCIÓN ESTRATEGIA	IMPLEMENTACIÓN
Averiguar (Preguntar)	Preguntar de manera rutinaria sobre el consumo de tabaco en todos los usuarios que accedan a los servicios de salud y registrar la información.	<p>1. Preguntar de una manera amistosa: ¿Usted fuma? ¿Cuánto fuma? ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo? ¿Quiere dejar de fumar? ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar? ¿Qué pasó? ¿Utiliza algún producto de tabaco?</p> <p>2. Registre en la historia clínica el consumo o exposición a tabaco.</p> <p>3. Identifique las historias clínicas con alertas electrónicas o pegatinas para alertar a cualquier profesional sobre la necesidad de intervención en cesación.</p>
Aconsejar	Aconsejar a todos los pacientes que dejen de fumar o se mantengan sin fumar. El mensaje debe ser claro, fuerte y personalizado.	<p>Claro: "Es importante que usted de deje de fumar o usar tabaco lo antes posible". "Reducir el consumo de tabaco mientras usted este enfermo no es suficiente".</p> <p>Fuerte: "Como su médico, necesito que sepa que dejar de fumar es la cosa más importante que usted puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro. Estamos aquí para ayudarle.</p> <p>Personalizar el mensaje:</p> <ul style="list-style-type: none">• Género: por ejemplo, en las mujeres afecta más la fertilidad que en los hombres.• Problemas de salud: relacionar el problema de salud con los efectos del tabaquismo. Por ejemplo: " El humo de tabaco hace que su asma empeore, y dejar de fumar puede mejorar dramáticamente su salud".• Factores sociales: Las personas con niños pequeños pueden estar motivados por la información sobre los efectos del humo de segunda mano, "Dejar de fumar puede reducir el número de infecciones del oído que tiene hijo", mientras que una persona que lucha con el dinero puede que desee considerar los costos financieros del tabaquismo. <p>En algunos casos, adaptar los consejos para un paciente en particular puede no siempre ser obvio; una estrategia útil puede ser: Doctor: "¿Qué no te gusta de ser un fumador?" Paciente: "Bueno, no me gusta la cantidad que gasto en tabaco." Doctor: "Sí, vamos a trabajar en ello, cuánto gasta cada mes. Entonces podemos pensar en lo que podría comprar en su lugar"</p>
		<p>Utilice el método STAR para facilitar y ayudar a su paciente a desarrollar un plan para dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Seleccione una fecha para dejar de fumar idealmente dentro de dos semanas.

¹³ Adoptado Organización Mundial de la Salud.



<p>Ayudar</p>	<p>Ayudar a desarrollar un plan para que el paciente para que deje de fumar. Proporcionar asesoramiento práctico. Proporcionar tratamiento de apoyo social. Proporcionar material informativo sobre redes de servicios o de apoyo social para dejar de fumar y otros recursos de referencia. Recomendar el uso de medicación aprobada si es necesario</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transmita la información a familiares, amigos y compañeros de trabajo acerca de sus planes de dejar de fumar, y pide apoyo. ➤ Anticiparse a los desafíos para el próximo intento de abandono. ➤ Retire los productos de tabaco de su entorno y aplique un hogar libre de humo de tabaco. <p>Orientación práctica debe centrarse en tres elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar al paciente a identificar las situaciones de peligro (eventos, estados internos, o actividades que aumentan el riesgo de fumar o recaída). ➤ Ayudar al paciente a identificar y practicar afrontamiento cognitivo y conductual, habilidades para hacer frente a las situaciones de peligro. ➤ Proporcionar información básica acerca de fumar y dejar de fumar. <p>Apoyo social incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Animar al paciente en el intento de dejar de fumar ➤ Mostrar interés y preocupación ➤ Animar al paciente a hablar sobre el proceso de dejar de fumar. <p>Asegúrese de tener una lista de líneas y clínicas para dejar de fumar.</p> <p>El apoyo dado al paciente debe ser descrito de manera positiva, pero realista.</p>
<p>Arreglar</p>	<p>Organizar seguimiento con su paciente, bien sea por teléfono o personalmente. Remita al paciente a un especialista si es necesario.</p>	<p>Cuándo: El primer seguimiento de contactos debe ser arreglado durante la primera semana. Un segundo control se recomienda en un mes después de la fecha de abandono.</p> <p>Cómo: Utilizar métodos prácticos: el teléfono, visita personal y correo electrónico. El seguimiento a los pacientes se recomienda hacerlo a través de trabajo en equipo, si es posible.</p> <p>Qué:</p> <p><u>Para todos los pacientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los problemas ya planteados y anticipar desafíos. - Recordar a los pacientes el apoyo social y el tratamiento extra. - Evaluar el uso y los problemas de la medicación. - Horario de seguimiento. <p><u>Para los pacientes que están en abstinencia:</u> Felicitales por su éxito.</p> <p><u>Para los pacientes que han usado tabaco de nuevo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuérdeles ver la recaída como una experiencia de aprendizaje. - Revisión de las circunstancias y obtener nuevo compromiso. - Enlace a un tratamiento más intensivo si está disponible.



