

**Guía de Práctica Clínica
Nacional
de Tratamiento de la
Adicción al Tabaco**

actualización

2020

Argentina

Recomendaciones basadas en la
evidencia científica

PRELIMINAR PARA REV.

Autoridades Nacionales

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Ángel Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Dr. Juan Manuel Castelli

Directora Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

Dra. María Graciela Abriata

Equipo Elaborador

El equipo elaborador fue conformado por profesionales del Programa Nacional de Control del Tabaco (PNCT) de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles (DINAIENT).

COORDINACIÓN GENERAL Y METODOLÓGICA: Brunilda Casetta. Médica, Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Magister en Efectividad Clínica (UBA). Maestría en Planificación y Evaluación de Políticas Públicas, Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Maestría en Educación Médica, Universidad Nacional de Tucumán (UNT) e Instituto Universitario CEMIC (IUC).

Experto en Metodología: Alejandro J. Videla. Médico, Universidad Nacional de Cuyo (UNCUYO). Especialista en Clínica Médica y Neumonología. Egresado del *Methods in Epidemiologic, Clinical and Operations Research (MECOR)*, *American Thoracic Society*. Maestría en Efectividad Clínica (UBA).

En el rol de expertos temáticos y potenciales usuarios:

Natalia Gospodinoff. Médica (IUC). Especialista en Medicina Familiar. Médica del servicio de Medicina Familiar del CEMIC. **Betina Forno.** Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar y General. **Mariano Bertoncini.** Médico (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Miembro del Servicio de Medicina Familiar y del Programa de Control de Tabaco (GRANTAH) del Hospital Italiano de Buenos Aires. **Brunilda Casetta y Alejandro J. Videla.**

Panel Interdisciplinario de Consenso

Se conformó un panel interdisciplinario de consenso con veinticinco expertos y potenciales usuarios provenientes de diversas profesiones, sociedades científicas, instituciones y puntos del país.

Se convocó a: Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR), Asociación Argentina de Tabacología (AsAT), Asociación de Toxicología Argentina (ATA), Federación Argentina de Cardiología (FAC), Federación Argentina de Enfermería (FAE), Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG), Federación Argentina de Medicina General (FAMG), Fundación Interamericana del Corazón (FIC), Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), Sociedad Argentina de Medicina (SAM), Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Unión Antitabáquica Argentina (UATA).

(Orden alfabético)

ALCHAPAR, RAMÓN ÁNGEL. **Representante de la Unión Antitabáquica Argentina (UATA)**. Médico. (UNCUYO). Neumólogo. Especialista en Docencia Universitaria y Medicina Legal. Docente de Neumonología en Facultad de Ciencias Médicas UNCUYO. Ex Jefe de Servicio del Htal. Lencinas de Mendoza. Ex Presidente de la AAMR y de la Sociedad de Neumonología de Mendoza.

ANGEL, ADRIANA. **Representante de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)**. Médica (Universidad Nacional de Córdoba). Cardióloga Universitaria Universidad del Salvador. Jefe del Departamento de Enfermedad Cardiovascular del Hospital Militar Central "Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich" (Ciudad Autónoma de Buenos Aires -CABA-). Coordinadora Docente Sanatorio Santa Clara (CABA). Miembro Titular de la SAC.

BORRAJO, CRISTINA. **Representante de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR)**. Médica neumóloga. Miembro de la AAMR. Ex coordinadora de la Sección Tabaquismo de la AAMR. Ex Directora del Departamento de Tabaquismo Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT).

BULJUBASICH, DANIEL. **Representante de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR)**. Médico (Universidad Nacional de Rosario). Neumólogo del Hospital Español de Rosario.

CARDENAS, MARCELO. **Representante de la Federación Argentina de Enfermería (FAE)**. Jefe de Enfermería e Integrante del Comité de Docencia e Investigación del Área Sanitaria Rivadavia, Mendoza. Especialidad en Enfermería Comunitaria y en Gestión y Administración en Servicios de Salud (Universidad del Aconcagua). Posgrado en Salud Social y Comunitaria (UNCUYO), Posgrado en Coaching (UNCUYO).

CASSONE, JULIETA. **Representante de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT). Presidente**. Médica (UBA). Especialista en Psiquiatría. Coordinadora del Área de Cesación Tabáquica Fundación Foro para la Salud Mental.

CHILELLI, ESTEBAN. **Representante de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)**. Médico (UBA). Especialista en medicina interna. Sanatorio Modelo de Caseros, servicio de clínica ambulatoria.

CORTESE, SILVIA. **Representante de la Asociación de Toxicología Argentina (ATA)**. Médica (UBA). Especialista en Terapia Intensiva y Toxicología. Magíster en Prevención de Conductas Adictivas (Universidad Internacional Valencia, España). Jefa de la Unidad de Toxicología Clínica y Consumo Problemático de Sustancias, Hospital Fernández. Jefa Toximed Servicio Privado Asistencia en Toxicología. Titular Cátedra Toxicología Facultad Medicina Universidad Católica Argentina.

DE LA IGLESIA, MARIA INES. **Representante de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT). Vicepresidente 2da**. Lic. en Psicología (Universidad del Salvador) Docente titular Universitaria.

DI GIANO, CESAR ALBERTO. **Representante de la Unión Antitabáquica Argentina (UATA)**. Especialista jerarquizado en Neumología. Máster en adicciones. Expresidente de la UATA. Ex Director del Centro Provincial de Adicciones de City

Bell de la Provincia de Buenos Aires. Ex responsable del Programa Provincial de Control de la Tuberculosis del Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires.

DI LORETTO, MIRIAM. Licenciada en enfermería (Universidad Abierta Interamericana -UAI-). Principal de enfermería de Medicina Interna del Hospital Universitario Fundación Favaloro. Profesora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Favaloro. Integrante del Programa para Dejar de Fumar de la Fundación Favaloro.

GAITAN, CRISTINA GRACIELA. **Representante de la Unión Antitabáquica Argentina (UATA). Presidente.** Médica Especialista en Neumonología (UBA). Especialista en Alergia (Colegio Médico Pcia. Bs. As. Distrito II). Especialista en Organización y Administración Hospitalaria (Colegio Médico Pcia. de Bs. As. Distrito II). Ex Presidente de la Sociedad de Neumonología de la Pcia. de Buenos Aires.

GOITIA, FERNANDO. **Representante de la Federación Argentina de Medicina General (FAMG).** Médico Generalista. Director del Centro de Salud y Coordinador del Taller integral e interdisciplinario de Cesación Tabáquica del Centro de Salud Dr. Salvador Abudara de General Pico, Provincia de La Pampa. Delegado por la Asociación Pampeana de Medicina General y Familiar y Equipos de Salud.

KRISKOVICH JURÉ, JORGE OSCAR. **Representante de la Federación Argentina de Cardiología (FAC).** Médico (Universidad Nacional del Nordeste). Especialista en Cardiología y en Medicina del Deporte. Coordinador de Cesación Tabáquica del Departamento de Prevención Cardiovascular del Instituto de Cardiología de Corrientes "J.F. Cabral".

LUCERO, DARIO. **Representante de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG).** Médico (Universidad Nacional de Córdoba). Especialista en Medicina Familiar y General. Miembro del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Príncipe de Asturias, Córdoba. Miembro de la Asociación Cordobesa de Medicina Familiar.

LÜHNING, SUSANA. **Representante de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR).** Especialista en Neumonología y Clínica Médica. Docente Universitaria (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba - UNC-). Expresidente de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR).

PACHAME, JORGE. Médico Clínico y de Terapia Intensiva (UBA). Responsable del Consultorio de Cesación Tabáquica para embarazadas del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Integrante del Panel Interdisciplinario de Consenso de la GPC Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2011. Experto participante en otras GPC.

PAYASLIAN, SILVIO. **Representante de la Sociedad Argentina de Medicina (SAM).** Médico Especialista en Medicina Interna (UBA), Docente Adscripto de la UBA. Ex Coordinador del Programa Antitabaco de Swiss Medical Group, Miembro de la Comisión Directiva de la SAM.

PIZARRO, María Elisabet. **Representante de la Fundación Interamericana del Corazón Argentina (FIC Argentina). Codirectora Ejecutiva.** Médica Neumóloga. Jefa del Servicio de Neumonología del Sanatorio Julio Méndez, Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires (ObsBA).

QUATRINNI, GLORIA. **Representante de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG).** Médica Especialista en Medicina General y de Familia (Universidad Nacional de Córdoba). Docente del Departamento de Medicina Familiar (Facultad de Ciencias Médicas, UNC). Miembro de la Asociación Cordobesa de Medicina General y de Familia.

REGUEIRA, GABRIELA. **Representante de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT).** Psicóloga (Universidad del Salvador). Miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT).

SALIM, FELIX MAXIMILIANO. **Representante de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).** Médico Neumólogo Infantil. Médico del Servicio de Neumonología del Hospital Nacional de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan. Miembro del Comité de Neumonología de la SAP.

SENATORE, GABRIELA. **Representante de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT).** Médica (UBA). Especialista en Clínica Médica. Experta en Tabaquismo por la Sociedad Española de Neumonología y Cirugía Torácica (SEPAR), España. Expresidente y miembro titular de la AsAT.

TOMASSONE, ANDRES. **Representante de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG).** Médico (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Médico Asociado al Servicio de Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro del Programa Antitabáquico del Hospital Italiano de Buenos Aires (GRANTAH). Miembro de la Comisión Antitabáquica de la FAMFyG.

ZANUTTO, ANA MARÍA. **Representante de la Unión Antitabáquica Argentina (UATA). Vicepresidente.** Licenciada en Servicio Social. Experta en Tabaquismo (SEPAR. España). Jefe del Servicio de Cesación Tabáquica del Sanatorio "Dr. Julio Méndez".

Redacción

Brunilda Casetta, Alejandro J. Videla, Betina Forno y Natalia Gospodinoff.

Revisión general del documento

Mario Virgolini. Coordinador del Programa Nacional de Control del Tabaco.

Revisión externa (Anexo 6)

en proceso

(Orden alfabético)

Revisión externa federal sobre aplicabilidad de las recomendaciones

Participaron a través de sus referentes en el tema las provincias de: **en proceso**

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) se presenta como un documento matriz y de consulta a partir del cual se desarrollan versiones abreviadas, otros aplicativos de implementación, materiales para pacientes y diseño de actividades para los talleres.

La misma presenta los aspectos más relevantes de los marcos de traspaso, de la evidencia a la recomendación, que tuvo en cuenta el panel para definir la fuerza y dirección de cada recomendación.

Este y todos los materiales derivados de la guía son de acceso y uso libre, citándolos adecuadamente, y estarán disponibles en la página web www.argentina.gob.ar, www.msal.gov.ar/tabaco o solicitándolos a controldetabaco@msal.gov.ar.

*Modo de citar la presente GPC: Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2020. Buenos Aires, Argentina. Ed. 2021. **ISBN en proceso.***

Tabla de Contenidos

Definiciones/glosario

Fundamentación

Importancia del tema

Propósito y objetivo de la Guía

¿Por qué y para qué una GPC?

Actualización

Metodología empleada

Recomendaciones generales: R1 a R36

Recomendaciones para etapas y grupos particulares de personas que fuman

Niños, niñas y adolescentes: R37 a R38

Embarazadas: R39 a R42

Padecimientos mentales: R43 a R44

Internados, cirugías, EPOC, cardiológicos, oncológicos y VIH: R45 a R50

Tablas de resumen de hallazgos (en documento aparte)

Anexo 1. Evidencia que sustenta las recomendaciones

Anexo 2. Estrategias para facilitar la aplicación de las recomendaciones

Anexos metodológicos

Bibliografía

Definiciones/Glosario

ALH: ambientes libres de humo de tabaco.

Alta dependencia: se aplica a las personas que fuman más de 20 cig/día y a quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse.

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.

CO: monóxido de carbono. **COexh:** Monóxido de carbono exhalado. Se mide en ppm (partes por millón).

Consejería (Counseling): guía psicológica y asesoramiento práctico, en el que se entrena a los fumadores a identificar y afrontar los eventos y problemas que se relacionan con fumar o con riesgo de recaída (ej: anticipar situaciones estresantes, emplear estrategias de relajación y otras)[1].

Craving: manifestación intensa del síndrome de abstinencia. Es el deseo imperioso de fumar que se percibe como difícil de refrenar. Lo padecen más del 80% de los fumadores después de 8 a 12 horas sin fumar. Se relaciona con la tasa de recaída.

Día D: fecha propuesta para dejar de fumar.

ENT: enfermedades no transmisibles (principalmente enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y neoplasias).

ECVM: eventos cardiovasculares mayores, principalmente se refiere a infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y mortalidad de causa cardiovascular.

Formatos de asistencia: tipos de intervención que se proveen al fumador como ayuda. Incluyen la intervención breve, la atención intensiva individual o grupal, la asistencia telefónica, el tratamiento de modificación de la conducta, materiales escritos, páginas web y otros.

Fumador adulto: toda persona de 18 años o más que fuma todos o algunos días (OMS)[2].

Fumador adolescente: fumador frecuente: jóvenes que han fumado por lo menos en 20 de los 30 días anteriores a la encuesta; **alguna vez fumadores:** jóvenes que alguna vez han fumado (aunque sea una o dos bocanadas); **fumadores:** jóvenes que han fumado por lo menos una vez en los treinta días anteriores a la encuesta [2].

Humo ambiental de tabaco (HAT): constituido por humo de la corriente central (principal) que es la que inhala-exhala el fumador y la corriente lateral que se desprende del cigarrillo (7000 sustancias identificadas).

Intervención: hace referencia a un abordaje, acción o programa –mayor al sólo consejo- y que se extiende a más de una oportunidad de contacto. Se distinguen según la duración de cada contacto en: **Intervención Mínima:** menos de 3 minutos; **Intervención Breve:** entre 3 a 10 minutos; e **Intervención Intensiva:** más de 10 minutos.

OMS: organización mundial de la salud.

OMS-MPOWER: sigla que comprende seis estrategias del Convenio Marco de la OMS de Control del Tabaco (OMS-CMCT), con fuerte evidencia para la reducción del consumo de tabaco y de la mortalidad. **MONITOREAR** el uso del tabaco y las políticas de prevención; **PROTEGER** a la gente del humo del tabaco; **OFRECER** ayuda para dejar de fumar; **WARN** (ALERTAR) sobre los daños del tabaco; **ENFORCE** (ENDURECER) las prohibiciones de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; **RAISE** (AUMENTAR) los impuestos.

R: recomendación.

REx: recomendaciones extrapoladas de otras GPC o documentos elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación.

Tasa de cesación (o de abstinencia): porcentaje o proporción de personas que consiguen no fumar por un tiempo determinado. **Tasa de cesación continua:** el fumador está sin consumir tabaco desde el día D. **Tasa de cesación 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 desde un “periodo de gracia” (ej. 15 días después de la fecha de abandono y su evaluación final)[3]. En los ensayos clínicos, suele avalarse por validaciones biológicas, entre ellas la determinación de COexh cuyos valores deben ser menores a 10 ppm de CO en aire espirado[3,4].

Terapia o apoyo comportamental o acompañamiento para el cambio del comportamiento: es la consejería que abarca todo apoyo no farmacológico destinado a ayudar a dejar de consumir tabaco. Incluye impartir conocimientos acerca del consumo y dependencia, prestar apoyo, enseñar técnicas y estrategias para modificar el propio comportamiento[1].

Terapia Cognitivo-Comportamental: abordaje psicoterapéutico dirigido a identificar y modificar estilos de pensamiento negativos, defectuosos o distorsionados y las conductas maladaptativas asociadas a dichos estilos de pensamiento.

TRN: terapia de reemplazo nicotínico (parches, chicles, comprimidos dispersables y espray nasal).

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

La presente publicación fue escrita usando mayormente el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga gráfica que implica indicar los diferentes géneros en cada nominación. Por favor, léase esto sólo como una simplificación gráfica, ya que promovemos la igualdad de género en todas sus manifestaciones. Asimismo, si bien usamos mayoritariamente “persona”, para referirnos a la persona que fuma o de modo más simplificado aún como “fumador” y en ocasiones, utilizamos el término “paciente” para facilitar la comprensión y hace referencia a sus derechos en relación con los profesionales e instituciones de salud enmarcados en la ley 26.529/09.

Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2020:

Fundamentación

La presente Guía Nacional es la actualización de su versión precedente de 2011. Ha sido impulsada y realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en el Marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, y de los lineamientos del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica [5–7].

El Programa Nacional de Control de Tabaco elaboró en 2005 la primera Guía para orientar el desarrollo de la cesación tabáquica en todo el país [8]. En 2011, amplió su alcance y objetivos a poblaciones de interés como embarazadas y situaciones clínicas particulares y se introdujo la metodología *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)[9].

En estos tres lustros, la guía fue diseminada a nivel de todo el país, con capacitaciones al equipo de salud particularmente en el primer nivel de atención, a equipos de facultades de Medicina y otras de temas vinculados a la salud, como también a decisores en salud.

A partir de la versión previa, se realizaron tanto la guía breve como guías rápidas destacando aspectos particulares de la atención de personas internadas, personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), padecimientos mentales, enfermedad cardiovascular, portadores de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), embarazo y sobre cigarrillo electrónico [10–16].

Asimismo, sus recomendaciones integraron un capítulo del Manual de atención integral de las personas adultas en el primer nivel de atención de la Dirección Nacional de Enfermedades No Transmisibles (DNAIENT), como también están integradas a todas las GPC desarrolladas desde la misma Dirección de modo integral o como recomendaciones extrapoladas (REx) [17–19].

Materiales de implementación de la GPC Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco

Guía breve, guías de lectura rápida (cigarrillo electrónico, mujeres embarazadas, personas internadas o con patología oncológica, cardíaca crónica, EPOC, etc.), Manual de abordaje integral del tabaquismo, capítulo del Manual de atención integral de las personas adultas en el primer nivel de atención y para los pacientes/autoayuda el Manual para dejar de fumar.

Curso en línea de abordaje integral de tratamiento del tabaquismo.

Importancia del tema

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de muerte, que produce 8 millones de defunciones anuales, lo que representó 100 millones de muertes durante el siglo XX y se estima que llegará a 1.000 millones en el siglo actual, a menos que se tomen medidas muy severas. A esas cifras se le suman millones de enfermos y de personas con discapacidad en el mundo, afectadas por el tabaco. En Argentina el tabaco produce unas 45.000 muertes anuales (14% de todas las muertes), la mayoría por cáncer, enfermedad cardiovascular, EPOC, neumonía y ACV. Entre ellas, unas 5.000 personas son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Además el consumo de tabaco produce en nuestro país que aproximadamente 19.000 personas enfermen cada año de cáncer, 33.000 de neumonías, 11.000 sufran accidentes cerebrovasculares, 61.000 con enfermedad cardiovascular, y más de 100.000 personas con EPOC. A ello se suma un enorme costo médico directo, que alcanza en forma anual a más de \$196 mil millones (año 2020), un costo de productividad laboral perdida superior a los \$91 mil millones, y costos de cuidado informal de más de \$75 mil millones. En total, los costos del tabaquismo equivalen a más del 1,2% del producto bruto interno (PBI) de nuestro país.¹

Tal es la magnitud del problema, que los gobiernos establecieron en el año 2003 el primer tratado mundial de salud pública bajo los auspicios de la OMS, de modo de contrarrestar con un enfoque integral y un abordaje global, las estrategias de las industrias multinacionales del tabaco. Así el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) se puso en vigencia en el año 2005 y ya cuenta con más de 190 Estados Partes. Argentina a la fecha todavía no lo ha ratificado, a pesar de muchos intentos por parte del gobierno y de la sociedad civil. El CMCT establece un paquete de medidas efectivas para controlar la epidemia de tabaco, como son los ambientes 100% libres de humo, la prohibición completa de publicidad,

¹ Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. La importancia de aumentar los impuestos al tabaco en Argentina. Palacios A, Bardach A, Casarini A, Rodríguez Cairoli F, Espinola N, Balan D, Perelli L, Comolli M, Augustovski F, Alcaraz A, Pichon-Riviere A. Dic. 2020, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: www.iecs.org.ar/tab

promoción y patrocinio, el etiquetado con advertencias gráficas, las campañas de comunicación, los aumentos de precios e impuestos al tabaco, el combate al comercio ilícito de productos de tabaco, la regulación de contenidos, y la promoción del abandono.

Incrementar el abandono del tabaco en los adultos es de vital importancia para mejorar la salud pública y reducir la mortalidad a corto y medio plazo. Las medidas destinadas a persuadir a los jóvenes de que no empiecen a fumar no tendrán efecto en la mortalidad hasta que alcancen la mediana edad, mientras que los fumadores adultos están mucho más cerca de desarrollar una enfermedad grave relacionada con el tabaquismo. Para promover el abandono existen políticas efectivas, tales como precios altos mediante impuestos, restricciones para fumar en lugares públicos; advertencias sanitarias y campañas de comunicación; y complementariamente, medidas diseñadas para ayudar a los fumadores que ya están motivados para dejar de fumar.²

Apoyar a los fumadores para que dejen de fumar forma parte de la agenda sanitaria mundial

El CMCT incluye en su artículo 14 la obligación de los gobiernos de establecer medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco. Tras la Declaración política sobre enfermedades no transmisibles (ENT) adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2011, la OMS desarrolló nueve metas mundiales para reducir la mortalidad mundial por las cuatro principales ENT. El objetivo acordado para el control del tabaco es una reducción relativa del 30% en la prevalencia del consumo de tabaco actual (diario y ocasional) en personas de 15 años o más entre 2010 y 2025, que fue respaldada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013. Para lograr este objetivo, es esencial no sólo prevenir la iniciación de tabaco, sino garantizar que más fumadores dejen de fumar. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) refuerzan la necesidad de que todos los países actúen de manera decisiva para reducir el consumo de tabaco, requiriendo, como meta específica, el fortalecimiento de la aplicación del CMCT.³

Hoy en día, existen varias intervenciones altamente efectivas y económicas para ayudar a las personas a dejar de fumar, como las intervenciones presenciales del equipo de salud y las líneas telefónicas de ayuda. La situación de pandemia en 2020, con los consecuentes riesgos para los fumadores y las restricciones a la movilidad, pusieron de relieve la necesidad de alcanzar a más personas mediante intervenciones a distancia usando diferentes tecnologías de comunicación.

La presente guía, herramienta de gran utilidad para los equipos de salud, forma parte de la estrategia nacional destinada a fortalecer los servicios de salud y aumentar las tasas de abandono del consumo de tabaco en nuestro país.

² World Health Organization. WHO European Strategy for Smoking Cessation Policy. Revision 2004.

³ WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.

Propósito y Objetivo de la Guía

Esta Guía tiene como **propósito** contribuir a la disminución de la prevalencia nacional de personas que fuman y/o consumen algún producto del tabaco, al facilitar al equipo de salud, las herramientas necesarias para intervenir en la recuperación de la dependencia al tabaco.

El **objetivo general** es proveer al equipo de salud, recomendaciones acerca de tratamientos a aplicar para ayudar a dejar de fumar, basadas en evidencia de la mejor calidad disponible y adaptada al marco local.

Los **objetivos** son:

- 1) Facilitar que todos los integrantes del equipo de salud tengan acceso a las herramientas adecuadas para apoyar el proceso de recuperación de la dependencia al tabaco.
- 2) Proveer las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible de efectividad de los tratamientos para dejar de fumar.
- 3) Adaptar dicha evidencia al marco local, a fin de incrementar la factibilidad y aplicabilidad de las recomendaciones.

Así, la presente Guía de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, **es una guía de terapéutica clínica** en la que se desarrolla el abordaje de intervenciones eficaces para todas las personas que fuman, ya sea que estén o no, preparadas para dejar de fumar.

Los **usuarios de la guía** (lectores) son todos los integrantes del equipo de salud y responsables de la atención telefónica del fumador; estudiantes de grado de todas las carreras vinculadas a la salud; promotores y educadores para la salud; proveedores, administradores y financiadores de servicios de salud; y funcionarios de la salud pública.

La **población beneficiaria** (población diana) de estas recomendaciones son todas las personas que fuman, incluyendo grupos de personas en etapas especiales (adolescentes, embarazadas), o con situaciones clínicas particulares como pacientes internados, personas con enfermedad cardíaca, respiratoria, o con padecimientos mentales, entre otros.

El enfoque es **interdisciplinario** acorde a la complejidad del tema y está concebida como una guía de Salud Pública que prioriza la aplicabilidad a la realidad nacional.

Esta GPC **no cubrirá** los siguientes aspectos:

- Tratamiento farmacológico de tabaco no fumado.
- Incentivos financieros para la cesación.
- Estrategias de reducción de riesgo/daño.
- Consumo de otras sustancias adictivas fumables.

¿Por qué y para qué una GPC?

Una GPC es un conjunto de recomendaciones, desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible, cuyo propósito es facilitar al equipo de salud y a los pacientes a tomar decisiones respecto a los cuidados de salud más apropiados para circunstancias clínicas específicas[7][6]. Su objetivo es intentar minimizar la variabilidad inadecuada de la práctica y en consecuencia mejorar los resultados clínicos obtenidos. La variabilidad inadecuada en la práctica clínica se refiere a evaluar o tratar de distinta manera a personas con condiciones similares, dando como efecto la sobre o la subutilización de recursos y la exposición de pacientes similares a evaluaciones o tratamientos de variada y distinta eficacia o a riesgos o costos innecesarios.

Con el propósito de disminuir esta variabilidad, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina elabora GPC de alto rigor metodológico, adaptadas al contexto local, que contribuyen a mejorar la seguridad de los pacientes, reducir retrasos diagnósticos y evitar daños del sobrediagnóstico y sobretratamiento.

Las GPC constituyen verdaderas herramientas de mejoramiento de la calidad de atención cuando su elaboración es resultado de un proceso interdisciplinario, con rigurosidad metodológica e independencia editorial, y con consenso interno y externo. Así, una GPC colabora en reducir el uso de intervenciones innecesarias, ineficaces o dañinas, en facilitar el tratamiento de los pacientes con el máximo beneficio y en disminuir al mínimo el riesgo de daño, a la vez que orienta sin sustituir el juicio clínico del profesional actuante en cada caso.

Actualización

Esta guía será revisada dentro de los 5 años de su realización o cuando la actualización de la evidencia justifique adelantar dicho proceso, acorde a los estándares del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, en consonancia con los lineamientos de la metodología GRADE.

Metodología empleada para el desarrollo/actualización de la Guía (figura 1 y anexos metodológicos).

La presente guía se realizó mediante el mecanismo de adaptación de guías, que se enmarca en los estándares metodológicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y del sistema GRADE.

El panel interdisciplinario de consenso se conformó con representación de diversas profesiones, especialidades, sociedades científicas y regiones del país, quienes firmaron una declaración para la valoración de potenciales conflictos de intereses.

Revisados los alcances y objetivos de la GPC 2011, las preguntas clínicas que contienen los aspectos paciente/problema, intervención, comparación, *outcome*/resultado o desenlace, fueron valoradas por el panel como de relevancia para ser respondidas en la actualización.

La búsqueda bibliográfica se realizó en forma independiente por dos expertos con período de búsqueda desde 2015. La calidad de las nueve GPC identificadas fue ponderada por dos evaluadores para los veintitrés criterios de la Colaboración AGREE (*Appraisal of Guidelines Research Evaluation*). Se construyó una grilla *adoption* que considera aspectos que facilitan la adopción/adaptación de las GPC. Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas y metaanálisis para cada intervención y una búsqueda de preferencias de los pacientes. Se elaboraron síntesis narrativas y tablas que resumen los hallazgos denominadas tablas SoF del inglés *summary of findings*.

Las recomendaciones se elaboraron como respuesta a las preguntas clínicas conforme a un marco de valor por el cual se realiza el traspaso de la evidencia a la recomendación (del inglés "*Evidence to Decision*" -EtD-). En el marco implementado, cada recomendación fue evaluada en relación a la calidad de la evidencia que la sustenta; el balance entre los beneficios y los riesgos; la aceptación de los pacientes, el impacto en los recursos y la factibilidad de implementación para así quedar conformada la fuerza y dirección de las mismas.

La valoración de cada criterio se realizó por consenso formal por vía virtual, dado el contexto de la pandemia COVID-19, desde septiembre a diciembre finalizando con una reunión plenaria por vía virtual, el 21 de diciembre de 2020. En cuanto a las recomendaciones claves, fueron conservadas las seleccionadas en la versión previa.

El equipo elaborador realizó la evaluación de los factores intrínsecos a la redacción de las nuevas recomendaciones para evaluar facilitadores o barreras para su aplicación con el instrumento GLIA (*GuideLine Implementability Appraisal*). El proceso se completó con la revisión externa de líderes de opinión, público general y referentes provinciales de control del tabaco.

Figura1. Proceso de elaboración/actualización de la guía

Conformación del equipo elaborador Conformación del panel interdisciplinario de consenso		
Revisión de alcances y objetivos	Revisión de preguntas clínicas	Declaración de potenciales conflicto de interés
Búsqueda exhaustiva de evidencia: GPC y RS-MA		
Calidad guías: AGREE	Concordancia guías: ADOLOPMENT	Tablas de resumen de hallazgos (SoF)
Marco de traspaso de la evidencia a las recomendaciones: calidad de evidencia, balance entre beneficios y riesgos, preferencias de los pacientes, costos y factibilidad en la aplicación		
Valoración de la fuerza y dirección de las R. Consenso formal	Apropiabilidad de las R condicionales	Implementabilidad GLIA
50 recomendaciones finales		
Revisión externa por expertos y revisión general		Actualización de los aplicativos y capacitaciones

PRELIMINAR PARA REVISIÓN EXTERNA

Recomendaciones

Las recomendaciones claves se señalan con un asterisco (*) junto a la numeración.

Es importante resaltar que tanto los usuarios como los destinatarios nunca deberían ver las recomendaciones como obligación. Incluso las recomendaciones fuertes basadas en evidencia de alta calidad no se aplicarán a todos los pacientes ni en todas las circunstancias[7].

Las modificaciones principales en las recomendaciones en la presente actualización son:

- Unifica algunas recomendaciones sobre el mismo aspecto y desdobra otras para dar mayor visibilidad a algunas intervenciones.
- Explicita la función de los odontólogos y farmacéuticos en la intervención de cesación.
- Resalta las estrategias de telemedicina e incorpora la teleconsulta y las aplicaciones de teléfonos inteligentes (*Apps*).
- Recomienda en contra de basar la motivación en estudios diagnósticos.
- Incorpora recomendaciones sobre extensión del tratamiento (conductual y farmacológico) ante riesgo de recaída.
- Hace referencia al humo de tercera mano.
- Reordena las recomendaciones de fármacos acorde al nivel de dependencia.
- Explicita las recomendaciones para alta dependencia.
- Incorpora nuevas combinaciones de fármacos en alta dependencia.
- Separa la recomendación de cigarrillo electrónico para destacar la falta de seguridad y la perpetuación de la adicción a la nicotina.
- Muestra la posibilidad de contribuir desde el equipo de salud a la prevención del inicio en niños, niñas y adolescentes.

NOTA SOBRE LA EXPLICITACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LAS RECOMENDACIONES: salvo la necesidad de aclaración de alguna particularidad en ciertas recomendaciones, no se explicitan en todas la población para no redundar ya que son las personas que fuman todos o algunos días.

En las recomendaciones se habla indistintamente de fumar o consumir tabaco. En Argentina el 99% del consumo de tabaco es fumado, mayoritariamente cigarrillos, por lo que se mantuvo la expresión fumar/fumador en la mayoría de las recomendaciones.

RECOMENDACIÓN FUERTE/RECOMIENDA: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

RECOMENDACIÓN CONDICIONAL/SUGIERE: se balancea con menor margen los riesgos y beneficios, o la evidencia no lo muestra con consistencia; la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

N ú m e r o	F U E R T E	TABLA DE RECOMENDACIONES
EVALUACIÓN DEL ESTATUS DEL FUMADOR Y CONSEJO ANTITABÁQUICO BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALUD		
1 *	F u e r t e	Se recomienda interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente (en un lugar visible de la Historia Clínica) ya que esto muy probablemente aumenta la tasa de intervención por parte del equipo de salud y la tasa de cesación.
		<p>COMENTARIO R1: fumador es toda persona que fuma todos o algunos días. El registro de la condición de fumador en la historia clínica, permite que se lo reconozca como un problema de salud e impulsa al equipo sanitario a intervenir. Esta tarea involucra a todo el personal sanitario, comprendiendo también al personal de recepción e informes.</p> <p>El consumo de tabaco en nuestro país es como cigarrillos de paquete en su gran mayoría. Registrar todo consumo de tabaco ya sea cigarrillos de paquete, pipa, pipa de agua, mascado, cigarrillos armados, tabaco calentado, cigarrillo electrónico, etc. Registrar la cantidad de cig/día, cantidad de años que fuma, intentos previos de cese, etc. Registrar si su casa, su ambiente de trabajo, su auto y demás ambientes cerrados son libres de humo (ALH).</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R1: Resumen de hallazgos: (SoF 1) interrogar y registrar el consumo muy probablemente aumente la tasa de intervención por parte del equipo de salud OR 3,1 (IC95% 2,2 a 4,2). Interrogar y registrar el estatus de fumador muy probablemente aumente la tasa de cesación OR 2 (IC95% 0,8 a 4,8). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y que existe un balance claramente positivo de implementar esta recomendación. Cada año más de un 70 % de los fumadores visita al médico y es esencial que estos profesionales estén preparados para intervenir con todos sus pacientes fumadores. Al quedar registrado, cada profesional (de cualquier área) que asiste a la persona tabaquista pueda problematizar el consumo y reforzar la intervención breve en el cese tabáquico. Mejora la provisión de asesoramiento para dejar de fumar y la derivación a servicios de cesación tabáquica. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará ya que ellos están interesados en que se les pregunte por el consumo de productos de tabaco y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de alto impacto y muy bajo costo.</p>

		<p>Consideró también que es fácilmente implementable pero a pesar de ello no se aplica en forma sistemática en la práctica diaria. Por todo ello el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>
2 *	F u e r t e	<p>R2. Se recomienda a todos los profesionales médicos y de enfermería brindar un breve consejo de varios minutos para dejar de consumir tabaco a todas las personas que fuman/consumen tabaco (a diario u ocasional), independientemente de la cantidad, porque este consejo muy probablemente incrementa la tasa de cesación.</p>
		<p>COMENTARIO R2: una vez identificado el fumador, el consejo claro, firme y personalizado, constituye una estrategia asequible y eficaz. Los fumadores reconocen que esta intervención del profesional de la salud tiene una fuerte influencia en su decisión de dejar de fumar. Esta acción demanda poco tiempo e implementada masivamente es de gran impacto sanitario. Es parte del consejo brindar información sobre los beneficios que produce el dejar de fumar, relacionándolo con las condiciones de salud de cada fumador, dar a conocer que existen tratamientos efectivos y utilizar expresiones directas y claras, sin transmitir la sensación de estar juzgando al fumador.</p> <p>“Como tu médico, te aconsejo dejar de fumar. Es la decisión más importante que podés tomar para cuidar tu salud. Muchas personas lo logran diariamente y antes de intentarlo sentían que era imposible. Dejar de fumar rejuvenece. Te vas a liberar de una adicción y a sentirte mejor. Existen tratamientos efectivos para ayudarte a lograrlo. Yo te puedo ayudar (o bien, sé a quien derivarte). Mientras que te terminas de hacer la idea, fuma siempre afuera, no fumes ni en el auto ni en ningún lugar cerrado”.</p> <p>El consejo se dirige a dejar de fumar completamente (y no a fumar menos), ya que es prácticamente imposible controlar su consumo, los beneficios se obtienen al dejar completamente y aun pocos cigarrillos diarios se asocian a importantes riesgos para la salud. También sumar al consejo el respetar siempre los ambientes cerrados (hogar, trabajo, auto, etc.) como libres de humo de tabaco. Los integrantes del equipo de salud que reciben entrenamiento en cesación intervienen más en sus pacientes. Es importante conocer los dispositivos (sitios, lugares o servicios) de cesación a los que es factible derivar (ej. 0800-999-3040).</p> <p>Entre el 97 y el 99% del consumo del tabaco en Argentina es por fumar cigarrillos de paquete.</p> <p>Los fumadores de pocos cigarrillos (menos de 10 por día) y quienes no fuman diariamente corren riesgos significativos para su salud, por lo que es importante identificarlos y aconsejarles dejar.</p> <p>Los lugares de atención de la salud deben ser 100% libres de humo y aerosoles de tabaco o nicotina (ley nacional 26.687) y puede contribuir disponer de folletería en salas de espera y colocación de cartelera de cesación tabáquica en lugares estratégicos.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R2:</p> <p>Resumen de hallazgos: (SoF 2a) el consejo médico muy probablemente aumenta la tasa de cesación RR 1,66 (IC95% 1,42 a 1,94) y (SoF 2b) el consejo, asesoría y estrategias para dejar, provistas por enfermería muy probablemente aumenten la tasa de cesación RR 1,29 (IC95% 1,21 a 1,38). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y que existe un balance claramente positivo de implementar esta recomendación ya que una intervención breve y oportunamente dada por el personal de salud, tiene un efecto poblacional. Es una intervención que no entraña riesgos para la salud y sí aporta beneficios. Resaltó que el personal de enfermería (tanto en el rol educador como asistencial), tiene el mayor contacto con el paciente por lo que cumple un rol fundamental en iniciar la intervención. El panel resaltó que el consejo médico tiene que ser muy claro acerca de que lo mejor que pueden hacer los pacientes por su salud es dejar de fumar y remarcar la importancia de los ALH. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará ya que es bien recibida, entendible y los hace sentir apoyados. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de alto impacto y muy bajo costo. Consideró que es de fácil implementación pero requiere promocionarse constantemente para alcanzar mejores porcentajes de cobertura. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>

3	N U E V A F u e r t e	<p>Se recomienda a todos los profesionales odontólogos y farmacéuticos brindar un breve consejo de varios minutos e intervenciones para dejar de fumar (o consumir tabaco) a todas las personas que fuman, ya que es efectivo para incrementar la tasa de cesación.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R3: Resumen de hallazgos: (SoF 3a) las intervenciones de cesación provistas por odontólogos aumentan la tasa de cesación comparado con la ausencia de la intervención OR 1,74 (IC95% 1,33 a 2,27) y (SoF 3b) las intervenciones breves (consejo y consejería práctica) impartido por farmacéuticos comparado con consejo breve, folletería o cuidado habitual muy probablemente aumente la tasa de cesación RR 2,30 (IC95% 1,33 a 3,97). <i>Calidad global de la evidencia: alta.</i> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y acordó que el beneficio de implementar esta intervención es claramente positivo y multiplicador. Valoró que es necesario que los odontólogos realicen intervención por la frecuencia que las personas los consultan y por el impacto que produce el cigarrillo en la boca (caries precoces, retracción de encías, pérdida del color blanco) resultando fundamental sumar a los odontólogos en consejería e indicación de los tratamientos de cesación tabáquica. El panel también opinó que los farmacéuticos son claves a la hora de informar acerca de la medicación para dejar de fumar y que pueden intervenir por ejemplo cuando le expende fármacos expectorantes y/o mucolíticos de venta libre y que puedan aconsejar y acompañar la medicación de tratamiento. Muchos pacientes acuden al farmacéutico más que al médico para pedir una medicina, por lo cual su consejo será valorado. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará ya que multiplica la receptividad del consejo. El beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de alto impacto y muy bajo costo. Consideró que es de fácil implementación pero requiere de capacitación y promoción del recurso humano. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en definir la fuerza y dirección como fuerte a favor.</p>
4	C o n d i c i o n a l	<p>Se sugiere que al intervenir en cesación se evalúe la motivación, la etapa del proceso de cambio, las preferencias, las circunstancias y las necesidades de la persona; y utilizar herramientas como la negociación, el alentar al abandono y la oferta de tratamiento para lograr la cesación.</p>
		<p>COMENTARIO R4: existen diversas formas de evaluar el grado de motivación del fumador para cesar el consumo. Un esquema frecuentemente usado es el modelo transteorético de Prochaska y Diclemente en el que se reconoce que no todos están listos para dejar de fumar y que forzar un intento no aumenta la tasa de éxitos.</p>

	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R4: Resumen de hallazgos: (SoF 4) los materiales de autoayuda basados en estadio de cambio probablemente aumenten la tasa de cesación RR 1,32 (1,17 a 1,48) y el acompañamiento conductual basado en estadio de cambio probablemente aumente la tasa de cesación comparada con cuidado habitual u otras intervenciones RR 1,24 (1,08 a 1,42). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada e interpretó un balance positivo de implementar la evaluación de las etapas de cambio, dado que cada persona puede estar en diferentes momentos y con diferentes niveles de motivación y no se les puede imponer un día D. El modelo Transteorético propuesto por Prochaska es dinámico, todas las adicciones requieren de un tiempo de evaluación y tratamiento, pero podría ser que no todos los pacientes necesiten esta evaluación o les resulte una complejidad innecesaria. El modelo de Prochaska es fácil de aplicar, pero requiere un entrenamiento básico, sirve para agrupar a los pacientes y/o para delinear distintas estrategias para motivar y permitir seguir con el tratamiento. También tiene cierto beneficio para el paciente al conocer su motivación y visualizar los recursos que tiene cada persona para decidirse y dejar de fumar mediante un plan de acción. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará pero muchos podrían sentir que se complejiza su atención. De la búsqueda de preferencias queda claro que los pacientes valoran la actitud empática. El panel consideró que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención útil y de bajo costo y que es de fácil implementación pero requiere de capacitación y promoción del recurso humano. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.</p>
--	---

INTERVENCIONES PARA AUMENTAR LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

5*	<p>Se recomienda el uso de la entrevista motivacional como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento, ya que este enfoque muy probablemente aumente la tasa de cesación.</p>
----	--

	<p>COMENTARIO R5: la entrevista motivacional es un estilo de comunicación directivo, centrado en la persona, que se emplea para despertar un cambio al ayudar a la persona a explorar y resolver su ambivalencia. Sus elementos son: utilizar preguntas abiertas, mantener una escucha reflexiva, expresar empatía y aceptación, ayudar a la persona a identificar que algo no va en la dirección que quiere (explicitar sus discrepancias y contradicciones), evitar la discusión intentando convencer permitiendo que exprese ella misma sus propios motivos para cambiar y dar un giro a la resistencia a cambiar, sin imponer puntos de vista u objetivos, abriendo espacios a la reflexión y dejando que la persona encuentre sus propias soluciones.</p>
--	--

	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R5: Resumen de hallazgos: (SoF 5 y 7) el empleo intensivo de la entrevista motivacional muy probablemente se asocie con mayores tasas de cesación comparado con menor intensidad de esa técnica (RR 1,23 IC95% 1,11 a 1,37). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró un balance muy positivo de implementar la entrevista motivacional, ya que en alta intensidad motiva a la cesación. Así, en las distintas etapas poder acompañar la motivación le permitiría llegar a su objetivo y reducir los riesgos ya que esta herramienta posee demostrada eficacia. El panel reconoció que es fundamental trabajar con la motivación, buscando el camino para cada paciente, mediante las preguntas abiertas, la conversación para entender sus preferencias, miedos, deseos, etc. y que se utiliza esta estrategia para que cambie su comportamiento dañino y resuelva su ambivalencia, expresando empatía y apoyando la autoeficacia. Su utilización es una buena opción como estilo de abordaje en atención primaria, y puede ser generalizada no solo para el abordaje del tabaquismo sino para todas las enfermedades crónicas que requieran para su tratamiento un cambio de conducta. El panel acordó que este abordaje motivacional, será aceptado por los pacientes en los cuales se aplicará ya que</p>
--	--

		favorece al cambio y genera empatía y confianza y que de la búsqueda de preferencias queda claro que los pacientes valoran la actitud empática. El beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de bajo costo. Consideró además que es de fácil implementación pero requiere de capacitación y promoción del recurso humano. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.
--	--	--