Anexo 2. Estrategia de las 5Rs

5RS	ACCIÓN ESTRATEGIA	EJEMPLO
Pertinencia (Relevance)	<p>Aliente al paciente a que exprese la pertinencia personal de abandonar el consumo.</p> <p>La información motivacional tiene más efecto si es pertinente para la enfermedad o el riesgo del paciente, la familia o la situación social (por ejemplo, si tiene hijos), los problemas de salud, la edad, el sexo y otras características importantes (por ejemplo, intentos anteriores de abandonar el consumo, obstáculos personales para lograrlo).</p>	<p>Prestador: “¿En qué aspectos es pertinente para usted dejar de fumar?”</p> <p>Paciente: “Supongo que fumar me hace mal a la salud.”</p>
Riesgos (Risks)	<p>Aliente al paciente a que reconozca las posibles consecuencias negativas del consumo de tabaco que le son pertinentes. Algunos ejemplos de riesgos:</p> <p>Riesgos inmediatos. Disnea, agravamiento del asma, aumento del riesgo de padecer infecciones respiratorias, daño al feto, impotencia e infecundidad.</p> <p>Riesgos a largo plazo. Infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, cáncer de pulmón y de otros tipos (por ejemplo, laringe, boca, faringe, esófago, páncreas, estómago, riñón, vejiga, cuello uterino y leucemia mielocítica aguda), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (bronquitis crónica y enfisema), osteoporosis, discapacidad a largo plazo y necesidad de atención prolongada.</p> <p>Riesgos ambientales. Aumento del riesgo de cáncer de pulmón y cardiopatías de los cónyuges; aumento del riesgo de peso bajo al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante, asma, otitis media e infecciones respiratorias de los hijos de fumadores.</p>	<p>Prestador: “¿Qué sabe acerca de los riesgos que supone fumar para la salud? ¿Qué le preocupa en particular?”</p> <p>Paciente: “Sé que causa cáncer. Eso debe ser horrible.”</p> <p>Prestador: “Así es; el fumador está expuesto a un riesgo de cáncer muchas veces mayor.”</p>



Recompensas (Rewards)	<p>Solicite al paciente que mencione los posibles beneficios pertinentes de abandonar el consumo de tabaco. Ejemplos de recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mejora el estado de salud.- Saben mejor los alimentos.- Mejora el sentido del olfato.- Ahorra dinero.- Se siente mejor acerca de sí mismo.- Huelen mejor el hogar, el automóvil, la ropa y el aliento.- Es un buen ejemplo para los hijos y reduce la probabilidad de que fumen.- Los bebés y los niños son más sanos.- Se siente mejor físicamente.- Mejora el desempeño en las actividades físicas.- Mejora el aspecto: menos arrugas y envejecimiento de la piel, dientes más blancos.	<p>Prestador: “¿Sabe cómo modificaría su riesgo de cáncer dejar de fumar?”</p> <p>Paciente: “Supongo que sería más bajo si dejo.”</p> <p>Prestador: “Sí, y esa disminución no lleva mucho tiempo. Pero es importante que deje cuanto antes.”</p>
Obstáculos (Roadblocks)	<p>Solicite al paciente que mencione los obstáculos que le dificultan dejar de fumar y brinde tratamiento (terapia de solución de problemas, farmacoterapia) para abordar esos obstáculos. Obstáculos característicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Síntomas de abstinencia, - Temor al fracaso.- Aumento de peso, - Falta de apoyo.- Depresión, - Disfrute del tabaco.- Estar rodeado de otros fumadores.- Conocimiento limitado de opciones terapéuticas	<p>. Prestador: “¿Qué cree que le será difícil cuando deje de fumar?”</p> <p>. Paciente: “Las ganas de fumar y no poder; eso será lo más horrible.”</p> <p>. Prestador: “Podemos ayudarlo con eso. Podemos administrarle un tratamiento sustitutivo con nicotina, que sirve para reducir las ganas de fumar.”</p> <p>. Paciente: “¿Funciona realmente?”</p> <p>. Prestador: Igual necesitará voluntad, pero los estudios demuestran que estos medicamentos pueden duplicar las probabilidades de que deje de fumar definitivamente.”</p>
Repetición (Repetition)	<p>Vuelva a evaluar la disposición del paciente para abandonar el consumo: si todavía no está preparado, repita la intervención más adelante. La intervención motivacional debe repetirse cada vez que el paciente desmotivado acude a la consulta.</p>	<p>Prestador: “Ahora que hemos conversado, vamos a ver si se siente diferente. ¿Puede responder a estas preguntas nuevamente?” (Regrese al paso “Evaluar” del método de las 5As. Si está dispuesto, avance con esa intervención. De lo contrario, finalice la intervención con algún comentario positivo.)</p>



Anexo 3. Entrevista motivacional

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

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

Ejemplos de preguntas motivadoras del análisis acerca del consumo:

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



Anexo 4. - Test de Fagerström para la Dependencia de la Nicotina¹⁴ (versión breve)

Puede aplicarse a pacientes que fuman o que vapean sistemas de tabaco calentado. Responda las dos preguntas abajo. Compruebe su puntuación total con la clave de puntuación.

1. ¿Cuánto tiempo después de despertar, fumas tu primer cigarrillo?

- Menos de cinco minutos (3 puntos)
- 5 a 30 minutos (2 puntos)
- 31 a 60 minutos (1 punto)

2. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

- Más de 30 cigarrillos (3 puntos)
- 21 a 30 cigarrillos (2 puntos)
- 11 a 20 cigarrillos (1 punto)

Interpretación (según puntuación):

5 a 6 puntos = dependencia alta a la nicotina;
3 a 4 puntos = dependencia moderada a la nicotina.
0 a 2 puntos = dependencia baja a la nicotina.

¹⁴ Mallin R. Smoking Cessation: Integration of Behavioral and Drug Therapies. www.aafp.org/afp AMERICAN FAMILY PHYSICIAN. Adapted with permission from Rustin TA. Pharmacologic treatment of nicotine dependence. In: The certification review course in addiction medicine for the American Society of Addiction Medicine. Chevy Chase, Md.: American Society of Addiction Medicine, 1998; based on information in Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119-27. MARCH 15, 2002 / VOLUME 65, NUMBER 6



Anexo 5. Test de Fargeström para la Dependencia de la Nicotina (versión completa)

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

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

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

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



Anexo 6. Test de Richmond (Motivación para dejar de fumar)

Indicación: Permite valorar el nivel de motivación para el abandono del hábito de fumar.

Aplicación: Puede ser auto administrada o aplicada por un profesional capacitado a la población fumadora. Se trata de un test de 4 ítems y tiene un puntaje total de 10 puntos.

Interpretación:

< a 3 puntos, indica una motivación nula o baja para dejar de fumar.

4 y 5 puntos, indica una motivación dudosa.

6 a 7 puntos, indica una motivación moderada para dejar de fumar.

8 a 10 puntos, indica una alta motivación para dejar de fumar.

PREGUNTA	PUNTAJE
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	. Sí: 1 punto . No: 0 puntos
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	. Mucho 3 puntos . Bastante 2 puntos . Algo 1 punto . Nada 0 puntos
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	. Sí 3 puntos . Probable 2 puntos . Dudoso 1 punto . No 0 puntos
4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?	. Sí 3 puntos . Probable 2 puntos . Dudoso 1 punto . No 0 puntos



Anexo 7. Escala Minnesota de Abstinencia a la Nicotina (MINNESOTA NICOTINA WITHDRAWAL SCALE)

Seleccionar en una escala de 0 a 4 donde 0 se corresponde con la ausencia del síntoma y 4 se corresponde con la presencia severa del mismo.

VALORACION

0: Nada en absoluto

1: Leve

2: Moderado

3: Mucho

4: Grado extremo

SINTOMAS	0	1	2	3	4
Craving					
Disforia/irritabilidad					
Ira/ansiedad					
Dificultad de concentración					
Inquietud					
Aumento del apetito					
Dificultad para dormirse					
Dificultad para mantenerse dormido					
Ansiedad					

Anexo 8. Escala Single Rating of Craving

¿Cuánto has necesitado un cigarrillo hoy?	
Nada en absoluto	0
Muy poco	1
Un poco	2
Algo	3
Bastante	4
Muchísimo	5



Anexo 9. INDICE DE SEVERIDAD DEL VAPEADOR (Heaviness of Vaping Index: HVI)¹⁵.

Aplicable a pacientes que vapean cigarrillos electrónicos.