6	C o n d i c i o n a l e n c o n t r a	Se sugiere no emplear mediciones biológicas y búsqueda de daño (ej. espirometría con o sin interpretación como edad del pulmón, doppler carotídeo) o exposición (ej. COexh) para aumentar la motivación para dejar de fumar porque son poco o nada efectivas para aumentar la tasa de cesación. Además estos estudios complementarios aumentan la complejidad y el costo asistencial, y su efectividad se restringe a la demostración de daño con posibilidad de falso reaseguro y de no ser útil en el fumador que no presente un daño específico.
		<p>COMENTARIO R6: tradicionalmente se ha intentado apoyar el consejo y la motivación para dejar en la demostración del daño (ej. radiografía de tórax, espirometría sin o con interpretación de edad del pulmón, ultrasonido carotideo) o de exposición (monóxido de carbono exhalado (COexh)), pero el basar la motivación en estos estudios además de no ser efectivo, excluye a los fumadores que aún no presentan daño demostrable por métodos diagnósticos.</p> <p>Distinto es la evaluación de los síntomas. Por ejemplo, la GPC Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), recomienda realizar espirometría sin y con broncodilatadores a personas que fuman o fumaron con síntomas respiratorios crónicos (tos, disnea y/o sibilancias) o bien con carga tabáquica de 40 paquetes/año, para detección de EPOC. Un paquete/año equivale a 365 paquetes de 20 cigarrillos (paquetes/ año = (paquetes de 20 fumados por día) x (años de fumador))</p> <p>La poca utilidad de la espirometría informada como edad pulmonar se restringe solo a los que les da anormal y son los únicos a los que se le da un feedback.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R6:</p> <p>Resumen de hallazgos: (SoF 6) Las mediciones de exposición al tabaco (monóxido de carbono exhalado o cotinina) muy probablemente no tengan ningún efecto en la tasa de cesación (RR 1,00 IC95% 0,83 a 1,21). Las mediciones de riesgo de enfermar de cáncer o enfermedad de Crohn no producirían diferencias en la tasa de cesación (RR 0,80 IC95% 0,63 a 1,01). Las mediciones de detección de daño podrían aumentar poco la tasa de cesación (RR 1,24 IC95% 0,83 a 1,84 para espirometría sola o informada como edad pulmonar, RR 1,27 IC95% 0,74 a 2,18 para espirometría con medición de COexh, RR 1,56 IC95% 0,67 a 3,66 para ultrasonido carotideo). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y valoró que la recomendación tendrá un balance probablemente positivo al descomplejizar la intervención para dejar de fumar, evitar costos, falsos reaseguros, preocupaciones y sobretreatamientos. Sin embargo como es propio de las recomendaciones condicionales, el panel señaló la posibilidad de que sea útil en distintos contextos, por ejemplo, en el marco de la cesación en un consultorio de neumonología donde la espirometría es de realización rutinaria o en otras situaciones donde estos estudios diagnósticos deben ser solicitadas a pacientes con sospecha de enfermedades de base y no solo por su condición de fumador, o en casos individuales, entre otras situaciones. También el panel consideró que la no evidencia de daño puede servir para motivar en forma positiva para avanzar en la cesación antes de la aparición y que la medición de COex puede concientizar durante el proceso de cesación, estimulando al paciente si desciende su nivel tóxico y que en ese sentido puede ayudar como estrategia cognitivo conductual. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará ya que estos recursos no son necesarios para lograr la cesación aunque muchos otros podrían no aceptarlo y exigir estudios. Hay así, un claro beneficio neto esperado de la no utilización de los recursos que se reservan para indicaciones con rendimiento más probado. El panel consideró que es de fácil implementación al</p>

no tener que prescribir. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en cambiar la dirección de la recomendación a condicional en contra.

INTERVENCIONES PARA LAS PERSONAS QUE ESTÁN LISTAS PARA UN INTENTO DE DEJAR DE FUMAR: INTENSIDAD Y MODALIDADES

7 *	F u e r t e	<p>Se recomienda que las intervenciones breves sean brindadas por todo el equipo de salud en el primer nivel de atención, con extensión a todos los ámbitos de atención, ya que son efectivas para aumentar la tasa de cesación.</p> <p>COMENTARIO R7: Las Intervenciones Breves comprenden: Averiguar el estatus tabáquico, Aconsejar la cesación, Asistir y evaluar si está listo para dejar, Ayudar con herramientas conductuales (acordar un día “D”) y farmacológicas; y Acompañar con el seguimiento. Estas intervenciones están integradas a la atención habitual para todo motivo de consulta. Las intervenciones breves de aproximadamente tres minutos por cada contacto aumentan significativamente las posibilidades de cesación; y si el tiempo de contacto es entre tres y 10 minutos aumentan aún más la efectividad (sumando unos 40 minutos totales en distintas consultas). Por ello, es importante que todo fumador reciba una intervención breve para dejar de fumar al menos una vez al año.</p> <p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R7: Resumen de hallazgos: (SoF 7) Las intervenciones breves aumentan la tasa de cesación OR 1,78 (IC95% 1,44 a 2,21) comparado con el cuidado habitual. <i>Calidad global de la evidencia: alta.</i> Ver también tabla SoF 3. Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y acordó ampliamente en que existe un balance positivo de implementar la intervención breve ya que genera que el paciente ponga el tema en agenda, demanda poco tiempo e, implementada masivamente por todo el equipo de salud, genera un gran impacto sanitario. También señaló que el tiempo en el cual se lleva a cabo la intervención depende de la recepción de cada persona y de la habilidad y entrenamiento de quien la lleva a cabo. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará. El beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de bajo costo. El panel consideró que es de fácil implementación. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>
8		<p>Se recomienda que los fumadores tengan acceso a intervenciones intensivas tanto de forma individual como grupal ya que ambas aumentan la tasa de cesación.</p>
		<p>COMENTARIO R8: Las intervenciones intensivas, generalmente son realizadas por profesionales dedicados a la cesación -muchas veces en el marco de un programa-. Las consultas son específicas de cesación y toman más de 10 minutos por sesión. Pueden ser ofrecidas a todo tipo de población e incluyen formatos grupales, individuales, telefónicos, telemedicina, materiales escritos y otros. Comprende programar múltiples visitas de seguimiento, dado que 4 a 8 visitas aumentan la tasa de cesación y gran parte de estas se distribuyen en los primeros 3 meses de atención.</p>

		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R8: Resumen de hallazgos: (SoF 8a, 8b y 8c) La consejería individual intensiva aumenta la tasa de cesación RR 1,29 (IC95% 1,04 a 1,52) sola y ante uso de fármacos RR 1,15 (IC95% 1,08 a 1,22). La intervención presencial de 4 a 8 contactos es más efectiva que 1 a 3 contactos RR 1,10 (1,01 a 1,19). El tratamiento grupal comparado con la ausencia de intervención aumenta la tasa de cesación RR 2,60 (1,80 a 3,76). El tratamiento grupal y el tratamiento individual presencial muy probablemente tengan efecto similar en la tasa de cesación RR 0,99 (0,76 a 1,28). La intervención individual es más efectiva que el solo consejo o folletería o el cuidado habitual RR 1,57 IC95% (1,40 a 1,77). <i>Calidad global de la evidencia: alta</i> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y estimó un balance positivo de la recomendación ya que a mayor tiempo (no exagerado) y mayor número de intervenciones, mejores son los resultados, aunque podría no ser fácilmente accesible para algunas personas a la vez que el entrenamiento en teleconsultas por la pandemia podría ser un facilitador al respecto. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará ya que satisface su deseo de aumentar la eficacia para dejar de fumar. El beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de bajo costo. El panel consideró que para implementarse requiere de ciertas transformaciones como recursos estructurales y humanos y capacitación del equipo de salud sobre todo en ciertas zonas del país. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>
--	--	--

9	condicional	<p>Se sugiere que las intervenciones intensivas sean brindadas por dos o más integrantes del equipo de salud de diferentes disciplinas adecuadamente capacitados, dado que el trabajo interdisciplinario podría mejorar la tasa de cesación.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R9: Resumen de hallazgos: (sof 9) las intervenciones llevadas a cabo por terapeutas de distintas disciplinas y más de un profesional se asocian a mayores tasas de cesación: un solo terapeuta OR 1,8 IC95% 1,5 a 2,2; dos disciplinas OR 2,5 IC95% 1,9 a 3,4 y tres disciplinas OR 2,4 IC95% 2,1 a 2,9. Las tasas estimadas de abstinencia para un solo profesional 18,3% (IC95% 15,4 a 21,1), para 2 tipos de profesional sanitario 23,6% (IC95% 18,4 a 28,7) y para tres 23% (IC95% 20,5 a 25,9) comparado con ningún profesional sanitario. A su vez, la eficacia del enfoque multidisciplinario se superpone con el efecto de múltiples consultas y mayor tiempo de contacto. <i>Calidad global de evidencia: baja.</i> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y opinó que aunque los estudios no puedan mostrarlo, la interdisciplina enriquece brindando un mejor abordaje de la adicción pero que a su vez, el trabajo interdisciplinario podría presentar dificultades para la articulación y la aceptación y que, no contar con un equipo multidisciplinario, no debería ser una limitante para que los profesionales intervengan de modo intensivo en cesación. Más allá de la evidencia, no se duda (como en otros problemas de salud complejos) que la interdisciplina sea un aporte. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará ya que enriquecerá la intervención que reciben, sin embargo podría ser que muchos prefieran recurrir a un solo profesional. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva ya que en muchos centros de salud existe la interdisciplina y no demandaría costos extras. El panel consideró que para implementarse se requeriría de ciertas transformaciones como capacitación del equipo de salud, coordinación y difusión de los servicios. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección como condicional a favor.</p>

10	F u e r t e	<p>Como parte de la consejería para la modificación del comportamiento se recomienda utilizar los componentes psicoterapéuticos para aumentar la tasa de cesación: 1). Desarrollo de habilidades, resolución de problemas y técnicas de afrontamiento del estrés; 2) Brindar acompañamiento y estímulo; 3) Apoyo social.</p>
		<p>COMENTARIO R10: Acompañar a desarrollar habilidades y técnicas de afrontamiento del estrés y de las tensiones se orienta a: a) anticiparse y evitar situaciones desencadenantes (ej.: comunicar a otros fumadores que por un tiempo evitará algunas reuniones con ellos, o bien solicitar que estas sean en ALH); b) Aplicar estrategias cognitivas que le permitan reducir los estados de ánimo negativos (ej.: repetirse que es un logro muy importante y que lo está haciendo muy bien); c) Lograr cambios del estilo de vida que reducen el estrés, mejoran la calidad de vida y reducen la exposición a los facilitadores del consumo (actividad física, reducir alcohol y otras), d) Introducir estrategias conductuales para manejar el estrés y el deseo de fumar: distraer la atención, cambiar las rutinas, hacer algo placentero, bañarse, escuchar música, técnicas de relajación, leer, hacer actividad física y muchas más. e) Planificar estrategias sustitutivas para manejar la urgencia por fumar: salir a caminar, distraerse, tomar agua u otras bebidas frescas, lavarse los dientes, masticar chicles o caramelos sin azúcar.</p> <p>Por otro lado fijar un día D, es un componente habitual de las estrategias de cesación y de los ensayos clínicos en los que se evalúan los fármacos.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R10: Resumen de hallazgos: (SoF 10) La consejería para la modificación del comportamiento muy probablemente aumente la tasa de cesación comparada con cuidado habitual RR 1,29 (IC95% 0,90 a 1,85), comparada con otras intervenciones (ejercicio, educación, consejo médico) RR 2,05 (IC95% 1,09 a 3,86) y junto con bupropión, muy probablemente aumente la tasa de cesación comparada con algún acompañamiento de soporte más bupropión RR 6,17 (IC95% 0,76 a 48,68). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada e interpretó un balance positivo de implementar estos componentes psicoterapéuticos prácticos, ya que capacitar y entrenar al paciente para manejar los síntomas de abstinencia son parte crucial en el proceso de cesación independientemente de los fármacos. El entrenamiento en habilidades y resolución de problemas, reducción del estrés y de la exposición a los facilitadores de consumo, es de interés para los pacientes que son los que enfrentan las ganas de fumar ante afectos negativos cotidianos. También destacó que algunas le sirven más y otras menos dependiendo de la persona, por lo cual el paciente puede armar su propio plan. También remarcó la importancia de la actividad física como central en este abordaje. El panel consideró que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva (a veces en materiales impresos o en forma digital). El panel consideró que es fácil de implementar generando pequeñas transformaciones como mayor capacitación. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>
11*	F u e r t e	<p>Se recomienda el uso de líneas telefónicas con seguimiento para ayudar al fumador, ya sea como único formato de tratamiento o bien como apoyo al equipo de salud, ya que su uso aumenta las tasas de cesación y son de amplio acceso.</p>

		<p>COMENTARIO R11: las líneas telefónicas contribuyen a generalizar y a normalizar la cesación. Línea gratuita de atención al fumador del Ministerio de Salud de la Nación 0800-999-3040, con acceso desde todo el país.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R11: Resumen de hallazgos: (SoF 11) Las líneas proactivas (líneas telefónicas con seguimiento) aumentan la tasa de cesación comparadas con intervención mínima o cuidado habitual RR 1,27 (IC95% 1,20 a 1,36). <i>Calidad global de la evidencia alta.</i> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró un balance positivo de implementar las líneas de ayuda con seguimiento y que la atención telefónica es un instrumento altamente efectivo para el seguimiento y tratamiento de la cesación. La línea telefónica nacional existe desde 2004 con un uso continuado y con picos de llamadas cada vez que se promocionó por campañas de comunicación y con un uso más elevado desde que por ley su número está presente en los atados de cigarrillos junto a las advertencias sanitarias. El panel señaló que la población tuvo un entrenamiento y aceptación de telemedicina como consecuencia de la cuarentena por COVID-19, aunque su eficacia en la pandemia podría ser particular por el aumento de la ansiedad y la dificultad para hacer actividades recreativas por ejemplo. El panel también describió que es una fortaleza que el número de la línea nacional se encuentre en los atados aunque la misma es reactiva. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará ya que amplía las posibilidades de intervención y al facilitar el acceso mejora el acompañamiento y seguimiento, sin embargo podría no ser adecuada para cierto grupo etéreo. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva y que para implementarse (transformarla en proactiva) no requiere grandes transformaciones del sistema. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>
<p>1 2 n u e v a</p>	<p>F u e r t e</p>	<p>Para intervenir en cesación en fumadores de 18 o más años, se recomienda la utilización de teleconsultas individuales o grupales y de programas interactivos basados en páginas web y formatos basados en mensajes de texto ya sea como intervenciones independientes o en combinación con otros formatos, porque aumentan la tasa de cesación.</p> <p>COMENTARIO R12: Presentan como ventaja su amplia accesibilidad. Las intervenciones basadas en internet para cesación tabáquica son aquellas primariamente compuestas por información directiva y de soporte (ej. consejería práctica para el cambio del comportamiento) adaptadas a la modalidad por internet. Si bien presentan una modalidad autoadministrada y parcialmente automatizadas, aprovechan la naturaleza interactiva de internet pudiendo complementarse con correos electrónicos u otros soportes adicionales como mensajes de texto a teléfonos celulares (SMS). Los programas realizaron seguimiento durante 3 a 6 meses. Las páginas web estáticas no son efectivas.</p> <p>Los SMS de celulares presentan como ventaja su amplia accesibilidad con la facilidad de uso en cualquier lugar y en cualquier momento, la entrega a grandes poblaciones, independientemente de la ubicación; la capacidad de adaptar los mensajes a las características clave del usuario; la provisión de contenido que puede distraer al usuario de los <i>craving</i> (deseo intenso de fumar); y la capacidad de vincular al usuario con otros para obtener apoyo social.</p> <p>El acceso a teléfonos móviles ha aumentado exponencialmente, pudiendo superar su uso no solo a los teléfonos fijos sino también a las computadoras. Los teléfonos celulares inteligentes son teléfonos con un sistema operativo computarizado.</p> <p>Las intervenciones fueron efectivas en personas que querían dejar de fumar. La mayoría de los estudios fueron realizados en contextos con buen nivel de políticas de control del tabaco. Recientemente la OMS ha lanzado un programa interactivo identificado con el nombre "Florencia" para dejar de fumar, basada en página web y disponible en español https://www.who.int/es/newsroom/spotlight/using-ai-to-quit-tobacco</p>

		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R12: Resumen de hallazgos: (Sof 12a y 12b) Las intervenciones basadas en Internet interactivas muy probablemente aumenten la tasa de cesación comparadas con la ausencia de intervención RR 1,60 IC95% 1,15 a 2,21 en personas de 18 o más años. A su vez son equivalentes tanto a las líneas telefónicas RR 0,95 IC95% 0,79 a 1,13 y a la atención presencial RR 1,3 IC95% 0,97 a 1,87. <i>Calidad global de la evidencia moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: El panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró que la aplicación de estas estrategias de telemedicina conllevan un balance positivo. El panel acordó respecto al formato de teleconsultas y páginas web interactivas es acorde a un grupo etario relativamente joven pero que el actual entrenamiento y familiarización dado la pandemia COVID-19 amplió la posibilidad de uso a otros grupos como una estrategia complementaria significativa. El panel también consideró que si bien, no tienen efectos adversos y presenta la ventaja de estar disponible en toda hora y sin desplazamientos, puede ser muy variable la accesibilidad a la internet en los distintos sectores y que pueden presentarse dificultades en el manejo de la tecnología; pero que contar con mayor variedad de formatos brinda flexibilidad y la posibilidad de mejorar los resultados. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará ya que amplía las posibilidades de intervención y al facilitar el acceso mejora el acompañamiento y el seguimiento, aunque podría ser mejor aceptada por las personas más jóvenes y tener mayores pérdidas en el seguimiento, por ejemplo, en personas con depresión o edad avanzada. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva pero requiere recursos económicos y humanos. El panel consideró que, si bien hoy en día el uso de teléfonos celulares y de computadoras personales se encuentra ampliamente difundido en la población, para implementarse requeriría de pequeñas transformaciones del sistema como la organización de los recursos. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección como fuerte a favor.</p>
<p>1 3 n u e v a</p>	<p>C o n d i c i o n a l</p>	<p>Para intervenir en cesación en fumadores de 18 o más años, se sugiere considerar la utilización de aplicaciones de teléfonos celulares inteligentes validadas ya que aumentarían la tasa de cesación dependiendo del diseño y contenido para el cambio conductual en que se basen.</p>
		<p>COMENTARIO R13: no todas las apps han mostrado efectividad. Una app efectiva por ejemplo (iCanQuit), se basó en el modelo de cambio de aceptación y compromiso que trabaja en base a valores, testimonios, ludificación y aceptación de las situaciones.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R13: Resumen de hallazgos: (SoF 13) Las aplicaciones de celulares inteligentes no aumentarían la tasa de cesación comparadas con apoyo de baja intensidad: 0,0% menos (IC95% 2,6 menos a 4 más). Una App basada en modelo de aceptación y cambio fue efectiva para dejar de fumar a 12 meses OR de 1,49 (IC95% 1,23 a 1,83). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y estimó un balance probablemente positivo de implementar las aplicaciones de teléfonos celulares como opciones de seguimiento/tratamiento ya que en la era tecnológica, las aplicaciones son un recurso muy promisorio y de fácil acceso a la vez que cada una requerirá valorar su efectividad y podría promover la adicción al uso del celular. Que si bien existen algunos desarrollos en nuestro medio, sus evaluaciones fueron con muy corto seguimiento. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los</p>

		pacientes en los cuales se aplicará como un complemento y sería más aceptada por los jóvenes. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva y dependerá de la disponibilidad de las tecnologías. El panel consideró que para implementarse no requiere grandes transformaciones del sistema de salud pero sí se requeriría del uso de una aplicación adaptada a la población local. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en establecer la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.
14	C o n d i c i o n a l	Se sugiere utilizar los materiales de autoayuda para dejar de fumar en el marco de los distintos formatos de intervención (presenciales, telefónicas o telemedicina) ya que aumentan la tasa de cesación. Su efectividad es mayor cuando se asocian a otras intervenciones.
		<p>COMENTARIO R14: Los materiales de autoayuda (manuales impresos, libros, videos, audios, etc.), suelen guiar los pasos a seguir para dejar de fumar detallando la consejería práctica para el cambio de comportamiento ofreciendo un formato estructurado.</p> <p>Si bien serían algo útiles en forma aislada, (incluso en fumadores que no están pensando en dejar) comparado con no hacer nada, las estrategias de intervención presenciales o telemedicina superan al solo uso de estos materiales aislados a la vez que estos materiales podrían aportar eficacia.</p> <p>Resultan útiles también los materiales de autoayuda diseñados específicamente para las distintas poblaciones de fumadores (ej. mujeres con niños, adulto mayor, etc.). También se pueden diseñar materiales de autoayuda basados en estadios de cambio.</p> <p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R14:</p> <p>Resumen de hallazgos: (SoF 14) En ausencia de otras intervenciones, los materiales de autoayuda genéricos podrían aumentar mínimamente la tasa de cesación (RR 1,19 IC95% 1,03 a 1,37). La efectividad de materiales de autoayuda diseñados específicamente para distintas poblaciones en cambio, es superior ya que muy probablemente aumenten la tasa de cesación solos o con una visita de explicación del programa (10 ECA, n=14.359, RR 1,34 IC95% 1,19 a 1,51). <i>Calidad global de evidencia: baja</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la evidencia analizada y destacó la utilidad para el usuario de los materiales de autoayuda por ser una herramienta que sirve para complementar las intervenciones presenciales o de telemedicina. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará sobre todo como material complementario ya que constituyen un material de apoyo útil y fácilmente disponibles pero que también otros preferirían no usarlo. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por su accesibilidad y bajo costo. El panel consideró que para implementarse no requiere grandes transformaciones del sistema, pero requiere de difusión entre los profesionales y el público fumador. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.</p>

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CESACIÓN TABÁQUICA

Para orientar sobre el nivel de dependencia se separan por cantidad de cigarrillos diarios como un indicador fiable y fácil de evaluar, pero puede ser que en ocasiones, convenga guiarse según otros parámetros. Estas recomendaciones se refieren a fumadores de 18 o más años.