Esta medición suma los ítems que miden la frecuencia de uso en un día y tiempo para el primer cigarrillo electrónico.

1. ¿Cuántos veces por día usa habitualmente su cigarrillo electrónico? Suponga que “una vez” consiste en alrededor de 15 inhalaciones o una duración de unos 10 minutos vapeando.

Puntuación:

0–4 veces/día = 0

5–9 veces/día = 1

10–14 veces/día = 2,

15–19 veces/día = 3

20–29 veces/día = 4

> o´ = 30 veces/día = 5

2. En los días que puede usar su cigarrillo electrónico libremente, ¿qué tan pronto después de despertarse usa su cigarrillo electrónico por primera vez?

Puntuación:

0-5 min = 5

6-15 min = 4

16-30 min = 3

31-60 min = 2

61-120 min = 1

> o =121 min = 0

Interpretación: Un puntaje > 6 se relaciona con una dependencia a la nicotina moderada a severa.

¹⁵ Referencia: Vogel EA, Prochaska JJ, Rubinstein ML. Measuring e-cigarette addiction among adolescents. *Tob Control*. 2020;29(3):258-262.



Anexo 10. Recomendaciones para grupos especiales

Embarazadas y Lactantes

- ✓ Trabajar con mayor énfasis las alertas respecto a los riesgos del tabaquismo activo y pasivo para ella y el bebé (bajo peso al nacer, parto prematuro, entre otros).
- ✓ Reforzar con el uso de videos (psi coeducación).
- ✓ Durante las sesiones de consejo se debe incrementar el tiempo en las sesiones.
- ✓ Llamadas bimestrales durante embarazo y mensuales después del parto.
- ✓ Realizar intervención en cada visita de control prenatal.

Pacientes con ECV o enfermedad respiratoria.

- ✓ El proceso de intervenciones debe tener en cuenta trabajar con mayor énfasis las alertas respecto a los riesgos de continuar con el consumo de tabaco activo y pasivo en la salud.
- ✓ Implementar de forma paralela distintas estrategias de consejería para la cesación (individual, grupal, material psico-educativo).
- ✓ Durante las sesiones de consejo se debe incrementar el tiempo en las sesiones.
- ✓ Restringir y/o suspender el contacto con entornos de consumo.

Salud Mental

- ✓ Se debe reforzar la terapia conductual intensiva y prolongada dado que en estos casos se producen recaídas con mayor frecuencia.
- ✓ En casos de enfermedad psiquiátrica; se debe enviar para manejo conjunto con psiquiatría. Por tratarse de un caso de comorbilidad



Anexo 11.

Material de Autoayuda para el proceso de cesación del consumo de tabaco: ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR

Superar la adicción al tabaco es un PROCESO que se inicia con un plan para dejar



Paso 1. Las siguientes ESTRATEGIAS le ayudaran a tomar el control del consumo.

- Elija 2 o 3 estrategias con la que quiere empezar a controlar su conducta.
 - Piense CÓMO implementarlas y HÁGALO en la semana siguiente.
 - Empiece por los cambios que le resultan más FÁCILES.
 - Propóngase nuevas estrategias para la siguiente semana.
 - Siempre establezca metas POSIBLES y a CORTO PLAZO.
- **Fume ÚNICAMENTE aquellos cigarrillos que son “imprescindibles”.** NO se preocupe en esta primera etapa por el “número” de cigarrillos que consume por día, lo que importa es que cada uno sea PENSADO. ¡No se apure! Este es el primer paso.

Para lograrlo:

- Mantenga la caja lejos, fuera de su lugar habitual y que no esté a la vista.
 - Cuando sienta deseos de fumar, tendrá tiempo de preguntarse “¿Realmente lo necesito YA?”
 - Postergue unos minutos cada cigarrillo, realizando alguna actividad que lo distraiga: beber agua, caminar un ratito, terminar la tarea que está realizando, o mejor... una actividad que a Ud. le resulte placentera.
- **Registre cada cigarrillo ANTES de encenderlo.** Esta tarea es altamente EFECTIVA para evitar los “cigarrillos automáticos”, complementa la estrategia anterior porque incluye “preguntar y postergar”.
Puede iniciar con un registro simple y avanzar a otro más completo. El registro más completo le brindará más información sobre los disparadores de su deseo de fumar y la intensidad de su necesidad. Por ejemplo:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	xxx						
Tarde	xx						
Noche	x						

Forma de registro más completa:

Fecha / hora	Situación/Lugar	¿Qué espero de este cigarrillo?	¿Cuánto lo necesito? (1, 2 o 3)	¿Lo voy a fumar?
5 oct / h 8	Después desayuno	Placer	3	Si
9	Esperando el bus	Compañía	1	Si



La salud
es de todos

Minsalud

10.20	Un problema	Que me quite el enojo	2	Si
12	Salí a comer	No se	1	No
2 pm	Después de comer	Placer? Digestión?	3	Si

- **Establezca algunas reglas que le ayudarán aumentar su control.**
 - **Compre un paquete a la vez:** Si compra en exceso fumará en exceso. Aunque esto le implique gastar más dinero, recuerde: **su objetivo es NO fumar.**
 - **Nunca fume cigarrillos de otras personas:** no pida ni acepte cigarrillos de nadie. Esta acción es parte del entrenamiento para evitar la recaída. Aprenda desde ahora a decir: **NO GRACIAS!!!**
 - **Aumente la actividad física:** además de los múltiples beneficios para la salud, el ejercicio es un aliado en el proceso de ganarle al tabaco. Ayuda a manejar “la ansiedad” y mejora el ánimo. Permite ver cómo vamos mejorando la capacidad física, esto aumenta la motivación para seguir adelante. Ayuda a evitar o limitar el aumento de peso. La actividad física que le proponemos es al nivel que Ud. pueda. Sería ideal que caminara por lo menos 30 minutos al día. Si no dispone de tiempo, aumente la actividad física en su rutina diaria: suba, aunque sea 1 piso por escalera, aunque luego tome el ascensor; utilice menos el bus o el auto, camine cada vez que sea posible. Levántese de la silla en el trabajo en lugar de hablar por teléfono con el compañero de la oficina vecina. ¡Use su imaginación para incrementar su actividad física diaria, cada movimiento cuenta!!!
 - **Aumente la ingesta de líquidos no azucarados:** tome abundante agua. Esto ayudará el proceso de desintoxicación y también a distraer su atención por un rato en algunas situaciones.
 - **Agregue COLOR a sus comidas:** aumente el consumo de frutas y verduras. Es posible que sienta más apetito, es un buen momento de ORDENAR su alimentación. PLANIFIQUE 4 comidas diarias. Agregar verduras, ayuda a aumentar la saciedad sin aumentar en exceso las calorías, además de los muchos beneficios por aportar fibras, minerales y vitaminas. Entre comidas planifique comer frutas.
- **Rompa las ASOCIACIONES que le llevan a fumar sin necesidad.** El acto de fumar está “atado” (asociado) a innumerables situaciones, lugares, acciones, emociones, de su vida cotidiana. La clave es proponerse “mientras fumo... SOLO fumo”:
 - Elija un lugar de la casa dónde fumar, si es al aire libre, mejor. En ese lugar (o en el camino) estarán sus cigarrillos (no a la vista) y la hoja para registrar su consumo.
 - Mientras fuma... hace sólo eso, toda otra actividad deberá esperar. Si no puede postergar la otra actividad... tire el cigarrillo y haga lo que realmente desea hacer.
 - En otras palabras, No fume mientras: habla por teléfono, mira televisión, trabaja o juega en la computadora, está leyendo, disfrute de los momentos LIBRES de tabaco.
 - Fume afuera. Su casa, su auto, su lugar de trabajo se transformarán en sus refugios para no fumar. Además de evitar el daño a otros y a Ud. mismo.
- **Tratamiento farmacológico:**

Existen medicamentos que le pueden ayudar a superar la necesidad física (biológica) de consumir tabaco. Ayudan a superar el síndrome de abstinencia nicotínica, evitan síntomas como: ansiedad, irritabilidad, cambios de humor, necesidad imperiosa de fumar. Su médico le orientará e indicará el más adecuado para Ud.



Es importante saber que los medicamentos **SON EFECTIVOS**, pero no le “hacen dejar de fumar”, evitan el malestar que puede acompañar el cambio de conducta, facilitan el proceso.



Paso 2. Experimente “un día sin fumar”

Cuando haya logrado ser consciente de todos los cigarrillos que fumar, habrá aprendido a manejar el impulso de fumar con las estrategias que ha ido experimentando. Planifique **UN DIA SIN FUMAR**, en ese día haga todo lo que sabe le ayuda en su decisión de no fumar. Tenga todo el día planificado. Incluya actividades placenteras. Al finalizar el día, prémiese, si ha logrado su objetivo.



Paso 3. Ya está pronto para elegir una fecha para Dejar de Fumar!

Prepárese para ese día, con lo aprendido en el ensayo de “un día sin fumar”, al iniciar esta etapa debe proponerse completar **UN DIA a la vez**. La idea de fumar puede seguir apareciendo, mientras que la necesidad física de nicotina disminuirá día a día hasta desaparecer luego de 4 a 6 semanas sin fumar.