El tratamiento farmacológico se propone en el marco del modelo de atención de personas con enfermedades no transmisibles y los mejores resultados en salud se alcanzan cuando un paciente activo y empoderado interacciona con un equipo de salud preparado y proactivo.

15*	Fuerte	<p>Se recomienda que siempre que se ofrezca tratamiento farmacológico sea junto con la consejería práctica para la modificación del comportamiento ya que la combinación es más efectiva que cada una de las intervenciones por separado para aumentar la tasa de cesación.</p>
		<p>COMENTARIO R15: La suma de las dos estrategias aumentan las probabilidades de cesación cuando se las compara con el uso de medicación sola.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R15: Resumen de hallazgos: (SoF 15) La suma de las dos estrategias aumenta cerca de un 15% las probabilidades de cesación comparada con el uso de medicación y apoyo conductual de baja intensidad (RR 1,15 IC95% 1,08 a 1,22). La consejería para la modificación de comportamiento junto con reemplazo nicotínico podría aumentar la tasa de cesación comparada con consejo breve y reemplazo nicotínico (RR 1,53 IC95% 1,06 a 2,19). La consejería para la modificación del comportamiento junto con bupropión muy probablemente aumente la tasa de cesación comparada con el bupropión acompañado de apoyo conductual de baja intensidad (RR 6,17 IC95% 0,76 a 48,68). <i>Calidad global de evidencia: moderada</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la evidencia analizada a la vez que señaló que todos los estudios sobre fármacos de cesación incluyen la intervención no farmacológica (a excepción de los de venta libre en que puede existir una intervención de baja intensidad) con lo cual la confianza podría ser más alta y que son complementarias por lo que deben ofrecerse juntos. Y que, si bien existen estudios en los que incluso se utilizan fármacos en etapa de precontemplación y contemplación, la intervención farmacológica en el contexto de la presente GPC, debe centrarse en la etapa de preparación y acción. El panel acordó que existe un balance positivo de implementar esta recomendación y consideró necesario proponer los recursos y que sean los pacientes quienes decidan lo que mejor los ayudará ya que tener en cuenta la perspectiva del paciente es importante. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por aumentar las tasas de cesación a la vez que consideró que para implementarse requeriría de pequeñas transformaciones del sistema: compra de insumos y capacitación del equipo de salud. Asimismo, consejería y fármacos son necesarios para generar cambios de conducta y ayudar a los pacientes a visualizar situaciones de riesgos y evitar recaídas. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>

Fármacos para la cesación tabáquica: primera línea de tratamiento

Para quienes fuman menos de 10 cigarrillos o no fuman todos los días

<p>1 6</p>	<p>C o n d i c i o n a l e n c o n t r a</p>	<p>En fumadores de menos de 10 por día y en quienes no fuman todos los días, se sugiere no utilizar los tratamientos farmacológicos en forma sistemática para lograr la cesación, por un balance más estrecho entre los beneficios y los riesgos o costos.</p>
		<p>COMENTARIO R16: estos fumadores son menos frecuentemente incluidos en los estudios. A su vez, quienes fuman ocasionalmente o menos de 10 cigarrillos presentan evaluaciones de dependencia física más bajas (ejemplo, puntajes en los cuestionarios de Fagerström de dependencia física a la nicotina -FTND-). Los fármacos a utilizar son los descritos en la primera línea (monoterapia). Según datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA/GATS 2012), sólo el 5% de los argentinos no fuma diariamente.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R16: Resumen de hallazgos: (SoF 16) En fumadores de menos de 10 cig/día, vareniclina podría aumentar la tasa de cesación RR 4,97 (1,49 a 16,53). Existe incertidumbre si los fármacos para la cesación (parches o vareniclina) son efectivos para dejar de fumar en fumadores de menos de 10 cig/día ya que a los 6 meses, de los 23 participantes en seguimiento, sólo 3 estaban sin fumar (0 grupo parche de nicotina, 3 con vareniclina y 0 con placebo). Los chicles de nicotina no aumentarían la tasa de cesación en fumadores de menos de 10 cigarrillos a 6 meses OR 1,31 (0,84 a 2,02). <i>Calidad global de la evidencia: muy baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia realizada y expresó que existe un balance positivo de no implementar de modo sistemático medicación en fumadores de pocos cigarrillos aunque es importante dejarlo a consideración del profesional tratante y del fumador ya que el hecho de que fume menos cigarrillos no siempre implica que no se beneficie ya que la misma no queda limitada únicamente al número de cigarrillos consumidos. La baja eficacia de los fármacos en estos casos podría deberse a la falta de adherencia o a la baja percepción del fumar como un problema, efectos adversos indeseados y falta de motivación y que por ello la decisión depende principalmente del acuerdo con el paciente, ya que si solicita ayuda es quizá porque no lo logró antes sin fármacos y que muchas veces estos pacientes subestiman su adicción y que por ello la palabra sistemático se orienta a personalizar en cada caso. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará ya que estos recursos no son necesarios para lograr la cesación en todos, aunque aquellos que se sientan más dependientes podrían no aceptarlo y querer ser tratados igualmente. El panel consideró que es de fácil implementación. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la dirección de la recomendación como condicional en contra.</p>

Para quienes fuman entre 10 y 20 cigarrillos por día, se recomienda alguna de las siguientes opciones.

17	Fuerte	<p>Se recomienda el uso del parche de nicotina durante 8 a 12 semanas de tratamiento desde la fecha para dejar de fumar, ya que aumenta la tasa de cesación.</p> <p>COMENTARIO R17: usar desde la fecha propuesta para dejar (día D). Son de venta libre. La dosis estándar y más efectiva en los estudios es de 21 mg/día. En casos de alteración del sueño se retira de noche usándose las 16 hs al día. No es necesaria una reducción de dosis escalonada sino que generalmente se usa la misma dosis durante las 8 a 12 semanas. En fumadores de 15 o menos cig/día se adapta la dosis de parches, por ejemplo usando el de 21 mg/día menos horas (ej. 16 hs), o bien por menor gradación (14 o 7 mg/día). El efecto adverso más frecuente es la irritación local. Se renueva cada día por uno nuevo con rotación del sitio de aplicación (ver aplicaciones prácticas).</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R17: Resumen de hallazgos: (SoF 17 y SoF general TRN) Los parches de nicotina, comparados con placebo o control, aumentan la tasa de cesación 5,9% más (4,9 más a 6,9 más). Los parches de nicotina son efectivos para aumentar la tasa de cesación asociados a la intervención breve 6,3% más (4,4 más a 8,4 más). Los parches de nicotina son efectivos para aumentar la tasa de cesación en intervención intensiva 5,4% más (4,1 más a 7 más). Los parches de nicotina producen cefalea con baja frecuencia respecto del placebo e irritación local leve. <i>Calidad global de la evidencia: alta.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia realizada y acordó en que existe un balance positivo de implementar los parches de nicotina porque aumentan la cesación, mejoran el craving, son un recurso accesible y de baja complejidad en su uso. Si bien está directamente ligado a la cantidad de cigarrillos consumido, esto debe tenerse en cuenta de modo orientativo y remarcaron que el parche de 21 mg/día es el más efectivo aunque consuman 10 a 20 cig/día. El panel señaló que el tratamiento de la dependencia farmacológica a la nicotina ha demostrado ser muy útil, aunque no actúe en las dependencias psíquicas y social y, que si bien la cantidad de cigarrillos es el <i>proxy</i> más directo y de fácil valoración de dependencia física, en algunos casos podría ser más adecuado otro parámetro. También señaló que el panel no experimenta relación entre el uso de los parches y efectos adversos cardíacos graves que quizá se den muy raramente y quizá en los ámbitos cardiológicos específicos por lo cual no se recomienda el uso del parche en los primeros días de un infarto agudo de miocardio. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará ya que es fácil de utilizar pero el grado de aceptación podría depender de la experiencia previa de los pacientes. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva y que para implementarse requeriría de pequeñas transformaciones del sistema: inversión para la compra de insumos. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección como fuerte a favor.</p>
18	Fuerte	<p>Se recomienda el uso del chicle de nicotina de 2 mg durante 8 a 12 semanas desde la fecha para dejar de fumar ya que es efectivo para aumentar la tasa de cesación.</p> <p>COMENTARIO R18: usar desde la fecha propuesta para dejar (día D). Son de venta libre. Revisar el estado dental y si existen contraindicaciones para masticar chicles (ej, alteraciones articulación témporo mandibular, riesgo de alterar implantes o reparaciones, utilización de prótesis). Usar un chicle cada 1 a 2 horas o reemplazando dos cigarrillos (ejemplo si fuma 20 cig/día utilizar 10 chicles de 2 mg). Masticar lentamente hasta obtener un sabor picante o intenso y dejar en reposo varios minutos en el carrillo de la boca. Cuando se pierda este sabor, masticar nuevamente. Repetir esta masticación intermitente durante media hora o hasta que desaparezca el sabor. Evitar bebidas ácidas (café, jugos cítricos) y alimentos desde los 15 minutos previos y durante su uso.</p>

		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R18: Resumen de hallazgos: (SoF 18 y SoF general de TRN) Los chicles de nicotina aumentan la tasa de cesación comparado con el placebo RR 1,49 (IC95% 1,40 a 1,60). Los chicles de nicotina aumentan la tasa de cesación en el marco de la intervención breve RR 1,66 (IC95%1,46 a 1,88). Los chicles se asocian a hipo en un 14% vs 0% en el placebo. <i>Calidad global de la evidencia: alta.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado y acordó en que existe un balance positivo de implementar los chicles de nicotina porque facilitan el tratamiento especialmente durante la abstinencia ya que ayudan al tabaquista con su necesidad de consumir o de tener un objeto en la boca. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará pero dependerá de ciertas condiciones: salud bucal y preferencias. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva y consideró que para implementarse requeriría de pequeñas transformaciones del sistema: inversión para la compra de insumos, capacitación del equipo de salud y difusión de información. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>
19	Fuerte	<p>Se recomienda el uso del comprimido dispersable de nicotina de 1 mg durante 8 a 12 semanas desde la fecha para dejar de fumar, ya que es efectivo para aumentar la tasa de cesación.</p> <p>COMENTARIO A R19: usar desde la fecha propuesta para dejar (día D). Son de venta libre. Modo de uso: dejar que se disuelvan en la boca (no tragar ni masticar). Evitar bebidas ácidas (café, jugos cítricos) y alimentos desde los 15 minutos previos y durante su uso.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R19: Resumen de hallazgos: (SoF 19 y SoF general TRN) Los comprimidos de nicotina dispersables son efectivos para dejar de fumar RR 1,52 (IC95%1,32 a 1,74). <i>Calidad global de evidencia: alta.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado y afirmó que existe un balance positivo de implementar los comprimidos dispersables de nicotina ya que son efectivos y tolerables, accesibles y una buena alternativa en pacientes con dificultades para la masticación y podrían ser percibidos como opciones "menos" farmacológicas generando mayor aceptación. Además el hecho de que sean de venta libre los hace muy accesibles. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará ya que es de venta libre y tiene escasos efectos adversos. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva y consideró que para implementarse requeriría de pequeñas transformaciones del sistema: inversión para la compra de insumos, capacitación del equipo de salud y difusión de información. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección como fuerte a favor.</p>
20	Fuerte	<p>Se recomienda el uso de bupropión en dosis de 150 o de 300 mg/día en tratamientos de 8 a 12 semanas, ya que aumenta la tasa de cesación.</p>
		<p>COMENTARIO R20: dosis de 150 (una toma matinal) y 300 mg/día (una toma matinal y la segunda con 8 hs de diferencia), obtienen tasa de cesación similares, pero con 150 mg se reportan menos efectos adversos. Se inicia el tratamiento al menos una semana antes del día en que la persona dejará de fumar (día D). No se requiere disminución progresiva para finalizar aunque en los casos en que se utilice 300 mg/día puede bajarse durante la última semana a 150 mg/día para abandono gradual.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R20: Resumen de hallazgos: (SoF 20) Bupropión aumenta la tasa de cesación RR 1,62 (IC95%1,49 a 1,76). Bupropión 300 y 150 mg muy probablemente aumentan la tasa de cesación de modo similar RR 1,08 (IC95% 0,93 a 1,26). Bupropión probablemente produzca infrecuentemente efectos adversos serios respecto al placebo (0,6% más IC95% 0 menos a 1,3 más). <i>Calidad global de la evidencia: alta.</i></p>

		<p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y acordó que existe un balance positivo de implementar el bupropión porque es un fármaco con buena tolerancia y efectividad, buen manejo del craving y control del aumento de peso. El panel también señaló que, como 150 a 300 mg obtienen tasas similares de cesación, la preferencia se orienta a usar 150 mg ya que se eviten efectos adversos comunes como el insomnio y que de usar 300 mg puede plantearse un descenso gradual. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará particularmente por controlar el aumento de peso. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva y consideró que para implementarse requeriría de pequeñas transformaciones del sistema: inversión para la compra de insumos y capacitación del equipo de salud. Por todo ello el panel, alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>
2 1		<p>Se recomienda el uso de vareniclina en dosis de 1 a 2 mg/día durante 12 semanas de tratamiento porque aumenta la tasa de cesación.</p>
		<p>COMENTARIO R21: comenzar con 0,5 mg/día por tres días, luego 0,5 mg dos veces al día completando la primera semana. A partir de la segunda semana 1 mg, dos veces al día hasta la semana 12. Para esquemas de 1 mg/día optar por 1 comprimido/día. Su relación con eventos cardiovasculares sería en el orden de hasta 4 por 1000.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R21: Resumen de hallazgos: (SoF 21) Vareniclina aumenta la tasa de cesación (RR 2,24 IC95% 2,06 a 2,43). Su uso muy probablemente no aumente la presencia de depresión (0,1% menos IC95% 0,6 menos a 0,3 más), la presencia de ideación suicida (0,2% menos IC95% 0,4 menos a 0 menos) ni los eventos cardiovasculares serios (0,3% más IC95% 0,1 menos a 0,9 más). <i>Calidad global de evidencia: alta</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y acordó ampliamente en que existe un balance positivo sobre la utilización de la vareniclina por su efectividad/seguridad. El panel acordó en que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará ya que ellos están interesados en recibir fármacos efectivos y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva sugiriendo la necesidad de mejorar la accesibilidad a esta medicación de mayor costo que otras también efectivas en poblaciones vulnerables pero que el dejar de fumar justifica los recursos que conlleva. El panel consideró que la intervención analizada podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como que se destinen recursos para la compra en el sector público y se incluyan dentro de las coberturas en los otros sectores. Por todo ello el panel alcanzó consenso en cambiar la fuerza de esta recomendación como fuerte a favor.</p>

<p>Fumadores con alta dependencia (fumadores de más de 20 cig/día y/o quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse) se recomienda/sugiere alguna de las siguientes opciones</p>		
2 2	<p>F u e r t e n u e v a</p>	<p>En fumadores de alta dependencia se recomienda que cuando se indiquen terapias de reemplazo con nicotina (como monoterapia) se opte por dosis más altas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● usar más de un parche por 8 a 12 semanas, ● usar chicles de 2 o 4 mg por 12 semanas, ● usar comprimidos dispersables de 2 mg por 12 semanas

		<p>ya que muy probablemente sean efectivos para aumentar la tasa de cesación.</p>
		<p>COMENTARIO R22: venta libre. Un ejemplo de uso de más de un parche podría ser en un fumador de 40 cig/día, usar dos parches de 21 mg/día por 24 hs y en fumadores de 30 cig/día un parche de 21 mg/día y un parche de 14 mg/día.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R22: Resumen de hallazgos: (SoF 17, 18, 19 y SoF TRN general)</p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró que existe un balance positivo de implementar esta recomendación por ser una terapia efectiva en pacientes con alta dependencia, aún en personas con comorbilidades, con balance positivo por sobre el posible aumento de los efectos adversos. Asimismo advierte que la experiencia apoya a que dosis bajas en pacientes de alta dependencia no sólo no mejoran la cesación sino que frustran las posibilidades y que son dosis que se pueden disminuir o aumentar si fuera necesario, sobre todo si aparecen efectos adversos que suelen ser poco importantes. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará porque son de fácil aplicación/uso, efectivas y sus efectos adversos muy leves, y que el beneficio neto esperado de la intervención propuesta justifica la utilización de los recursos que conlleva. En función de la valoración global del sistema sanitario argentino el panel considera en su mayoría que la intervención analizada podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como más licitaciones y compras en salud pública. Por ello, la fuerza y dirección de la recomendación se determinó como fuerte a favor.</p>
2 3	condicional	<p>En fumadores de alta dependencia, se sugiere el uso del espray nasal de nicotina en tratamientos de 12 semanas ya que es efectivo para aumentar la tasa de cesación, con precaución por riesgo de desarrollo de dependencia al espray.</p>
		<p>COMENTARIO R23: prescripción bajo receta. La irritación nasal, particularmente de las primeras dosis limita la aceptación de los pacientes (ver la sección de aspectos prácticos)</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R23: Resumen de hallazgos: (SoF 23) El espray nasal duplica la tasa de cesación (RR 2,02 IC95% 1,49 a 2,75). Calidad de la evidencia: alta. Es el producto de reemplazo nicotínico que se asocia al mayor riesgo de dependencia: 2% para el parche, 7% para el chicle y 10% para el espray (p<0,05 para la asociación lineal). <i>Calidad global de evidencia: alta.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró que existe un balance positivo pero más estrecho para el espray nasal respecto a otras opciones, ya que el dispositivo puede presentar intolerancia (ej. irritación nasal), que muchas veces lleva a su abandono, así como también riesgo de dependencia lo que incide en la aceptación de los pacientes. Por lo tanto es una alternativa válida a considerar en pacientes de muy alta dependencia y con otras comorbilidades pero con cierta precaución y en general como rescate más que como monoterapia. El panel acordó que el beneficio neto esperado de la intervención propuesta justifica la utilización de los recursos y que podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como capacitación adecuada al equipo de salud, educación al paciente y accesibilidad al medicamento en todo el territorio. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección como condicional a favor.</p>

24	Fuerite	<p>En fumadores con alta dependencia, se recomienda el uso de la combinación de bupropión con terapia de reemplazo con nicotina porque aumenta la tasa de cesación.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R24: Resumen de hallazgos: (SoF 24) La combinación de cualquier forma de reemplazo nicotínico y bupropión aumenta la tasa de cesación en fumadores de alta dependencia (RR 1,19 IC95% 0,94 a 1,51). Este efecto se verifica tanto para el uso de parches (RR 1,24 IC95% 0,84 a 1,84) como para comprimidos dispersables (RR 1,21 IC95% 0,81 a 1,81). <i>Calidad global de evidencia: alta.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que la asociación bupropión más TRN, aumenta la tasa de cesación en pacientes con alta dependencia nicotínica, presentando un buen perfil de seguridad en pacientes seleccionados y que sumar fármacos aumenta la eficacia. El panel acordó que la combinación será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará ya que aumenta la tasa de cesación y es bien tolerada. Además, coincidió ampliamente que el beneficio neto esperado de la intervención propuesta justifica la utilización de los recursos que conlleva y que podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como incluir esas medicaciones dentro de los medicamentos esenciales y cobertura por parte de todos los sectores. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección como fuerte a favor.</p>
25	Condicional	<p>En fumadores con alta dependencia, se sugiere el uso de combinaciones de terapias de reemplazo de nicotina (TRN) generalmente basadas en el uso de parche de nicotina asociada con alguna TRN de acción rápida (chicles, comprimidos dispersables, espray nasal) ya que muy probablemente sean más efectivas para dejar de fumar que TRN en monoterapia, con aumento de los costos y potencial suma de efectos adversos.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R25: Resumen de hallazgos: (SoF 25) La combinación de dos formas de reemplazo nicotínico aumenta la tasa de cesación ligeramente comparada con monoterapia (RR 1,25 IC95% 1,15 a 1,36). La combinación de parches y alguna forma de TRN de rápida absorción como espray, comprimidos dispersables o chicles ha demostrado ser más efectiva que los parches (RR 1,23 IC95% 1,12 a 1,36, 12 ECA n=8.992) y que los productos de absorción rápida utilizados en forma aislada (RR 1,30 IC95% 1,09 a 1,54, 6 ECA n=2.364). Los efectos adversos del uso de la combinación se producen con baja frecuencia (0,3% contra 0,1% de la monoterapia en 5 ECA con 2.888 casos). <i>Calidad global de evidencia: alta.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró que existe un balance positivo de implementar las combinaciones de TRN ante alta dependencia. Acordó en que la combinación de terapias nicotínicas impresiona ser más efectiva en la práctica que lo mostrado en la evidencia y que el tratamiento en estos casos de alta dependencia debe ser intensivo con nicotina rápida para calmar los <i>cravings</i> (dejando el rescate con espray nasal como última opción) aunque se sumarían potencialmente los efectos adversos de cada modalidad, aunque suelen ser leves, y el aumento del costo económico de cada tratamiento. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará aunque muchos podrían no utilizar algunas de sus formas de presentación, que justifica su utilización el aumento de los costos que conlleva, y que podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como acceso y cobertura de los distintos sectores. Por todo ello el panel alcanzó consenso en determinar la fuerza y dirección como condicional a favor.</p>