Paso 4. Mantenerse libre de tabaco o vapeadores

La recaída se inicia con una pitada o vapeada. Ud. ya sabe qué hacer si aparece ese impulso, ponga en práctica las estrategias que ha ensayado en todo este proceso.

Es importante mantener los hábitos adquiridos.

Analice periódicamente los beneficios que está obteniendo por esta nueva forma de vida. Si considera que no podrá sostener su decisión. No dude en pedir ayuda a un profesional de la salud.

¡Felicidades, ha logrado su objetivo!



Anexo 12. TAMIZAJE DE DEPRESIÓN¹⁶

LO QUE SE CONOCE DEL TEMA: El US Preventive Services Task Force (USPSTF) se recomienda realizar cribado de depresión en población adulta en general y en sujetos de alto riesgo, como aquello con nivel socioeconómico bajo, con escaso apoyo social, dolor crónico, discapacidad, enfermedades crónicas, como la diabetes, problemas de salud mental y embarazo. Hasta hace relativamente poco tiempo se utilizaba un cuestionario que consumía un elevado tiempo en consulta. En la actualidad se puede utilizar un cuestionario abreviado de dos preguntas con elevada sensibilidad y valor predictivo negativo que ha sido validado frente a otros 6 métodos de cribado ampliamente utilizados.

LO QUE APORTA ESTE ESTUDIO:

Herramienta	Cuestionario de 2 preguntas
Validación	Whooley et al, 1997 [1]
Pregunta	Durante el pasado mes, con qué frecuencia se ha sentido...
Síntomas	1. Con ánimo deprimido, decaído o sin esperanza 2. Con falta de interés o placer en hacer algo
Formato respuesta	Si/No
Opciones de respuesta	0 = No 1 = Si
Rango de respuesta	Desde 0 a 2
Punto de corte	Mayor o igual a 1
Sensibilidad	0,95
Especificidad	0,65

IMPLICACIONES DEL ESTUDIO: Este cuestionario permite en menos de 1 minuto identificar a pacientes con el diagnóstico de depresión, en quienes se debe completar el estudio con un cuestionario adicional. Existen múltiples terapias disponibles, desde ejercicio físico, terapia conductual, psicoterapia o farmacoterapia.

¹⁶ Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997 Jul;12(7):439-45. Whooley MA. Screening for Depression-A Tale of Two Questions. JAMA Intern Med. 2016 Apr 1;176(4):436-438.



Definiciones

Abstinencia/Síndrome de abstinencia. Conjunto de síntomas que se presentan al dejar de fumar o por reducción significativa del número de cigarrillos. Síntomas que 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. Cada síntoma tiene duración variable, pero luego del mes, la mayoría pierde la intensidad.

Craving. Deseo imperioso de fumar como manifestación intensa del síndrome de abstinencia. Lo padecen más del 80% de los fumadores después de 8 a 12 horas sin fumar. Se relaciona con la tasa de recaída.

Dependencia del tabaco/ Adicción al tabaco. 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 éste 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.

Especialistas en el tratamiento del tabaquismo. Estos especialistas típicamente proporcionan intervenciones intensivas para el tratamiento del tabaquismo. Los especialistas no se definen por su filiación profesional ni por el campo en el cual se han formado. Los especialistas poseen habilidades, conocimiento y formación para proporcionar intervenciones efectivas de diversas intensidades, y a menudo están adscritos a programas que ofrecen intervenciones o servicios de tratamiento intensivo.

Fumador: persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses.

- Fumador Diario: ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.
- Fumador Ocasional: ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo se lo debe considerar como fumador.

Ex Fumador: persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses¹⁷.

Intervención. Acción o programa dirigido a obtener resultados identificables. En el tratamiento de la dependencia tabáquica, la intervención generalmente es de naturaleza clínica y puede incluir asesoramiento y uso de fármacos. También se denomina “tratamiento”.

¹⁷ Ascanio S, Barrenechea C, De Leon M, García T y Col. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo Manual PNA en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud Pública. 2009.



Proporción de cesación (o de abstinencia). Porcentaje o proporción de personas que consiguen no fumar por un tiempo determinado. Tasa de cesación continua: el fumador está sin consumir tabaco desde el día que dejó de fumar. Tasa de cesación puntual: el fumador está sin fumar al menos en los últimos 7 días del momento en que se evalúa. Tasa de cesación prolongada: el fumador está sin fumar en forma continuada después de la fecha de abandono y su evaluación final (ej. 6 meses, 12 meses).