<p>26 nueva</p>	<p>condicional</p>	<p>En fumadores con alta dependencia se sugiere reservar para casos seleccionados la asociación vareniclina con parches de nicotina por 12 semanas, ya que si bien aumenta la tasa de cesación respecto a usar vareniclina solamente, genera un aumento de los costos y sumaría potenciales efectos adversos.</p>
		<p>COMENTARIO R26: esta combinación fue probada en personas jóvenes y sanas (se excluyeron pacientes con enfermedades comórbidas (EPOC, diabetes, padecimiento mentales, coadiciones, etc.). Los costos de iniciar el tratamiento con ambas medicaciones son elevados en nuestro contexto y la combinación se asociaría a mayor frecuencia de efectos adversos (ej. trastornos del sueño, náuseas, irritación en la piel, etc.). En caso de trastornos del sueño, no usar el parche durante el sueño.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R26: Resumen de hallazgos: (SoF 26) La combinación de vareniclina más parches de nicotina podría aumentar la tasa de cesación (RR 1,36 IC95% 1,07 a 1,72). La vareniclina más parches muy probablemente aumenten los eventos adversos serios (RR 1,06 IC95% 0,27 a 4,05). <i>Calidad global de evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró que resulta en un balance positivo de implementar esta combinación comparado con seguir fumando. El panel opinó que la combinación de vareniclina y parches aporta un sinergismo, tratando los efectos adversos que se presenten y que de modo supervisado no trae mayores problemas. Algunos miembros del panel refirieron que es una combinación que usan con frecuencia cuando el aspecto económico lo permite y con experiencia en comorbilidades. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en grupos adecuadamente seleccionados pero que la mayoría preferiría lograrlo con una sola de las opciones. El panel acordó que el beneficio neto esperado de la intervención propuesta justifica la utilización de los recursos que conlleva y que en función de la valoración global del sistema sanitario argentino podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema que garantice el acceso y la cobertura a estas combinaciones. Por todo ello, el panel alcanzó acuerdo en definir la fuerza y dirección de esta recomendación como condicional a favor.</p>
<p>27 nueva</p>	<p>condicional</p>	<p>En fumadores de alta dependencia se sugiere reservar para situaciones particulares la combinación de bupropión y vareniclina por 12 semanas ya que si bien puede aumentar la tasa de cesación, también podrían sumar los potenciales efectos adversos y los costos.</p>
		<p>COMENTARIO R27: efectos adversos más frecuentes, ansiedad y trastornos del sueño.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R27: Resumen de hallazgos: (SoF 27) La combinación de bupropión y vareniclina podría aumentar ligeramente la tasa de cesación comparada con vareniclina sola 4 ,5% más lo cual variaría desde 1,1 menos a 11,8 más. Esta combinación probablemente aumente la tasa de efectos adversos serios comparada con vareniclina sola en una pequeña proporción 0 ,5% más (0,9 menos a 3,3 más). <i>Calidad global de la evidencia baja.</i></p>

		<p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada (aunque señaló que son pocos estudios), y que el balance de implementar la combinación de bupropión y vareniclina sería positivo comparado con seguir fumando. Algunos miembros del panel opinaron que sería una combinación para uso excepcional ya que está poco probada y que hay poca experiencia en nuestro medio, mientras que otros opinaron que si el paciente está bien evaluado resulta una asociación útil y con buenos resultados. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en los cuales se aplicará porque aumentan la tasa de cesación pero que la mayoría podría preferir hacerlo con una sola de las opciones. El panel consideró que justifica su utilización y aumento de los costos que conlleva, y que podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como adecuada capacitación al equipo de salud, acceso y cobertura de los distintos sectores. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en determinar la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.</p>
--	--	--

Fármacos para la cesación tabáquica de segunda línea de tratamiento por su perfil de seguridad

2 8	c o n d i c i o n a l	<p>La clonidina sería efectiva para dejar de fumar. Se sugiere su uso como fármaco de segunda línea, bajo supervisión estricta por sus efectos adversos.</p>
		<p>COMENTARIO R28: no se encuentra fácilmente disponible en nuestro medio. Por sus efectos adversos se consideran fármacos de segunda línea. La clonidina es un antihipertensivo que ha tenido múltiples usos en la medicina. La dosis por vía oral en los estudios varió entre 0,15 mg por día a 0,45 mg por día durante 4 a 11 semanas. La dosis fue individualizada acorde a tolerancia y/o peso corporal y se instauraba antes del día D. En los estudios, los pacientes incluidos eran fumadores entre 18 y 55 años que fumaban más de 20 cigarrillos/día. En todos los estudios los fármacos eran brindados en un marco de intervenciones de acompañamiento conductual. Los efectos adversos más frecuentes fueron boca seca, sedación, mareos e hipotensión ortostática.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R28: Resumen de hallazgos: (SoF 28) Si bien la clonidina aumentaría la tasa de cesación RR 1,63 (1,22 a 2,18), muy probablemente aumenta la tasa de efectos adversos que obligan a discontinuarla (ej. hipotensión ortostática). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró que el balance de implementar la clonidina tiende a ser positivo comparado con seguir fumando aunque dudó de que se justificara la permanencia de esta recomendación en la actualización. El panel opinó que hay muy poca experiencia y poco uso en nuestro medio y que es una alternativa con alta tasa de efectos adversos y que esto podría condicionar la aceptación de los pacientes (aunque de base serían muy pocos y bien seleccionados) y por la dificultad en el acceso al mismo. El panel acordó que la intervención que se propone justifica su utilización de los costos que conlleva y que para implementarse se requiere aplicar pequeñas transformaciones en el sistema como adecuada capacitación al equipo de salud, acceso y cobertura de los distintos sectores. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.</p>
2 9	c o n d i c i o n a l	<p>La nortriptilina 75 a 150 mg/día y su combinación con parches de nicotina por 12 a 14 semanas, muy probablemente sean efectivas como opciones de segunda línea para aumentar la tasa de cesación. Se sugiere su uso bajo supervisión estricta por sus efectos adversos</p>

	o n al	
		<p>COMENTARIO 29: la nortriptilina es un antidepresivo tricíclico. Dentro de los fundamentos por lo que han sido probado ciertos antidepresivos en cesación está la observación que la depresión es más frecuente en fumadores que en no fumadores, que la nicotina tiene cierto efecto antidepresivo, que los antidepresivos pueden actuar en neuroreceptores involucrados en la adicción a la nicotina y que dejar de fumar puede producir síntomas de depresión. Sin embargo, no todos los antidepresivos han demostrado eficacia (ver R de medicamentos no avalados). Los estudios con nortriptilina incluyeron fumadores de 10 o más cigarrillos/día.</p> <p>El tratamiento comienza unos días antes del día D y continúa por 12 a 14 semanas.</p> <p>No se encuentra fácilmente disponible en nuestro medio. Por su perfil de seguridad se considera fármaco de segunda línea.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R29:</p> <p>Resumen de hallazgos: (SoF 29) Si bien nortriptilina muy probablemente aumente la tasa de cesación RR 2,03 IC95% 1,48 a 2,78 (6 ECA, n=975), y más aún si se la combina con parches respecto a nortriptilina sola RR 1,21 IC95% 0,94 a 1,55 (4 ECA, n=1.644), sin embargo aumentaría la tasa de abandono entre el 4% al 12% (boca seca, sedación, constipación, retención urinaria, etc.). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró que el balance de implementar la recomendación sería positivo comparado con seguir fumando aunque hay muy poco uso en nuestro medio y se trata de una alternativa con alta tasa de efectos adversos lo cual condiciona la prescripción por parte de los profesionales y la aceptación por parte de los pacientes aunque serían bien seleccionados. El panel acordó que la intervención que se propone justifica su utilización y los costos que conlleva y que podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema de salud que mejore su disponibilidad y con adecuada capacitación al equipo de salud. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.</p>
PREVENCION DE RECAIDAS		
30 nueva	C o n d i c i o n a l	<p>En quienes dejaron de fumar y se evalúe el riesgo de recaída, se sugiere considerar prolongar el acompañamiento para el cambio conductual intensivo alcanzando por ejemplo, un encuentro/contacto mensual por un año desde el día D con cualquiera de los formatos recomendados (ej. visitas presenciales o teleconsultas, llamadas proactivas o reactivas, etc.), ya que esto podría aportar un beneficio adicional en la tasa de cesación con aumento variable de la complejidad en la atención.</p>
		<p>COMENTARIO R30: valorar el riesgo de recaída es muy inespecífico y no existe una herramienta adecuada a tal fin. La valoración del riesgo de recaída suele ser consensuada con la persona de acuerdo a sus temores de volver a fumar.</p> <p>La prolongación del tratamiento intensivo podría extenderse incluyendo estrategias específicas respecto a la prevención de recaídas alcanzando hasta 1 encuentro/contacto mensual por 10 meses desde el día D y con formatos variables: visitas presenciales o teleconsultas, llamadas proactiva o reactivas, mensajes de texto de celular. Puede incluir tanto contacto con profesional como con par exfumador.</p> <p>Los enfoques de habilidades comprendidos aquí son: aprender a identificar situaciones de alto riesgo de recaída y se les proporcionan estrategias cognitivas y conductuales para afrontar estas situaciones; alentar a quienes dejan de fumar a "adoptar un estilo de vida libre de humo": intervenciones conductuales alternativas (a menudo implementadas en combinación con el enfoque de habilidades) incluyen la exposición a situaciones imaginarias, escritura, dramatizaciones, apoyo social y ejercicio; consejos de sentido común para la prevención de recaídas a través de aplicaciones móviles y redes sociales (por ejemplo, recordatorios sobre las razones y la importancia de permanecer abstinentes, evitar los desencadenantes del tabaquismo, consejos sobre cómo afrontar impulsos de fumar y control del estado de ánimo) que se pueden complementar por el apoyo de pares.</p>

		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R30: Resumen de hallazgos: (SoF 30) La extensión de las intervenciones conductuales intensivas desde el día D, podrían mejorar un poco la tasa de recaída RR 1,06 IC95% 0,82 a 1,36 (5 ECA, n=1.121). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y coincidió en que existiría un balance positivo de implementar la extensión del tratamiento ante riesgo de recaídas por la importancia y la frecuencia con la que se presentan aunque las ventajas en términos absolutos son pequeñas. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes en riesgo de recaída, que se justificaría el aumento de los costos que conlleva y que podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema de salud. Por todo ello el panel alcanzó consenso en determinar la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.</p>
3 1 n u e v a	C o n d i c i o n a l	<p>En quienes dejaron de fumar y se evalúe riesgo de recaída, se sugiere considerar prolongar el tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TRN por 4 meses desde el día D. - Bupropión por 4 a 12 meses desde el día D. - Bupropión más TRN por 4 meses desde el día D. - Vareniclina por 6 meses desde el día D. <p>ya que esta extensión podría tener un pequeño efecto adicional en mejorar la tasa de cesación, con aumento variable de los costos según la opción utilizada.</p>
		<p>COMENTARIO R31: valorar el riesgo de recaída es muy inespecífico y no existe una herramienta adecuada a tal fin. La valoración del riesgo de recaída suele ser consensuada con la persona de acuerdo a sus temores de volver a fumar o la presencia de algún grado de consumo durante el tratamiento en las primeras semanas/meses (que no constituyan una recaída).</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R31: Resumen de hallazgos: (SoF 31) Los fármacos de primera línea podrían mejorar un poco la tasa de recaída extendiendo su tratamiento: TRN RR 1,04 IC95% 0,77 a 1,40, bupropión RR 1,15 IC95% 0,98 a 1,35 y vareniclina RR 1,23 IC95% 1,08 a 1,41. También la combinación de bupropión con TRN RR 1,18 IC95% 0,75 a 1,87. <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y que existe un balance positivo sobre la necesidad de extender el tratamiento sobre todo en aquellos fumadores con alta dependencia y/o con larga historia de fumador. También planteó que si bien la calidad de la evidencia es baja, el panel considera esta una recomendación que es de utilidad en la guía. Además, consensuó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes, especialmente en fumadores de alta dependencia para sostener la cesación alcanzada, aunque muchos otros podrían preferir no extender el tratamiento. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva ya que el costo total nunca va a superar los gastos por el hábito tabáquico y los problemas de salud. El panel consideró que la intervención analizada podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como que se destinen recursos para la compra en el sector público y se incluyan dentro de las coberturas en los otros sectores. Por todo ello el panel alcanzó consenso en determinar la fuerza de esta recomendación como condicional a favor.</p>

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CESACIÓN

Al intervenir en cesación, se sugiere **atender al aumento de peso con estrategias nutricionales** (incluye intervención nutricional personalizada), **actividad física y tratamiento farmacológico (bupropión y/o terapia de reemplazo nicotínico)** según cada caso, para morigerar el aumento de peso al año de haber dejado de fumar.

COMENTARIO R32: la mayoría de los que dejan de fumar ganan peso (en algunos contextos se ha estimado que llega al 80%). Aunque en general no superan los 4,5 Kg, un 10% de los hombres y un 13% de las mujeres pueden aumentar hasta 13 Kg. El aumento de peso después de dejar de fumar parece deberse tanto a una mayor ingesta por aumento del apetito como parte del síndrome de abstinencia, como también a una disminución del gasto metabólico de reposo que la nicotina acelera y a la supresión de los efectos anorexígenos de la nicotina a nivel del sistema nervioso central. La importancia de atender al aumento de peso se relaciona con no aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, como de no entorpecer la función pulmonar.

El acompañamiento conductual incluye dialogar sobre la aceptación de un modesto aumento de peso dado que los beneficios de dejar de fumar son muy superiores para la salud y motivar a una alimentación saludable.

Aconsejar una **alimentación** con predominio de frutas y verduras; aumentar el consumo de líquidos (agua y jugos cítricos); limitar el consumo de alcohol y organizar la alimentación en -al menos- cuatro comidas diarias, y la adopción de un estilo de vida saludable. El seguimiento nutricional se extendió en los estudios durante los tres primeros meses.

La OMS y el Programa nacional de Lucha contra el Sedentarismo recomiendan sumar **al menos 30 minutos diarios de actividad física cotidiana** para mantener y generar salud. El fumar disminuye la capacidad cardiorrespiratoria y aumenta el tiempo de recuperación post ejercicio. Tanto el daño estructural como la intoxicación de monóxido que aporta el cigarrillo afectan el estado físico aun en personas jóvenes y en buena condición física. Durante el proceso de cesación (acción y mantenimiento) aumenta el rendimiento ya que en 48 hs, se normaliza el CO. Esta mejoría se consolida en los tres a seis meses siguientes.

Las **opciones farmacológicas** reducen el aumento de peso principalmente mientras se reciben según la duración estándar de los mismos. Al año su efecto es muy acotado. Bupropión puede extenderse por un año para atenuar el aumento de peso.

Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R32:

Resumen de hallazgos: (SoF 32 a y b) Tanto bupropión como TRN probablemente tendrían algún efecto en morigerar el aumento de peso en el marco del dejar de fumar. En el caso de bupropión 300 mg/día la diferencia media fue 0,38 kg menos lo cual probablemente varíe entre 2 kg menos a 1,24 kg más. En el caso de TRN la DM 0,42 kg menor probablemente varíe entre 0,92 kg menor a 0,08 kg más alto). Con vareniclina la media fue DM 1,11 kg más alto y probablemente varíe entre 0,75 kg menor a 2,98 kg más alto.

En cuanto a las intervenciones no farmacológicas tanto el ejercicio DM 2,07 kg menor (3,78 menor a 0,36 menor)), como el apoyo nutricional individualizado DM 2,58 kg menor (5,11 menor a 0,05 menor), la educación alimentaria DM 0,21 kg menor (2,28 menor a 1,86 más alto) o realizar un plan alimentario hipocalórico DM 1,3 kg menor (3,49

3
2

		<p>menor a 0,89 más alto) probablemente contribuyan a regular el aumento de peso al dejar de fumar. <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y acordó ampliamente en que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que la evolución más desfavorable del peso corporal es cuando no se usan fármacos de cesación. El panel opinó también que la intervención que se propone será aceptada por la mayoría de los pacientes informados en los cuales se aplicará ya que el aumento de peso es una de las preocupaciones presentes en ellos, aunque muchos otros podrían no aceptarlo o no preocuparles. Además, el panel consideró que el aumento del peso corporal se relaciona con recaídas y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos necesarios porque contribuye también a la disminución del riesgo cardiovascular global. El panel consideró que la intervención analizada podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como adecuada capacitación del equipo de salud. Por todo ello el panel alcanzó consenso en determinar la fuerza de esta recomendación como condicional a favor.</p>
R E X	A L I M E N T A C I Ó N	<p>Una alimentación saludable asegura la incorporación y aprovechamiento de todos los nutrientes, permite lograr y conservar un peso adecuado, y contribuye a evitar y controlar la DM2, la hipertensión arterial y prevenir los eventos cardiovasculares. Acorde a las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una alimentación saludable que incluya alimentos de todos los grupos (verduras, frutas, legumbres, cereales integrales, leche, yogur o queso preferentemente descremados, huevos, carnes y aceites) en las diferentes comidas de modo equilibrado priorizando aquellos que sean frescos o estén en su estado natural, • bajo consumo de sodio (5g de sal por día, equivalentes a 2000 mg de sodio), • consumo de agua segura (ocho vasos diarios). <p>COMENTARIO: Ver los 10 mensajes, con sus contenidos explicativos en las “Guías Alimentarias para la Población Argentina” (GAPA) [20].</p>
TRATAMIENTOS NO AVALADOS		
3 3 *	F U E R T E	<p>Se recomienda no usar el cigarrillo electrónico para dejar de fumar, por riesgo de enfermedad pulmonar grave y por no ser efectivo para la cesación total, produciendo principalmente un mantenimiento de la adicción a la nicotina inhalada.</p>
		<p>COMENTARIO A R33: los dispositivos electrónicos (cigarrillo electrónico) han sido prohibidos por la ANMAT en todo el territorio nacional para su importación, venta y publicidad. Los CE podrían significar un obstáculo en el control del tabaco.</p> <p>Los CE son dispositivos electrónicos portátiles que se usan en la mano y producen un aerosol que se forma al calentar un líquido, diseñado para que el usuario lo inhale. El e-líquido, que generalmente comprende propilenglicol y glicerol, con o sin nicotina y sabores, se almacena en cartuchos desechables o recargables o en un depósito o "cápsula". El término comúnmente utilizado para este aerosol es vapor. En muchos países, los cigarrillos electrónicos se comercializan como productos de consumo y ningún país tiene un cigarrillo electrónico medicinal autorizado.</p> <p>Desde 2012, pero en particular desde 2019 se han reportado 2807 casos de lesiones pulmonares asociadas al uso de cigarrillo electrónico (en inglés EVALI), incluyendo 68 muertes. Esta enfermedad se</p>

	<p>ha vinculado más frecuentemente con el uso de cannabis, vitamina E y tanques obtenidos de fuentes informales, aunque no se ha podido descartar que otros químicos presentes en los cigarrillo electrónico puedan causarla. Se ha planteado el uso de cigarrillos electrónicos como estrategia de reducción de daño ya que se inhalarían menos sustancias tóxicas. Ante la existencia de efectos adversos potencialmente mortales en personas jóvenes es altamente cuestionable tal estrategia, existiendo la alternativa de cesación total y de tratamientos efectivos y seguros.</p> <p>Los cigarrillos electrónicos proporcionan sensaciones similares a las de fumar un cigarrillo. Proporcionan sensaciones de sabor y garganta que están más cerca de fumar que las proporcionadas por el inhalador de nicotina. Algunos aspectos del cigarrillo electrónico y su manipulación explicarían que incluso se cambie el patrón de consumo de cigarrillos con e-liquido sin nicotina. El vapor que parece humo de tabaco solo es visible cuando el usuario exhala, no cuando se sostiene el dispositivo. En estudios cualitativos, los usuarios informan un sentido de identidad compartida con otros usuarios, similar a la identidad de fumar tabaco, y también informan sobre el placer y el disfrute del uso, lo que sugiere que los cigarrillos electrónicos pueden verse menos como una ayuda médica para dejar de fumar, sino más bien como una alternativa aparentemente más inofensiva respecto del fumar. En el mundo existen muchas marcas y modelos diferentes de cigarrillos electrónicos disponibles.</p> <p>Según resultados de la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes de 2018, el 14,4% había consumido cigarrillo electrónico alguna vez en su vida. El 75% conocía los cigarrillos electrónicos, y el 42% creía que eran menos dañinos que los cigarrillos tradicionales. El uso de cigarrillo electrónico se evidenció también en jóvenes que nunca habían probado un cigarrillo común, por lo que iniciarían la adicción a la nicotina. Se trataría de un producto diseñado para captar a los jóvenes, con estrategias específicas de mercadeo apuntadas a esa población.</p> <p>Ver: “Guía de lectura rápida para el equipo de salud: cigarrillo electrónico. Ministerio de Salud de la Nación. 2018”.</p>
	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R33: Resumen de hallazgos: (SoF 33) Los cigarrillos electrónicos con nicotina contribuirían a no usar cigarrillos de paquete comparados con TRN en un 5,7% más (podría variar entre 2,1% más a 10,5% más). Sin embargo, un 80% de personas siguieron usando cigarrillos electrónicos al año mostrando un cambio de tipo de consumo de producto de tabaco. A su vez los cigarrillos electrónicos probablemente aumenten con efectos adversos serios comparados con TRN (RR 1,37 IC95% 0,77 a 2,41) y aumentarían el riesgo de enfermedad pulmonar grave, discapacidad y muerte por enfermedad asociada (EVALI) con gradiente de gravedad a mayor uso. <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizada aunque advirtió que si bien esta RS-MA es nueva y se puede considerar una certeza moderada que los cigarrillos electrónicos con nicotina aumentan las tasas de cesación (pero perpetuando la adicción), todavía faltan ensayos y pruebas para tener confianza en este tipo de dispositivos. El panel acordó ampliamente que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que el uso de cigarrillo electrónico mantiene la adicción a la nicotina y la conducta del acto de fumar, además de los efectos perjudiciales para la salud que generarían los químicos que contiene. El panel señala que la elevada probabilidad de eventos adversos graves relacionados con el cigarrillo electrónico y la imposibilidad de definir qué sustancias lo provocan y cuáles no, hace que la R tenga un balance positivo de beneficio neto para los pacientes. En referencia a su uso como reducción de daño (que excede los alcances de esta GPC), el panel señaló que existe terapéutica para la misma como la TRN que es segura y además con la alternativa de cesación total. El panel concluyó que, por todo lo mencionado, debemos desalentar el uso de cigarrillo electrónico en cualquiera de sus formas y advertir a los pacientes que lo estén utilizando sobre sus riesgos y desventajas. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes una vez informados de los aspectos relevantes al respecto por parte del profesional y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva porque los beneficios superan ampliamente los costos. El panel consideró que la intervención analizada podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como adecuada capacitación del equipo de salud y campañas de difusión sobre los daños del cigarrillo electrónico para la comunidad. Por todo ello el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como fuerte a favor.</p>
<p>3 4</p>	<p>Se sugiere no usar para ayudar a dejar de fumar, el tratamiento farmacológico con citisina, porque si bien podría aumentar la tasa de cesación, no sería fácilmente tolerada a la vez que no está disponible en el país.</p>