Tabaquismo. Es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.



Bibliografía

Castañal-Canto X, Martín-Miguel MV, Hervés-Beloso C, Pérez-Cachafeiro S, Espinosa-Arévalo, MM, Delgado-Martín JI. Trabajando con nuestros pacientes fumadores en atención primaria. Un análisis de coste-efectividad. Atención Primaria, 2012; 44 (11): 659-666.

Cogollo-Milanés Z, De La Hoz-Restrepo F. Cigarette smoking and the risk of high-school students becoming dependent on nicotine. Revista de Salud Pública. 2010; 2 (3): 434-445. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300009

Eriksen, Michael P. [et al.] 5ta Edición., 2015. Sociedad Americana del Cáncer. The tobacco atlas.

US Department of Health & Human Services. Cuadernillo Informe del Cirujano General de los estados Unidos 2010. El humo de tabaco como le afecta. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/consumer_booklet/spanish/pdfs/consumer_sp.pdf

Fassier JB, Lamotr-Bouché M, Sarnin P, Durif-Brucker C, Peron J, Letriliart L, Durand MJ. Le protocole de l'intervention mapping : un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2016; 64 (1), 33-44

Fernández Arias I, García-Vera MP, Sanz J. Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva. Clínica y Salud. 2014; 25(1): 1-10. Disponible en: http://cylsa.elsevier.es/es/cuanta-mas-psicologia-mejor-eficacia/articulo/S1130527414700222/#.V7l6E_nhDIU

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.

Gómez Torres Z, Romero Colino L, Castilla Baylo C, de la Torre Iglesias VM, García-Vera MP, Sanz J. Combinación de terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina para dejar de fumar: utilidad clínica y papel de las técnicas de exposición. Póster presentado en la IV Reunión Anual de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud, La Manga del Mar Menor (Murcia), 21 y 22 de octubre 2005.

Juárez-Jiménez MV, Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A, Moreno-Corredor A. Characteristics of smoking, nicotine dependence and motivation for change in specialists training in health sciences (residents) in Andalusia (Spain). SEMERGEN. 2015; 41(6). Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-sumario-vol-41-num-06-13022379>



Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC -, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD - de la

Organización de los Estados Americanos - OEA -, y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia – INL. Informe Final. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 2013.

Organización Mundial de la Salud. Strengthening Health Systems for treating tobacco dependence in primary care. Part 1: Training for policy, 2013.

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Tabaco. Nota Descriptiva N° 339, 2015 Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/Posada-Villa J, Cheng HG, Martins SS, Storr CL, Aguilar-Gaxiola SA, Anthony JC. The tobacco dependence dimension in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2011;29\(1\):52–6](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/Posada-Villa J, Cheng HG, Martins SS, Storr CL, Aguilar-Gaxiola SA, Anthony JC. The tobacco dependence dimension in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2011;29(1):52–6)

Organización Mundial de la Salud. Tools for Advancing Tobacco Control in the XXI st century: POLICY RECOMMENDATIONS FOR SMOKING CESSATION AND TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE. Tools for public health, 2003

Omar Shafey... [et al.] 3ra Edición., 2009. Sociedad Americana del Cáncer. El Atlas del Tabaco.

Pichon-Riviere A, Bardach A, Alcaraz A, Caporale J, Augustovski F, Peña Torres E, Osorio D, Pérez Acevedo J, Gamboa Garay O, Gamboa Garay C. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Colombia. Documento Técnico IECS N° 9. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Noviembre de 2013 (www.iecs.org.ar).

Rodríguez Ibáñez ML, Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML, Barrio Gamarra JL, Herrero Labarga I, Rubio Gutiérrez A. Dependencia nicotínica, patologías concomitantes y cese del tabaquismo. SEMERGEN, 2004; 30(3). Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-dependencia-nicotinica-patologias-concomitantes-cese-13058571>

Rodríguez I, Londoño C. El Proceso de Adopción de Precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios, Acta Colombiana de Psicología, 2010; 13 (1): 79-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79815637007.pdf>

Rodrigo Córdoba-García e Isabel Nerín de la Puerta. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria?. Med Clin (Barc) 2002;119(14):541-9

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2016.



Goniewicz ML, Boykan R, Messina CR, Eliscu A, Tolentino J. High exposure to nicotine among adolescents who use Juul and other vape pod systems ('pods'). *Tob Control*. 2018 Sep 7. pii: tobaccocontrol-2018-054565.

Cruz TB, McConnell R, Low BW, et al. Tobacco Marketing and Subsequent Use of Cigarettes, E-Cigarettes, and Hookah in Adolescents. *Nicotine Tob Res*. 2019;21 (7):926-932.