	<p>COMENTARIO R34: La citisina es un agonista del receptor nicotínico utilizado en Europa. Si la citisina estuviese disponible en nuestro medio merecería una nueva evaluación. En otros países se propone como un tratamiento de bajo costo. Los efectos adversos gastrointestinales fueron los más frecuentes (51%) en el grupo tratado</p>
	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R34: Resumen de hallazgos: (SoF 34) La citisina podría aumentar la tasa de cesación comparada con placebo RR 3,29 IC95% 1,84 a 5,90, pero probablemente aumente la frecuencia de efectos adversos gastrointestinales (generalmente náuseas) RR 1,76 IC95% 1,28 a 2,42. <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado y con el balance positivo de la aplicación de la recomendación aunque mantiene el interés por su uso de ser comercializada en el país dado su bajo costo y por ser precursor de una alternativa eficaz. Por ello el panel dudó de mantener esta R en la GPC, pero la aceptó en cuanto no disuade la posibilidad de que en algún momento se pueda acceder a la citisina en nuestro medio. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará ya que la droga no está disponible en nuestro medio y los profesionales no tienen experiencia en su uso. Por todo ello el panel alcanzó consenso en cambiar la fuerza de esta recomendación como condicional a favor.</p>
3 5 *	<p>Se recomienda no usar para dejar de fumar, los tratamientos farmacológicos: benzodiazepinas y otros ansiolíticos (ej. diazepam, buspirona), betabloqueantes, acetato de plata, cannabinoides, antidepresivos (IRSS, IMAO y venlafaxina), naltrexona y mecamilamina, por la incertidumbre de estos fármacos respecto a la tasa de cesación.</p>
	<p>COMENTARIO R35: los cannabinoides (ej. rimonabant) han sido retirados del mercado por efectos adversos serios. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) evaluados fueron: fluoxetina, paroxetina y sertralina; los antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) fueron: moclobemida y selegilina. Naltrexona es un antagonista de los opioides y la mecamilamina un antagonista de los receptores nicotínicos usado en otra época como antihipertensivo.</p>
	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R35: Resumen de hallazgos: (SoF 35) Distintas opciones farmacológicas no han logrado mostrar efectividad para la cesación, existiendo incertidumbre por estudios con tamaño de la información muy insuficiente y riesgo de sesgo serio o muy serio: acetato de plata RR 1,04 (IC95% 0,65 a 1,57), naltrexona RR 0,97 (IC95% 0,76 a 1,24) y mecamilamina (n=48, tasa de cesación: 37,5% vs. 4,2%), IRSS RR 0,93 (IC95% 0,71 a 1,22), IMAO RR 1,29 (IC95% 0,93 a 1,79), venlafaxina RR 1,22 (IC95% 0,64 a 2,32), betabloqueantes (oxprenolol RR 5,31 IC95% 0,68 a 41,74 y metoprolol RR 7,52 IC95% 1 a 56,66), buspirona RR 0,76 (IC95% 0,42 a 1,37) y benzodiazepinas (RR 1,00 IC95% 0,56 a 1,80). Los cannabinoides podrían aumentar la tasa de cesación pero han sido retirados del mercado por efectos adversos serios. RR 1,50 (IC95% 1,10 a 2,05). <i>Calidad global de la evidencia: muy baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y acordó que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que son fármacos de eficacia para lo que realmente están destinados, no para el abandono del cigarrillo. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará brindándoles la información adecuada acerca de que no son medicamentos de efectividad demostrada aunque existe una generalización del uso de las benzodiazepinas en nuestro medio las cuales a veces son solicitadas por los mismos pacientes para la cesación o brindadas por médicos que no reconocen ni el alto potencial adictivo de las benzodiazepinas ni que la ansiedad por dejar de fumar es parte del síndrome de abstinencia y que es mejor controlado por los tratamientos específicos. El panel consideró que la intervención analizada es de fácil implementación con adecuada capacitación del equipo de salud y que el uso de drogas no efectivas aumentaría los costos sin aumentar la efectividad. Por todo ello el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como fuerte en contra.</p>

3 6	<p>Se recomienda no usar para dejar de fumar, las propuestas: glucosa, acupuntura tradicional, electroestimulación, bioinformación/biofeedback, privación sensorial, las terapias aversivas, láser e hipnosis por la incertidumbre de su efecto sobre la tasa de cesación.</p> <p>COMENTARIO R36: las terapias aversivas además exponen a las sustancias tóxicas del tabaco.</p>
	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R36: Resumen de hallazgos: (SoF 36a, b) Existe incertidumbre sobre el efecto de distintas propuestas no farmacológicas para dejar de fumar por estudios con tamaño de la información muy insuficiente y riesgo de sesgo serio o muy serio: acupuntura RR 1,10 (IC95% 0,86 a 1,40), electroestimulación RR 0,87 (IC95% 0,61 a 1,23), láser (RR 1,03 IC95% 0,55 a 1,91 y RR 14,18 IC95% 5,92 a 33,94), hipnosis RR 1,21 (IC95% 0,91 a 1,61). La glucosa no aumentaría la tasa de cesación RR 1,08 (IC95% 0,78 a 1,49). <i>Calidad global de la evidencia: muy baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y acordó que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que estos métodos proponen una solución mágica al problema de la adicción, en vez de generar un cambio de conducta. El panel opinó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes informados sobre los tratamientos con efectividad demostrada (aunque algunos siguen recurriendo a estas opciones) y que el uso de alternativas no efectivas aumentaría los costos sin aumentar la efectividad. El panel consideró que la intervención analizada es de fácil implementación con adecuada capacitación del equipo de salud. Por todo ello el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como fuerte en contra.</p>

RECOMENDACIÓN FUERTE/RECOMIENDA: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

RECOMENDACIÓN CONDICIONAL/SUGIERE: se balancea con menor margen los riesgos y beneficios, o la evidencia no lo muestra con consistencia; la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

3 7 *	<p>F u e r t e</p> <p>Se recomienda a los profesionales de la salud que atienden a niños, niñas y adolescentes que interroguen a los padres sobre si consumen tabaco y les ofrezcan consejería para el cambio de comportamiento en todas las consultas (con o sin farmacoterapia) ya que aumenta la tasa de cesación.</p> <p>COMENTARIO R37: las intervenciones comprendidas principalmente son la consejería para el cambio del comportamiento presencial o telefónico, materiales de autoayuda y en algunos casos fármacos. Los niños y niñas son especialmente sensibles al humo ambiental de tabaco, en quienes puede producir otitis a repetición, infecciones respiratorias y de desarrollo/peor evolución de enfermedades respiratorias crónicas (ej. broncoespasmos), trastornos de la conducta y otros. El</p>
-------------	--

		<p>tabaquismo se vincula a mayor incidencia de virus papiloma humano (HPV) desde la adolescencia. Los niños, niñas y los adolescentes resultan beneficiados cuando los padres reciben información sobre el impacto del tabaquismo pasivo y se interviene durante las consultas pediátricas. Esto favorece la disminución de la exposición y promueve la cesación en los padres. Las escuelas por Ley Nacional 26.687 son ALH. Promover que los hogares y los automóviles sean libres de humo de tabaco. Alertar sobre humo de tercera mano puede contribuir particularmente al cuidado de sus hijos.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R37: Resumen de hallazgos: (SoF 37) Las intervenciones a los padres de las niñas, niños y adolescentes muy probablemente aumentan la tasa de cesación 3,5% más (0,5 más a 7,3 más) comparado con no intervenir. <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: El panel acordó con el análisis de la evidencia realizada y que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que la consejería a los padres fumadores aumenta la tasa de cesación y advierte a los mismos de los daños a la salud a la que exponen a sus hijos, ayuda a desnormalizar el acto de fumar y reducir la posibilidad de exposición al humo ambiental de tabaco y de tercera mano en sus hogares. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los cuales se aplicará ya que ellos están interesados en recibir información sobre cómo resguardar a sus hijos del humo de segunda y tercera mano para el cuidado de la salud de sus hijos y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de alto impacto y muy bajo costo. Consideró también que es fácilmente implementable. Por todo ello el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>
3 8 n u e v a	F u e r t e	<p>Se recomienda al equipo de salud (médicos, odontólogos, etc.), aconsejar, brindar educación y consejería en varias oportunidades y formatos (presencial, telefónico, programas interactivos en computadoras, materiales impresos) a niños, niñas y adolescentes, ya que es probable que contribuya en la prevención de inicio de consumo de productos de tabaco.</p>
		<p>COMENTARIO R38: No se encuentra evidencia suficiente sobre la efectividad de tratamientos para la cesación tanto del acompañamiento en el cambio de conducta como el tratamiento farmacológico en adolescentes. En prevención, se incluían 4 a 8 oportunidades de intervención.</p> <p>En cuanto a la prevalencia de tabaquismo adolescente en ARGENTINA: en la encuesta mundial de tabaco en jóvenes (EMTJ) realizada en el 2018 en jóvenes de 13 a 15 años informa una prevalencia de tabaquismo del 19,5% con prevalencia de cigarrillos de 18%, con un consumo eventual del 38,8 y 36 % respectivamente. La encuesta mundial de salud escolar (EMSE) también realizada en el año 2018 a las edades de 13 a 17 años mostró que el 20,4% consume tabaco (19% cigarrillos). De estos datos podemos diferenciar una prevalencia del 14,6% de 13 a 15 años pero lo duplica a las edades de 16 a 17 años llegando al 28,3%. En cuanto a las mujeres de 13 a 15 años la prevalencia de tabaquismo es de 20% siendo la de los varones de un 17%; pero a partir de los 16 a 17 años, esta prevalencia se iguala. A lo largo de las encuestas realizadas se ve una disminución de la prevalencia de tabaquismo en jóvenes a la vez que aparece como problemática incidente el consumo de cigarrillo electrónico en un 7%; lo que muestra un incipiente cambio en el debut de inicio de adicción a la nicotina.</p>

	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R38: Resumen de hallazgos: (SoF 38) La intervención preventiva del inicio del consumo de tabaco en la atención primaria muy probablemente presente un pequeño efecto en la prevención: 7% menos (2,5 menos a 0,7 menos). <i>Calidad de evidencia global: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado. El panel opinó que la prevención es siempre un desafío y que si bien la efectividad de desnormalizar el consumo de tabaco procede de otras políticas (aumento de precios, prohibición de la publicidad, empaquetado neutro, etc.), contribuir a la prevención desde el equipo de salud suma esfuerzos. El panel consideró que se presenta también el cigarrillo electrónico como un desafío a prevenir a esta edad ya que al menos en algunos contextos se presenta como la puerta de entrada al consumo de tabaco. El panel interpretó también que se aplican las primeras recomendaciones de la presente GPC de identificar, anotar y aconsejar directamente a los adolescentes que fuman, más allá de que la efectividad sea mayor en adultos, ya que es parte del rol del equipo de salud advertir sobre el daño de fumar y los beneficios de dejar. El panel también se refirió a tener presente en la consulta con fines preventivos el informar a los niños, niñas y adolescentes respecto a los "nuevos productos del tabaco", a la manipulación de las tabacaleras dirigidas a ellos tanto para el cigarrillo electrónico como para el cigarrillo convencional. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por NNyA y sus padres ya que ellos están interesados en recibir información adecuada para proteger la salud y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de muy bajo costo. El panel consideró también que es fácilmente implementable ya que requiere capacitación del equipo de salud y fortalecimiento de las redes de atención. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de esta recomendación como fuerte a favor.</p>
--	---

RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A LAS MUJERES EMBARAZADAS A QUE DEJEN DE FUMAR

3 9 F u e r t e	<p>En mujeres embarazadas, se recomienda que todo profesional/personal de la salud como parte de una entrevista empática utilice preguntas múltiples (autoadministradas o no) para conocer si la embarazada fuma ya que este tipo de preguntas aumentarían la respuesta sincera de estatus tabáquico</p>
	<p>COMENTARIO R39: Diversas encuestas muestran que un 15-20 % de las embarazadas en Argentina son fumadoras. Las opciones validadas en nuestro país son afirmaciones según reflejen su situación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ahora fumo, y fumo lo mismo que antes de enterarme que estaba embarazada ● Ahora fumo, pero menos desde que me enteré que estaba embarazada ● Fumo de vez en cuando ● Dejé de fumar cuando me enteré que estaba embarazada ● No fumaba ni cuando me enteré del embarazo, ni tampoco ahora. <p>Utilizar este tipo de cuestionarios aumenta la respuesta sincera y facilita la intervención de cesación. Las respuestas positivas a cualquiera de las cuatro primeras preguntas requieren intervención, incluso si dejó al enterarse que estaba embarazada</p>

	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R39: Resumen de hallazgos: (SoF 39) Las preguntas múltiples aumentarían la identificación del estatus de fumadora en mujeres embarazadas que fuman (13% vs 9%). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado. El panel acordó en que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que la mujer embarazada sufre gran presión social para no fumar y la posibilidad de que se cohíba en la evaluación de consumo de tabaco. El panel también enfatizó la importancia de intervenir siempre, aún si dejó de fumar al saber que está embarazada y motivar a seguir sin fumar luego del parto. El panel opinó que las preguntas múltiples y abiertas son aceptadas por las mujeres embarazadas y generan más sinceridad en las respuestas, logrando un clima de empatía, comprensión y reflexión en la atención. El beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención efectiva y de muy bajo costo. El panel consideró también que es fácilmente implementable. Por todo ello el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>
<p>4 0 * F u e r t e</p>	<p>Se recomienda alertar a las embarazadas acerca del riesgo del tabaquismo activo y exposición a humo ambiental del tabaco (bajo peso al nacer, parto prematuro y otros) e implementar distintas estrategias de consejería para la cesación (individual, grupal, telefónico, materiales escritos, teleconsultas, etc.) ya que son efectivas para dejar de fumar durante el embarazo.</p> <p>COMENTARIO R40: La abstinencia en las primeras semanas de embarazo produce el mayor beneficio para el hijo y para la madre. Sin embargo, dejar de fumar en cualquier momento de la gestación genera beneficios incluso en fases avanzadas.</p> <p>Muchos formatos e intensidades resultan efectivos. Es importante que el consejo médico se oriente a evitar todo consumo de tabaco durante la gestación. El consumo de cigarrillos es uno de los principales factores de riesgo modificables de morbilidad en el embarazo. Los efectos adversos del consumo de tabaco durante el embarazo y después del mismo incluyen mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, placenta previa, retraso del crecimiento intrauterino, síndrome de muerte súbita neonatal y otros muchos riesgos para la salud de la mujer y su hijo.</p> <p>El humo del cigarrillo contiene miles de componentes químicos, muchos de los cuales pueden producir toxicidad reproductiva. Son especialmente preocupantes el monóxido de carbono, la nicotina y los oxidantes. Las concentraciones altas de monóxido de carbono tienen efectos neuroteratogénicos. Los oxidantes químicos probablemente contribuyan a un aumento del riesgo de complicaciones trombóticas y, al reducir la disponibilidad del óxido nítrico, contribuyan a provocar vasoconstricción placentaria y parto prematuro.</p> <p>Alertar también sobre el humo de tercera mano puede contribuir particularmente al cuidado de sus hijos.</p>
	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R40: Resumen de hallazgos: (SoF 40) La consejería para la modificación del comportamiento aumenta la tasa de cesación durante el embarazo un 4,0% más (1,7 más a 6,6 más) comparado con no intervenir. La educación sanitaria (en una o varias oportunidades) probablemente aumente la tasa de cesación durante el embarazo 4,6% más (0,1 menos a 12,1 más). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado. El panel acordó que existe un balance positivo de implementar esta recomendación debido a la morbilidad y las consecuencias perjudiciales que produce en el embarazo el tabaco, por tanto la educación sanitaria y la consejería son estrategias viables para aplicar. El panel también agregó la importancia de informar sobre el humo de tercera mano por posibles convivientes fumadores y enfatizó que SIEMPRE se debe ayudar a que la embarazada deje de fumar. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por las mujeres embarazadas las que se encuentran más sensibilizadas para el cambio y receptivas a las recomendaciones sobre el cuidado de su salud y la del niño/niña. El panel consideró que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de muy bajo costo y fácilmente implementable. Por todo ello el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.</p>

<p>4 1</p> <p>C o n d i c i o n a l</p>	<p>Se sugiere utilizar, si están disponibles, las estrategias de retroalimentación relacionadas con mediciones bioquímicas/métodos de diagnóstico (ej. medición de monóxido de carbono exhalado) en mujeres embarazadas que fuman como medio de concientización tabáquico y seguimiento de la cesación porque aumentaría la tasa de cesación con aumento de los costos y la complejidad de la atención.</p> <p>COMENTARIO R41: en nuestro medio hay experiencias favorables con utilización de COexh, otras estrategia de validación bioquímica como la medición de cotinina también sería efectivo pero es más compleja su realización. También resulta útil dar feedback en oportunidad de la realización de las ecografías, que el/la obstetra o la obstétrica le adviertan a la mujer sobre los daños del tabaco durante el embarazo.</p>
	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R41: Resumen de hallazgos: (SoF 41) Brindar feedback basados en mediciones bioquímicas/biológicas a las mujeres embarazadas aumentaría la tasa de cesación durante el embarazo 13,0% más (3,4 más a 35,2 más). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: El panel acordó con el análisis de la evidencia realizada. El panel acordó ampliamente que probablemente exista un balance positivo de implementar esta recomendación ya que, de estar disponibles estas mediciones, inciden favorablemente en la motivación para la cesación de la paciente (siempre deben acompañarse de consejería). El panel acordó que la intervención será aceptada por las mujeres embarazadas quienes muestran sensibilidad a los riesgos de la adicción, pero que también muchas podrían negarse a realizarlo. El beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva por el alto impacto que tiene en la motivación. El panel consideró también que se podría implementar porque no requiere grandes transformaciones del sistema: compra de equipos medidores y capacitación para el uso. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.</p>
<p>4 2</p> <p>C o n d i c i o n a l</p>	<p>Para ayudar a dejar de fumar a mujeres embarazadas se sugiere reservar el tratamiento farmacológico con Terapia de reemplazo nicotínico para aquella embarazada que no logre la cesación con la consejería para el cambio de comportamiento, y consensuar con la paciente luego de informar los riesgos y beneficios de su uso.</p>
	<p>COMENTARIO R42: El uso de fármacos está restringido en el embarazo. La terapia de reemplazo nicotínico puede ser útil con cierta incertidumbre sobre su seguridad. Reservar su uso para el 2do o 3er trimestre. Hay muy pocos datos sobre eficacia y seguridad de bupropión y vareniclina en embarazo.</p>

	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R42: Resumen de hallazgos: (SoF 42) La TRN junto con apoyo comportamental muy probablemente aumente la tasa de cesación durante el embarazo 3,5% más (0,3 más a 7,9 más). Existe incertidumbre sobre si el uso de TRN podría aumentar o reducir los efectos adversos durante el embarazo comparado con placebo: 1) pérdida del embarazo (4 ECA) RR 1,47 IC95% 0,45 a 4,77; 2) Nacidos muertos (4 ECA) RR 1,24 IC95% 0,54 a 2,84; 3) peso medio al nacer DM 100,54 g más los que recibieron nicotina IC95% -20,84 g a 221,91 g; 4) Bajo peso al nacer definido como menos 2500 g al nacer (4 ECA) RR 0,74 IC95% 0,41 a 1,34; 5) Parto Prematuro anterior a 37 semanas RR 1,2 IC95% 0,62 a 2,35; 6) Internaciones en neonatología (4 ECA) RR 0,9 IC95% 0,64 a 1,27; 7) Muerte neonatal (4 ECA) RR 0,66 IC95% 0,17 a 2,62; 8) Anormalidades congénitas (2 ECA) RR 0,73 IC95% 0,33 a 1,48; 9) necesidad de cesárea (2 ECA) RR 1,18 IC95% 0,83 a 1,69. <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado. El panel acordó que existe un balance positivo de implementar esta recomendación en casos de adicción alta, donde no es posible llegar a la cesación con la consejería y acompañamiento. En esos casos, el uso de terapia de reemplazo resulta beneficioso y menos dañino que continuar fumando, tratando de excluir el primer trimestre, pero que muchas mujeres podrían preferir no usarlo. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por las mujeres embarazadas adecuadamente informadas acerca del balance riesgo-beneficio respetando su decisión. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva y que es de fácil implementación. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.</p>
--	---

RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A LAS PERSONAS CON PADECIMIENTOS MENTALES A QUE DEJEN DE FUMAR

4 3 C o n d i c i o n a l	<p>En personas con antecedentes de padecimientos mentales (depresión, esquizofrenia, bipolaridad) se sugiere el uso de terapias farmacológica (bupropión, Terapia de Reemplazo Nicotínico, vareniclina) porque muy probablemente aumenten la tasa de cesación.</p>
	<p>COMENTARIO R43: Frecuentemente esta población presenta alta dependencia. También han sido evaluadas las combinaciones de bupropión y TRN. Los estudios con la combinación de TRN y vareniclina excluyeron a personas con padecimientos mentales. Puede ser oportuno consensuar con el equipo de salud mental tratante.</p> <p>Para aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: Ministerio de Salud ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con padecimientos mentales? Guía para lectura rápida del equipo de salud (06).</p>
	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R43: Resumen de hallazgos: (SoF 43) Bupropión probablemente aumente la tasa de cesación en personas con esquizofrenia y trastornos bipolares 4,6% más (1,8 menos a 32 más). Vareniclina probablemente aumente la tasa de cesación en personas con depresión o trastorno bipolar 11,2% más (0,3 más a 48,3 más). TRN muy probablemente aumente la tasa de cesación en padecimientos mentales esquizofrenia y trastornos afectivos y bipolaridad, 6,9% más (0,4 más a 23,1 más). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y acordó que existe un balance positivo en la implementación de esta recomendación ya que son pacientes de difícil abordaje y baja adhesión a las estrategias motivacionales y de control de la impulsividad, por lo cual la combinación con la estrategia farmacológica suele ser necesaria. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada porque muchos pacientes con padecimientos mentales desean dejar de fumar y requieren intervenciones más intensivas y adecuado acompañamiento, sin embargo en muchos otros podría afectar el equilibrio de su salud mental alcanzado y sería necesario acordar con el equipo tratante la oportunidad de tratamiento. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva ya que son pacientes con alta dependencia y comorbilidades donde la cesación disminuye riesgos y mejora calidad de vida. El panel consideró que la intervención analizada podría</p>

	implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como capacitación del equipo de salud, equipo de abordaje multidisciplinario, buena información al paciente y mejor accesibilidad al tratamiento. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como condicional a favor.
4 4 C o n d i c i o n a l	En personas con consumo problemático de sustancias se sugiere el uso de terapias comportamentales y farmacológicas (bupropión, Terapia de Reemplazo Nicotínico, vareniclina) ya que aumentarían la tasa de cesación
	<p>COMENTARIO R44: Estas personas, presentan una prevalencia de tabaquismo mucho mayor que la población general, con criterio de alta dependencia a la nicotina y sus consecuencias negativas se potencian.</p> <p>Para aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: Ministerio de Salud ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con padecimientos mentales? Guía para lectura rápida del equipo de salud (06).</p>
	<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R44:</p> <p>Resumen de hallazgos: (SoF 44) En personas con consumo problemático de sustancias, comparado con no intervenir, el tratamiento comportamental podría aumentar la tasa de cesación en un 1,5% más (0,5 menos a 4,4 más); la farmacoterapia (TRN, bupropión, vareniclina) podría aumentar la tasa de cesación en un 12,0% más (5 más a 21,3 más) y la combinación de terapias comportamental y farmacológica podría aumentar la tasa de cesación en un 6,8% más (3,6 más a 10,9 más). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y acordó que existe un balance positivo en la implementación de esta recomendación ya que a veces el equipo tratante subestima el consumo del tabaco a pesar de que la intervención es probablemente efectiva, y los riesgos de aplicarla, aún en esta población con gran componente conductual adictivo, parecen bajos. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por muchos de los pacientes en los que se aplicará pero muchos podrían no aceptarlo y que, si bien el abordaje es complejo y se requieren equipos multidisciplinarios para su adecuado abordaje, el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva ya que son pacientes con alta dependencia y comorbilidades donde la cesación disminuye riesgos y mejora la calidad de vida. El panel consideró que la intervención analizada podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema como capacitación del equipo de salud, equipo de abordaje multidisciplinario y mayor accesibilidad al tratamiento. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como condicional a favor.</p>

RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A QUE DEJEN DE FUMAR PERSONAS: INTERNADAS, EN PLAN DE CIRUGÍAS, O QUE PADECEN EPOC, CARDIOPATÍA, VIH O PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

45	F u e r t e	Se recomienda en toda persona internada averiguar si fuma, registrarlo e intervenir en cesación con consejería para el cambio de comportamiento y tratamiento farmacológico y programar un seguimiento -al menos telefónico- durante el mes posterior al alta, ya que estas intervenciones muy probablemente aumenten la tasa de cesación
----	----------------------------	--

		<p>COMENTARIO R45: La sola internación aumenta la posibilidad de cesación. Al internarse se enmarcan en las recomendaciones de interrogar y anotar en la historia clínica el estatus tabáquico (ej: en la lista de problemas activos y en la epicrisis). Esta situación se enmarca en ambientes libres de humo (ALH) por ley nacional 26.687/1.</p> <p>Para aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: Ministerio de Salud ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a la persona internada? Guía para lectura rápida del equipo de salud (03).</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R45:</p> <p>Resumen de hallazgos: (SoF 45) Las intervenciones intensivas (incluyen contacto durante la internación y contacto tras el alta que dura más de un mes) muy probablemente aumenten la tasa de cesación en un 12,2% más (8,3 más a 16,9 más). Las intervenciones comportamentales con TRN muy probablemente aumentan la tasa de cesación en un 5,3% más (0,9 menos a 15,1 más) comparado con no intervenir. <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y en que existe un balance positivo en la implementación de la cesación en la internación. Además acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los que se aplicará ya que la internación es buen momento para reconocer la importancia de la salud, el estado de adicción y poder iniciar intervenciones ya que hay más tiempo de contacto con los pacientes. El panel opinó que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva con mínimo a nulo aumento de los costos y que desde la ley nacional del 2011, los pacientes reconocen que en los hospitales no se puede fumar. El panel consideró que la intervención analizada es de fácil implementación. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en cambiar la fuerza de esta recomendación como fuerte a favor.</p>
46	Fuer te	<p>Se recomiendan las intervenciones de cesación (conductuales y farmacológicas) previas a la operación en fumadores en plan de cirugía ya que muy probablemente aumenten la tasa de cesación al momento de la cirugía y mejoren la evolución postoperatoria.</p> <p>COMENTARIO R46: evaluar la posibilidad de acordar con el paciente un tratamiento de cesación a largo plazo.</p> <p>Para aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: Ministerio de Salud ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a la persona internada? Guía para lectura rápida del equipo de salud (03).</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R46:</p> <p>Resumen de hallazgos: (SoF 46) El tratamiento conductual intensivo de múltiples contactos aumentaría la tasa de cesación antes de la cirugía en un 46,0% más (16,7 más a 115,4 más). Las intervenciones breves aumentan la tasa de cesación antes de la cirugía en un 11,5% más (6,1 más a 17,7 más). Las intervenciones intensivas con múltiples contactos muy probablemente disminuyan las complicaciones postoperatorias en un 26,8% menos (33,7 menos a 16,2 menos) al igual que las intervenciones breves a tal fin (2,5% menos -8,6 menos a 5,9 más-). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y opinó que existe un balance positivo en la implementación de esta recomendación por doble beneficio: abandono del tabaco y reducción de complicaciones perioperatorias. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los que se aplicará ya que los pacientes están interesados en la buena evolución en relación a las cirugías evitando complicaciones y aprovechando la oportunidad para dejar de fumar y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva. El panel consideró que la intervención analizada es de fácil implementación debido a que requiere sólo formación del personal de salud a cargo, como incorporar a cirujanos y anestesistas al abordaje, capacitar al resto del equipo y mejorar accesibilidad al tratamiento. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en cambiar la fuerza de esta recomendación como fuerte a favor.</p>

47	F u e r t e	<p>Se recomienda las intervenciones de cesación (conductuales y farmacológicas) en fumadores con enfermedad cardiovascular ya que muy probablemente aumenten la tasa de cesación.</p>
		<p>COMENTARIO R47: el cigarrillo es el mayor factor de riesgo cardiovascular evitable. Se recomienda interrogar sobre el consumo de tabaco y aconsejar la cesación –incluso de pocos cigarrillos-. Consumir cuatro cigarrillos por día duplica el riesgo de infarto agudo de miocardio. El tratamiento farmacológico evaluado en esta población incluye TRN, bupropión y vareniclina.</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R47: Resumen de hallazgos: (SoF 47a y 47b) Distintos abordajes conductuales y farmacológicos son efectivos en población con enfermedad cardiovascular establecida: bupropión RR 1,42 (IC95% 0,93 a 2,16), TRN RR 1,23 (IC95% 0,86 a 1,76), vareniclina RR 2,64 (IC95% 1,72 a 4,06), consejería telefónica RR 1,50 (1,15 a 1,97) y consejería individual RR 1,68 (IC95% 1,13 a 2,48). En cuanto a la seguridad de los fármacos de primera línea para la cesación: vareniclina probablemente no aumente los eventos cardiovasculares mayores -ECVM- (3% menos -0,4 menos a 0,2 más-), bupropión podría raramente asociarse con ECVM (0,1% más -0,2 menos a 0,8 más-) y TRN podría no asociarse con ECVM (0,2% menos -0,3 menos a 0,4 más-). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i></p> <p>Conclusión del panel: El panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró que existe un balance positivo en la implementación de la cesación debido a que el tabaco es un importante factor de riesgo de la patología cardiológica. El panel acordó que las estrategias conductuales y farmacológicas serán aceptadas por los pacientes con enfermedad cardiovascular ya que muy mayoritariamente se identifica al tabaco como su causante y agravante y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva debido a que evita complicaciones cardiovasculares. El panel consideró que la intervención analizada es de fácil implementación debido a que los cardiólogos reconocen e intervienen indicando dejar de fumar o derivando. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como fuerte a favor.</p>
48	F u e r t e	<p>Se recomiendan las terapias comportamentales y farmacológicas (Terapia de Reemplazo Nicotínico, bupropión y vareniclina) en fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ya que aumentarían la tasa de cesación.</p>
		<p>COMENTARIO R48: La EPOC es consecuencia directa del cigarrillo en el 80% de los casos. La cesación aumenta la sobrevida y la calidad de vida específicamente en esta situación clínica. Para aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: Ministerio de Salud ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)? Guía para lectura rápida del equipo de salud (05).</p> <p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R48: Resumen de hallazgos: (SoF 48) El tratamiento conductual aumentaría la tasa de cesación en fumadores con EPOC en un 4,2% más (1,2 más a 13,6 más), y combinado con tratamiento farmacológico en un 10,2% más (5,5 más a 16,6 más). Los fármacos de primera línea aumentarían la tasa de cesación en EPOC: TRN RR 2,60 (IC95% 1,29 a 5,24), bupropión RR 1,96 (IC95% 1,18 a 3,25) y vareniclina RR 3,34 (IC95% 1,88 a 5,92). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y que, si bien puede ser adecuado valorarla como de baja confianza, siendo el tabaco el único factor causante en el 85% de los casos, existe siempre un balance positivo en la implementación de esta recomendación. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los que se aplicará ya que las personas con EPOC son una población especial con alta dependencia con mayor dificultad en alcanzar</p>

		<p>la cesación y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva debido a que solo el dejar de fumar reduce complicaciones (exacerbaciones que deterioran su función, internaciones, uso de oxigenoterapia, depresión, etc.) y empeoramiento de la enfermedad de base. El panel consideró que la intervención analizada es de fácil implementación debido a que los especialistas en neumonología en nuestro país están muy comprometidos con la cesación. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como fuerte a favor.</p>
49	Fuerte	<p>Se recomienda aconsejar dejar de fumar y las intervenciones de cesación (conductuales y farmacológicas) en fumadores con VIH (+) ya que esto aumentaría la tasa de cesación al menos a corto plazo.</p>
		<p>COMENTARIO R49: mejora específicamente la supervivencia y la calidad de vida en personas con virus de inmunodeficiencia humana. Para aplicaciones prácticas de esta recomendación (por ejemplo interacciones de fármacos de cesación con antirretrovirales) ver: Ministerio de Salud ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) +? Guía para lectura rápida del equipo de salud (04).</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R49: Resumen de hallazgos: (SoF 49) Las intervenciones de cesación (tratamiento conductual y fármacos) en personas con VIH + podría aumentar la tasa de cesación a corto plazo (hasta 20 semanas) RR 1,51 (IC95% 1,15 a 2,00), pero no se observa este resultado a 6 o más meses RR 1,00 (IC95% 0,72 a 1,39). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i></p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con la evaluación de la evidencia analizada a pesar de que su efectividad solo pudo ser determinada a corto plazo (posiblemente por la época en que fueron realizados los estudios). El panel opinó que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que las intervenciones de cesación en las personas con VIH+ mejoran los niveles de salud frente a la evolución de la situación específica. El panel acordó que la intervención que se propone será aceptada por los pacientes en los que se aplicará ya que mejora la calidad de vida y supervivencia y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva. El panel consideró que la intervención analizada es de fácil implementación debido a que requiere capacitación del equipo de salud tratante de este grupo de pacientes. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como fuerte a favor.</p>
50	Fuerte	<p>Se recomiendan las intervenciones de cesación (conductuales y farmacológicas) en fumadores con patología oncológica ya que muy probablemente aumenten la tasa de cesación.</p>
		<p>COMENTARIO R50: la cesación mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de aparición de un segundo tumor, mientras que seguir fumando se asocia a mayor toxicidad y menor efecto de quimioterapia. Para aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: Ministerio de Salud ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con enfermedad oncológica? Guía para lectura rápida del equipo de salud (02).</p>
		<p>Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R50: Resumen de hallazgos: (SoF 50) Las intervenciones en cesación (comportamental y farmacológica TRN, bupropión, vareniclina) muy probablemente aumenten la tasa de cesación en un 4,5% más (1,1 menos a 11,3 más).</p> <p>Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado y que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que si continúa fumando podría empeorar el cuadro clínico y posiblemente interferiría en su tratamiento quimioterápico. El panel acordó que la intervención que se</p>

	propone será aceptada por los pacientes en los que se aplicará ya que mejora la calidad de vida y sobrevida y que el beneficio neto esperado justifica la utilización de los recursos que conlleva ya que mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de aparición de un segundo tumor. El panel consideró que la intervención analizada es de fácil implementación y que los especialistas en oncología están atentos a indicar la cesación y a derivar a tal fin. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en cambiar la fuerza de esta recomendación como fuerte a favor.
--	--

EVIDENCIA QUE SUSTENTA LAS RECOMENDACIONES

Abreviaturas metodológicas

DM: diferencia de medias. DME: diferencia de medias estandarizada. DMP: diferencia de medias ponderada.

E: especificidad.

EA: efectos adversos.

ECA: estudio clínico aleatorizado.

HR: *hazard ratio*.

I²: prueba estadística para evaluar heterogeneidad.

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

IR: índice de riesgo.

n: número o tamaño de una muestra.

MA: metaanálisis.

OR: *odds ratio*.

p: probabilidad (del estadístico).

RIC: rango intercuartilo

RR: riesgo relativo.

RS-MA: revisión sistemática y metaanálisis.

TOI: tamaño óptimo de la información.

Nota metodológica 1: en general el sistema GRADE desalienta a los elaboradores de las guías a hacer recomendaciones fuertes cuando la confianza en el estimador del efecto para desenlaces críticos, es baja o muy baja. GRADE ha identificado cinco situaciones paradigmáticas en las cuales se garantizan recomendaciones fuertes o muy fuertes a pesar de la baja o muy baja calidad de la evidencia. Estas situaciones se pueden conceptualizar como aquellas en las que el panel tendría un bajo grado de arrepentimiento por bajo riesgo de daño [7].

Nota metodológica 2: En el contexto del desarrollo de una guía, es necesario hacer una evaluación global de la calidad de la evidencia a través de los desenlaces, ya que una recomendación considera todos los desenlaces. El sistema GRADE recomienda que para esta evaluación general se considere la importancia relativa de los desenlaces. Cuando para varios desenlaces CRÍTICOS existan distintas calidades de evidencia, se toma como resultante la valoración más baja entre dichos desenlaces considerados como críticos para tomar una decisión. Sin embargo, otra posibilidad que se admite es que si a lo largo de todos los desenlaces críticos de mejor calidad, alguno/os de menor calidad no afectarían la recomendación, se conserve el mejor puntaje. Esta última opción es la más utilizada en las GPC de la DINAIENT.

TABLAS DE RESUMEN DE HALLAZGOS

Tablas “Summary of Findings” o SoF

Las tablas SoF presentan en formato ágil y accesible los hallazgos clave, principalmente de las RS-MA. Se construyen en base a sus componentes fundamentales: pregunta clínica, desenlaces (principalmente los valorados como críticos), estimadores de efecto, certeza de la evidencia (sin el detalle acerca de los juicios de la calidad de la evidencia contenidos en el perfil de evidencia) y descripción narrativa de los resultados (*¿qué pasa?*).

La calidad de la evidencia admite ser traducido de un modo narrativo (*¿qué pasa?*) de la información presentada numéricamente. Se elaboran a través de un método estandarizado que considera la certeza de la evidencia y el tamaño del efecto con frases como “reduce” (calidad alta), “probablemente reduce” (calidad moderada), “podría reducir” (calidad baja), y “hay incertidumbre” (calidad muy baja). También se acompaña de adjetivos que expresan la magnitud del efecto como “ligeramente”, “poca o ninguna diferencia”, etc.

El formato estándar de las tablas SoF incluye:

- La lista de los desenlaces.
- El riesgo asumido: medición de la carga típica de los desenlaces, p.ej. Riesgo ilustrativo o también llamado riesgo basal, calificación basal o riesgo del grupo control.
- El riesgo correspondiente: medición de la carga de los desenlaces después de aplicada la intervención, p.ej. El riesgo de un desenlace en las personas tratadas/expuestas con base en la magnitud relativa de un efecto y el riesgo asumido (basal).
- El efecto relativo: para desenlaces dicótomos la tabla proveerá usualmente el RR, OR o HR.
- El número de participantes y el número y diseño de los estudios.
- Calificación de la calidad global de la evidencia para cada desenlace (puede variar entre desenlaces).
- *¿Qué pasa?*: una valoración sobre la magnitud del efecto absoluto y la certeza en la evidencia.
- Explicaciones: en caso de ser necesario, acerca de la información en la tabla.
- Comentarios (de ser necesarios).

(En documento aparte)

ANEXO 1. NARRATIVA DE LA EVIDENCIA EN QUE SE SUSTENTAN LAS RECOMENDACIONES

El panel fue consultado sobre la conveniencia de conservar un resumen narrativo de la evidencia en que se basa la presente guía para fundamentar las recomendaciones. El panel opinó que si bien las tablas SoF resultaron claras, conservar las dos expresiones facilita el acceso a dicha información en quienes no estén familiarizados con las tablas.

EVALUACIÓN DEL ESTATUS DE FUMADOR Y CONSEJO ANTITABÁQUICO DADO POR EL EQUIPO DE SALUD

Un MA (9 ECA) indica que la presencia de un sistema de **identificación de los fumadores** (preguntar estatus y registrar) se asocia a un aumento de la tasa de intervención por parte de los profesionales sanitarios (OR 3,1 IC95% 2,2 a 4,2) [1]. Otro MA (3 ECA) encontró que la presencia de un sistema de identificación de los fumadores se asocia a un aumento de la tasa de cesación (OR 2 IC95% 0,8 a 4,8) [1].

Múltiples estudios de cohorte y de casos y controles, muestran daño significativo para la salud a baja dosis de cigarrillos incluso en **fumadores que no lo hacen diariamente** (intermitente, sociales, etc.) [21] (Tabla 1). Los fumadores de este grupo cumplen criterios de dependencia.

Tabla 1: Riesgos para la salud de pocos cigarrillos. Modificada de Schane y col [21].

Enfermedad	Tabaquismo	Riesgo para el fumador (IC95%)
Enfermedad cardiovascular		
Cardiopatía isquémica	1-4 cig/día	RR 2,74 para varones (2,07 a 3,61) RR 2,94 para mujeres (1,75 a 4,95)
Aneurisma de aorta	< 10 cig/día	RR 2,29
Mortalidad cardiovascular	ocasional	RR 1,5 para varones (1 a 2,3)
Neoplasias		
Cáncer esofágico	1-14 cig/día	RR 4,25
Cáncer de pulmón	1-4 cig/día	RR 2,79 para varones (0,94 a 8,28) RR 5,03 para mujeres (1,81 a 13,98)

Cáncer gástrico	1-4 cig/día	RR 2,4 (1,3 a 4,3)
Cáncer pancreático	< 10 cig/día	RR 1,8 (1,4 a 2,5)
Enfermedades respiratorias		
Infecciones respiratorias bajas	< paquete/día	RR 1,5 para varones RR 1,13 para mujeres
Tos prolongada	< paquete/día	7,7 días en fumadores vs 6,8 días en no fumadores
Salud reproductiva		
Retraso en el tiempo a la concepción	1-4 cig/día	OR 1,1 para 6 meses de retraso OR 3,2 para 18 meses de retraso
Función de los espermatozoides	4 cig/día/5 años	Disminución de movilidad y densidad
Embarazo ectópico	< 10 cig/día	OR 1,4 (0,8 a 2,5)
Otras enfermedades		
Fractura de tobillo en mujeres	1-10 cig/día	OR 3,0 (1,9 a 4,6)
Cataratas/ opacidades en el vítreo	< 10 cig/día	OR 1,68 (1,14 a 2,49)
Limitación física por desgarro meniscal	< paquete/día	IR 1,44 (1,07 a 1,94)
Mortalidad (varones todas las causas)	ocasional	OR 1,6 (1,3 a 2,1)

El **consejo del médico** de dejar de fumar aumenta significativamente la tasa de cesación a 6 meses RR 1,66 (IC95% 1,42 a 1,94)[22]. El consejo, asesoría y estrategias para dejar

provistas por el personal de enfermería es efectivo de forma similar RR 1,29 (IC95% 1,21 a 1,38) [23].

Las intervenciones de cesación provistas por **dentistas** aumentan la tasa de cesación comparado con la ausencia de la intervención OR 1,74 (IC95% 1,33 a 2,27)[24]. Las intervenciones breves (consejo y consejería práctica) impartido por **farmacéuticos** comparado con consejo breve, folletería o cuidado habitual se asocia a una tasa de cesación de RR 2,30 (IC95% 1,33 a 3,97) comparado con la ausencia de la intervención [25].

Un MA de 12 ECA describe que los materiales de autoayuda basados en el **estadio de cambio** comparado con el cuidado habitual o la simple evaluación aumente la tasa de cesación RR 1,32 IC95% 1,17 a 1,48 pero no más efectivas que la intervención no basada en los estadios de cambio [26]. Este MA también encontró que el acompañamiento conductual basado en estadios de cambio se asocia a la tasa de cesación de RR 1,24 IC95% 1,08 a 1,42, comparado con cualquier otra estrategia de evaluación, el cuidado habitual o la simple evaluación [26].