Jenssen BP, Boykan R. Electronic Cigarettes and Youth in the United States: A Call to Action (at the Local, National and Global Levels). *Children (Basel)*. 2019 Feb 20;6 (2). pii: E30.

Chen-Sankey JC, Unger JB, Bansal-Travers M, Niederdeppe J, Bernat E, Choi K. E-cigarette Marketing Exposure and Subsequent Experimentation Among Youth and Young Adults. *Pediatrics*. 2019;144 (5):e20191119.

Chen-Sankey JC, Kong G, Choi K. Perceived ease of flavored e-cigarette use and e-cigarette use progression among youth never tobacco users. *PLoS One*. 2019;14(2):e0212353. Published 2019 Feb 27. doi:10.1371/journal.pone.0212353

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General. Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health; Washington, DC, USA: 1988.

Collaco JM, McGrath-Morrow SA. Electronic Cigarette Exposure and Use Among Pediatric Populations. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*. 2018 Apr;31(2):71-77.

Sistemas electrónicos de administración de nicotina y sistemas similares sin nicotina. Informe de la OMS, Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Séptima reunión, Delhi (India), 7-12 de noviembre de 2016. Punto 5.5.2 del orden del día provisional, FCTC/COP/7/11. Agosto de 2016.

Seijas D. Terapia combinada para el control de la dependencia a nicotina. *Rev. chil. enferm. respir*. [online]. 2017, vol.33, n.3, pp.216-218.

Referencia: Becerra N, García-Padilla P. Terapia de remplazo nicotínico asociada con reducción gradual del consumo de cigarrillos como estrategia de cesación de tabaco. Reporte de caso. *Univ Med*. 2018;59(1):1-6

U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General— Executive Summary. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2020.

Guías Práctica Clínica consultadas:

- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health & Office on Smoking and Health (OSH). Pharmacologic Smoking Cessation



Interventions for Patients with Cardiovascular Conditions: A Review of the Safety and Guidelines; 2012. Disponible en <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/may-2012/RC0352%20Smoking%20Cessation%20Cardio%20Final.pdf>

- Canadian Agency for Drugs and Therapies in Health. Smoking Cessation Interventions for Youth: Clinical Evidence and Guidelines; 2012. Disponible en <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/feb2012/RB0462%20Smoking%20Youth%20Final.pdf>
- Canadian Agency for Drugs and Therapies in Health. Smoking Cessation Interventions for Pregnant Women and Mothers of Infants: A Review of the Clinical Effectiveness, Safety, and Guidelines; 2012. Disponible en <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/mar2012/RC0329%20Smoking%20Cessation%20Final.pdf>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Best practices for comprehensive tobacco control programs; 2014. Disponible en http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf
- NICE technology appraisal guidance. Varenicline for smoking cessation; 2011. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ta123/chapter/1-Guidance>
- NICE guidelines. Stop smoking services; 2012. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph10/chapter/4-Recommendations>
- NICE guidelines. Smoking: workplace interventions; 2007. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ph5>
- NICE guidelines. Smoking prevention in schools; 2010. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ph23>
- NICE guidelines. Smoking: brief interventions and referrals; 2006. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph1>
- NICE guidelines. Cardiovascular disease: identifying and supporting people most at risk of dying early; 2015. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph15>
- NICE guidelines. Behaviour change: individual approaches; 2014. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph49>
- NICE guidelines. Behaviour change: general approaches; 2007. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph6/chapter/3-Recommendations#planning>
- NICE technology appraisal guidance. (2007). Varenicline for smoking cessation. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ta123/chapter/1-Guidance>
- NIDA. Adicción al tabaco; 2002. Disponible en <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/hay-tratamientos-eficaces-para-la-adiccion-al-tabaco>
- NIDA & Agency of health care research and quality. Treating Tobacco Use and Dependence Guidelines; 2002. Disponible en http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelinesrecommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf



- NPS Medicine Wais. Varenicline (Champix) for smoking cessation – changed note to restriction; 2014. Disponible en <http://www.nps.org.au/publications/health-professional/nps-radar/2014/october-2014/brief-item-varenicline>
- RACGP. Supportive smoking cessation: guide for professionals; 2014. Disponible en <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/smoking-cessation/behavioural-and-advice-based-support-for-smoking-cessation/group-or-individual-counselling/>
- Region of Peel. Work intervention in smoking cessation; 2013. Disponible en <http://www.peelregion.ca/health/library/pdf/Workplace-Interventions-for-Smoking-Cessation.pdf>