INTERVENCIONES PARA AUMENTAR LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

Un MA de 4 ECA realizado por la colaboración Cochrane que incluyó adolescentes, estudiantes universitarios y pacientes adultos en consulta de atención primaria reveló que la **entrevista motivacional** a baja intensidad no se asocia a aumentar la tasa de cesación comparada con ausencia de intervención (RR 0,84 IC95% 0,63 a 1,12)[27]. Sin embargo, este mismo MA (incluyendo 5 estudios) encontró que el empleo intensivo de esas técnicas si se asocia a mayores tasas de cesación comparado con menor intensidad (RR 1,23 IC95% 1,11 a 1,37) [27].

Las **mediciones biológicas de exposición de riesgo o de detección de daño** para motivar a dejar fueron evaluadas por un MA de la colaboración Cochrane clasificadas en tres categorías: exposición al tabaco: CO exhalado (COexh) o cotinina (saliva o sangre); medición de riesgo de enfermar: determinación individual de riesgo para cáncer o enfermedad de Crohn; detección de daño: espirometría informada o no como edad del pulmón, con o sin COexh o ultrasonido carotídeo. Las mediciones de exposición al tabaco (monóxido de carbono exhalado o cotinina) probablemente no tengan ningún efecto en la tasa de cesación RR 1,00 IC95% 0,83 a 1,21 [28]. Las mediciones de riesgo de enfermar de **cáncer** o enfermedad de Crohn no producirían diferencias en la tasa de cesación RR 0,80 IC95% 0,63 a 1,01. Las mediciones de detección de daño no se asocian con aumento de la tasa de cesación RR 1,24 IC95% 0,83 a 1,84 para espirometría sola o informada como edad pulmonar, RR 1,27 IC95% 0,74 a 2,18 para espirometría con medición de COexh y RR 1,56 IC95% 0,67 a 3,66 para ultrasonido carotídeo.

INTERVENCIONES PARA LAS PERSONAS QUE REALIZAN UN INTENTO DE DEJAR DE FUMAR: INTENSIDAD Y MODALIDADES

Una RS-MA (36 ECA) mostró que las **intervenciones breves** en adultos integradas a las consultas clínicas habituales presenciales en atención primaria, sin entrenamiento especial aumentan la tasa de cesación OR 1,78 (IC95% 1,44 a 2,21) comparado con el cuidado habitual y sin diferencias en el uso de medicación entre las comparaciones[29].

Esto incluye 5A/5R (n=4 estudios), apoyo cognitivo conductual (n=10 estudios), educación para la salud (n=7 estudios), intervención motivacional (n=13 estudios), consejo simple (n=5 estudios), prevención de recaída (n=2 estudios), intervención multicomponente (n=1 estudio) y derivación (n=1 estudio). En promedio incluían 2,64 encuentros. Esta evidencia se superpone con la del consejo médico e intervención intensiva. La adición del apoyo telefónico a la intervención de base aumenta el éxito en algunas poblaciones (varones, jóvenes, consumidores de pocos cigarrillos) [30]. Las intervenciones breves de hasta tres minutos por cada contacto aumentan significativamente las posibilidades de cesación, y si el tiempo de contacto es entre tres y 10 minutos aumentan aún más la efectividad.

Una RS-MA (11 ECA) encontró que la consejería **individual intensiva** (mayor número y tiempo de contactos) aumenta la tasa de cesación RR 1,29 (IC95% 1,04 a 1,52)[31]. Otra RS-MA (63 ECA) informó que combinado con el uso de fármacos, el apoyo presencial intensivo aumenta la tasa de cesación: RR 1,15 (IC95% 1,08 a 1,22) [32]. En esta publicación también se encontró que el apoyo conductual presencial de más de cuatro contactos RR 1,20 (IC95% 1,02 a 1,43) aumenta la tasa de cesación, lo mismo que 4 a 8 contactos comparados con 1 a 3 contactos RR 1,10 (IC95% 1,01 a 1,19). La misma RS-MA evaluó que más de 8 contactos probablemente aumenten la tasa de cesación, comparado con 1 a 3 contactos RR 1,05 (0,70 a 1,57) [32].

Otra RS-MA encontró que el tratamiento **intensivo grupal** comparado con la ausencia de intervención aumenta la tasa de cesación (9 ECA, RR 2,60 IC95% 1,80 a 3,76) [33]. Asimismo, encontró que el tratamiento grupal comparado con la provisión de materiales escritos de autoayuda muy probablemente aumente la tasa de cesación (13 ECA, RR 1,88 IC95% 1,52 a 2,33) [33]. El tratamiento grupal muy probablemente aumente la tasa de cesación comparado con el consejo breve o charlas de concientización (16 ECA, RR 1,25 IC95% 1,07 a 1,46) [33].

El tratamiento grupal y el tratamiento individual presencial muy probablemente tengan efecto similar en la tasa de cesación (6 ECA, RR 0,99 IC95% 0,76 a 1,28) [33].

Los resultados del MA de la guía estadounidense (n=37 estudios) indicarían que la participación de **terapeutas de distintas disciplinas** podría asociarse a mayor tasa de cesación con superposición de los intervalos de confianza (OR 1,8 IC95% 1,5 a 2,2 para un solo terapeuta, OR 2,5 IC95% 1,9 a 3,4 para dos disciplinas y OR 2,4 IC95% 2,1 a 2,9 para tres disciplinas)[1]. Las tasas estimadas de abstinencia para un solo profesional 18,3% (IC95% 15,4 a 21,1), para 2 tipos de profesional sanitario 23,6% (IC95% 18,4 a 28,7) y para tres 23% (IC95% 20,5 a 25,9) comparado con ningún profesional sanitario. A su vez, la

eficacia del enfoque multidisciplinario se superpone con el efecto de múltiples consultas y mayor tiempo de contacto.

El MA de la guía estadounidense del 2000 y su revisión del 2008 identificaron algunos componentes psicoterapéuticos del tratamiento con evidencia de eficacia: **consejo práctico de manejo de situaciones problema y afrontamiento** (OR 1,5 IC95% 1,3 a 1,8) y muy probablemente el apoyo social por fuera del tratamiento (OR 1,04 IC95% 0,87 a 1,24)[1].

Una reciente RS-MA publicada por Denison y col. comparó las técnicas de acompañamiento conductual tanto solas como asociadas a farmacoterapia contra cuidado habitual u otras intervenciones. En un análisis (3 ECA; n=585) la consejería para la modificación del comportamiento aumentaría la tasa de cesación comparada con cuidado habitual RR 1,29 (IC95% 0,90 a 1,85)[34]. La consejería para la modificación del comportamiento aumentaría la tasa de cesación comparada con otras intervenciones como ejercicio, educación, consejo médico (6 ECA; n=850) RR 2,05 (IC95% 1,09 a 3,86)[34]. La consejería para la modificación del comportamiento junto con bupropión aumentaría la tasa de cesación comparada con algún acompañamiento de soporte más bupropión (1 ECA; n=71) RR 6,17 (IC95% 0,76 a 48,68)[34].

Es habitual plantear la cesación fijando un **día D** en que el fumador deja definitivamente. Algunos fumadores pueden plantearse reducir paulatinamente hasta el día de cesación. Un MA de 10 estudios no encontró diferencias en la tasa de cesación en estudios que compararon ambos modos (RR 0,94 IC95% 0,79 a 1,13), incluso si se emplearon herramientas como terapia de reemplazo nicotínico, materiales de autoayuda o consejería[35]. En contraste con estos hallazgos, un MA posterior de 3 estudios informó que en presencia de TRN la tasa de cesación era menor en quienes dejaron de forma gradual (RR 0,77 IC95% 0,61 a 0,98) [36].

Una RS-MA publicada en 2013 (51 ECA; n=30.246), mostró que las **líneas proactivas** aumentan la tasa de cesación comparadas con intervención mínima o cuidado habitual RR 1,27 (IC95% 1,20 a 1,36) [37].

Un RS-MA (2 ECA) de la colaboración Cochrane sobre la eficacia de **videoconsultas** realizadas en vivo halló que la consejería individual o grupal para modificación del comportamiento vía teleconsulta muy probablemente sea tan efectiva como la consejería telefónica en la tasa de cesación a seis o más meses (RR 2,15 IC95% 0,38 a 2,04) [38]. Los estudios incluyeron personas mayores de 18 años, fumadores de 5 o más cig/día. En uno de los estudios se incluyeron personas con VIH que se hallaban en el estadio de preparación para la acción y en el otro provenían de la comunidad y podían estar en cualquier estadio de cambio. La intervención consistía en consejería para la modificación del comportamiento impartida a través de videollamada por computadora o celular usando *software IMO*® o *Polycom*®, basada en entrevista motivacional o terapia cognitivo conductual y se comparó con consejería telefónica.

Graham y col. realizaron una RS-MA sobre intervenciones basadas en internet[39]. Las **intervenciones interactivas basadas en páginas web**, eran mayoritariamente autoguiadas, con o sin opción a interactuar y podían ser parcial o totalmente automatizadas. Algunas permitían fijar día D, proveían planes de acción y de afrontamiento, etc. Su duración variaba entre 3 a 6 meses. La base de la intervención eran intervenciones cognitivo conductuales adaptadas a la modalidad por internet. La gran mayoría de los usuarios se encontraban en edades medias de la vida. Algunos programas ofrecían posibilidad a premios en dinero. Concluyeron que las intervenciones interactivas basadas en Internet probablemente aumenten la tasa de cesación en personas de 18 o más años comparadas con la ausencia de intervención (4 ECA; RR 1,60 IC95% 1,15 a 2,21). A su vez su efecto sería comparable tanto al de las líneas telefónicas (2 ECA: RR 0,95 IC95% 0,79 a 1,13) como al de la atención presencial (2 ECA; RR 1,35 IC95% 0,97 a 1,87).

Una RS-MA de la Colaboración Cochrane de 2016 (12 ECA, n=11.885) evaluó el efecto de las **aplicaciones para celular**, incluyendo también el uso de mensajes de texto (mensajes de texto solos o combinados con visitas o vídeos). Los controles fueron entrega de folletos u otras intervenciones de baja intensidad, salvo un caso en que se comparó con línea proactiva. La mayoría de los estudios (n=10) se hicieron en adultos, uno incluyó personas VIH + y dos incluyeron población de aborígenes Maoríes y en países de altos ingresos y amplio desarrollo de políticas de control de tabaco. Un solo estudio fue aleatorizado por conglomerados. Acorde a estos resultados, las intervenciones basadas en celulares aumentan la tasa de cesación a 6 meses o más comparadas con intervenciones de baja intensidad (RR 1,67 IC95% 1,46 a 1,90), pero posiblemente traccionado por la efectividad demostrada de los mensajes de texto. En los análisis de sensibilidad cuando se excluyeron los estudios que incluían visitas presenciales y controles por clínicas de cesación los resultados no se modificaron[40].

Alguna experiencia se desarrolló en Argentina (n=120) con una intervención de 21 días y un seguimiento de 3 meses para evaluar la adherencia y cesación a corto plazo. Consistía en un programa de 21 días con sesiones de realidad virtual (VR-MET), encuestas diarias, grupo de pares moderado por psicólogos. El grupo control recibió el manual de autoayuda del Ministerio de Salud. El grupo que realizó el tratamiento con la app, reportó una abstinencia sostenida del 33% (20/60) a los 90 días. Solo el 20% (12/60) del grupo control completó el seguimiento a los 90 días[41].

Esta RS-MA fue actualizada en 2019 (5 ECA, n=3.079), en esta oportunidad excluyendo el uso de **mensajes de texto**. Analizando solo el efecto de las aplicaciones, se encontró que no aumentarían la tasa de cesación a 6 meses comparadas con intervenciones de baja intensidad (RR 1 IC95% 0,66 a 1,52)[42]. En este análisis los mensajes de texto fueron más efectivos que intervenciones mínimas (RR 1,54 IC95% 1,19 a 2). Un estudio aleatorizado más reciente, con seguimiento a 12 meses, encontró que la tasa de cesación en personas que usaron de una **app** (iCanQuit ®) basada en la teoría de aceptación y compromiso (valores, testimonios, ludificación y aceptación de las situaciones)[43] era mayor que una basada en la guía Fiore (basada en expectativas, información de riesgo, recompensas y

evitación de las situaciones) con un OR 1,49 (IC95% 1,23 a 1,83)[44]. Se ha realizado en nuestro país el estudio piloto de una herramienta de realidad virtual que sugiere la factibilidad de su uso [41].

La RS-MA de Livingstone-Banks y col. 2019 (11 ECA, n=13.241), analizó la efectividad de los **materiales de autoayuda** en todo tipo de fumador (preparado o no para dejar) [45]. Excluyeron específicamente a las embarazadas y los adolescentes, o los materiales que complementan las líneas telefónicas o las intervenciones de prevención de la recaída. Se consideró intervención a aquellos materiales, generalmente impresos considerados más que un folleto (también pueden ser videos o audios), que tienen como objetivo autoguiar la cesación a los individuos sin ayuda del equipo de salud o de grupo de soporte. Podían incluir una sesión de contacto para explicación del programa considerado como consejo breve. Se determinó que en ausencia de otras intervenciones, los materiales de autoayuda genéricos podrían aumentar mínimamente la tasa de cesación (RR 1,19 IC95% 1,03 a 1,37). La efectividad de materiales de autoayuda diseñados específicamente para distintas poblaciones en cambio, era superior ya que muy probablemente aumenten la tasa de cesación solos o con una visita de explicación del programa (10 ECA, n=14.359, RR 1,34 IC95% 1,19 a 1,51).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CESACIÓN TABÁQUICA

Una RS-MA de la colaboración Cochrane (65 ECA, n=23.331) encontró que la suma de las dos estrategias (conductual y farmacológica) aumenta cerca de un 15% las probabilidades de cesación comparada con el uso de medicación y apoyo conductual de baja intensidad (RR 1,15 IC95% 1,08 a 1,22)[32]. Otra RS-MA (8 ECA, n=1.309) mostró que la consejería para la modificación de comportamiento junto con reemplazo nicotínico podría aumentar la tasa de cesación comparada con consejo breve y reemplazo nicotínico (RR 1,53 IC95% 1,06 a 2,19)[34]. Estos autores también mostraron (1 ECA, n=71) que la consejería para la modificación del comportamiento junto con bupropión muy probablemente aumente la tasa de cesación comparada con el bupropión acompañado de apoyo conductual de baja intensidad (RR 6,17 IC95% 0,76 a 48,68)[34].

FÁRMACOS PARA LA CESACIÓN TABÁQUICA: PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO

Para quienes fuman menos de 10 cigarrillos o no fuman todos los días

Distintos ECA han enrolado fumadores de menos de 10 cigarrillos principalmente para vareniclina y TRN. Fueron estudios muy pequeños, con riesgo de sesgo o en poblaciones que posiblemente fuman menos por razones genéticas (ej. raza negra). Ebbert y col. (n=93) emplearon vareniclina encontrando que podría aumentar la tasa de cesación a 6 meses (RR 4,97 IC95% 1,49 a 16,53) [46].

Otro estudio realizado por De Dios y col. (n=32) compararon vareniclina, TRN y placebo en latinos: a los 6 meses, de los 23 participantes en seguimiento, sólo 3 estaban sin fumar (0 grupo parche de nicotina, 3 con vareniclina y 0 con placebo) [46] [47].

Ahluwalia y cols. (n=755) evaluaron el efecto de una intervención motivacional y chicles de nicotina contra placebo en afroamericanos encontrando que estos no aumentan la tasa de cesación a 6 meses (OR 1,31 IC95% 0,84 a 2,02)[46] [48].

Para quienes fuman entre 10 y 20 cigarrillos por día, se recomienda alguna de las siguientes opciones

TRN. La TRN comprende parches, chicles, comprimidos dispersables y espray nasal. Existe en otros países un inhalador bucal no disponible en nuestro país al momento de la elaboración de esta GPC. La evidencia proveniente de un RS-MA de la colaboración Cochrane (133 ECA, n=64.640) indica que las TRN aumentan significativamente las tasas de cesación a 6 o 12 meses (RR 1,55 IC95% 1,49 a 1,61)[32].

Los participantes de los estudios fueron típicamente adultos, fumadores de cigarrillos con promedio de edades entre 40 y 50 años. Sólo dos estudios reclutaron adolescentes. La mayoría de los estudios comprendía similares proporciones de hombres y mujeres. Seis estudios reclutaron solo embarazadas. Los estudios típicamente incluyeron personas que fumaban al menos 15 cig/día y muy pocos incluyeron fumadores de menos de 10 o de 30 o más cigarrillos.

Una RS-MA (21 ECA, n=11.647) encontró que el uso de TRN podrían aumentar muy infrecuentemente eventos cardiovasculares mayores como muerte cardiovascular, infarto agudo de miocardio y accidentes cerebro vascular no fatales (RR 1,38 IC95% 0,58 a 3,26). Se reportó la aparición de palpitaciones con baja frecuencia (RR 1,88 IC95% 1,37 a 2,57) [49].

Según los resultados de una RS-MA de la colaboración Cochrane (49 ECA, n=23.976), los **parches de nicotina** aumentan la tasa de cesación comparados con placebo o control (RR 1,64 IC95% 1,53 a 1,75)[50]. La media de duración del tratamiento en los estudios evaluados fue de 9 semanas (3 a 12 semanas) y en general se emplearon parches de 21 mg/24 hs. Algunos estudios emplearon parches de 14 mg/24 hs acorde a la cantidad de cigarrillos fumados. Los parches de nicotina son también efectivos para aumentar la tasa de cesación asociados a la intervención breve (15 ECA, n=7.310, RR 1,76 IC95%1,54 a 2,02) y a la intervención intensiva (25 ECA, n=12.709, RR 1,63 IC95%1,47 a 1,81) según otra RS-MA[50].

La eficacia de los **chicles de nicotina** fue medida en los resultados de la RS-MA antecitada (56 ECA, n=22.581) usuarios de chicles de nicotina aumentan la tasa de cesación comparados con el placebo con un RR 1,49 IC95% 1,40 a 1,60[50]. También encontraron que los chicles de nicotina aumentan la tasa de cesación en el marco de la intervención breve (17 ECA, n=11.257; RR 1,66 IC95% 1,46 a 1,88). Un ensayo clínico mostró que los chicles se asocian a hipo en un 14% [51].

Los **comprimidos dispersables de nicotina** fueron introducidos más recientemente y la evidencia muestra que son efectivos para la cesación (RR 1,52 IC95% 1,32 a 1,78, 8 ECA, n=4.439)[50].

El **espray nasal** es la única terapia de reemplazo nicotínico de prescripción bajo receta. En una RS-MA (4 ECA, n=887) publicada por Hartmann-Boyce y col (2018), el uso de espray nasal de nicotina duplicó la tasa de cesación (RR 2,02 IC95% 1,49 a 2,75) [50]. Los estudios incluyeron adultos sanos de edades medias, consumidores de no menos de 15 cig/día y recibieron apoyo comportamental intensivo. Como intervención se evaluaron no menores a 0,5 mg/día de nicotina. Por otro lado, el espray es el producto que se asocia al mayor riesgo de dependencia. En una cohorte de 504 tabaquistas seguidos a 15 semanas, la dependencia de las TRN estaría vinculada a la tasa de liberación de nicotina, siendo de 2% para el parche, 7% para el chicle y 10% para el espray ($p < 0,05$ para la asociación lineal) [52].

Bupropión. El bupropión es un antidepresivo con eficacia probada y comparable al reemplazo nicotínico (RR 1,62 IC95% 1,49 a 1,76) según una RS-MA (44 ECA, n=13.728) realizada por la colaboración Cochrane en 2014 [53]. Las dosis de 300 y 150 mg/día probablemente sean efectivas de modo similar (RR 1,08 IC95% 0,93 a 1,26; 3 ECA de 2.042 casos). Bupropión se asocia a infrecuentes efectos adversos serios comparado con el placebo (0,6% más IC95% 0 menos a 1,3 más) y no se asocia a incremento de la tasa de eventos psiquiátricos serios (0,3% menos IC95% 0,5 menos a 0,2 más).

El riesgo de eventos psiquiátricos graves fue evaluado recientemente por el ECA EAGLES que incluyó 4.020 sujetos. En la cohorte sin patología psiquiátrica 22 sujetos de 989 con bupropión (2,2%) reportaron eventos psiquiátricos moderados y severos contra 24 (2,4%) de 999 en el grupo placebo. La diferencia de riesgo entre bupropión-placebo fue de -0,08 IC95% -1,37 a 1,21. En la cohorte con patología psiquiátrica (71% trastorno anímico unipolar o bipolar, 20% ansiedad y 9% psicosis) estos eventos fueron reportados por 68 (6,7%) de 1017 en el grupo de bupropión y 50 (4,9%) de 1015 en el grupo placebo. La diferencia de riesgo bupropión-placebo fue de 1,78 IC95% -0,24 a 3,81. Se concluye que bupropión probablemente no aumente los efectos adversos neuropsiquiátricos en población general, comparado con placebo mientras que probablemente aumente los efectos adversos neuropsiquiátricos en población con padecimiento mental previo [54].

Este mismo estudio evaluó en su población el riesgo de eventos cardiovasculares mayores (muerte cardiovascular, infarto miocárdico no fatal o accidente cerebro vascular no fatal) no encontrando asociación con bupropión (-0,2% IC95% -0,4 a 0,6)[55].

Vareniclina. La vareniclina es un agonista parcial del receptor nicotínico. Es efectiva llegando a duplicar la tasa de cesación acorde a RS-MA (27 ECA, n=12.625) publicada por Cahill y col. en 2016 con RR 2,24 IC95% 2,06 a 2,43 [56]. En un conjunto de 36 ECA (n=16.189) su uso no se asoció a presencia de depresión (-0,1% IC95% -0,6 a 0,3). De forma similar no se asocia a ideación suicida (24 ECA, n=11.193) resultando -0,2% IC95% -0,4 a 0 ni a eventos cardiovasculares serios (n=8587, 21 ECA; en una proporción de 0,3% IC95% -0,1 a 0,9).

Combinaciones farmacológicas

La **combinación de cualquier forma de reemplazo nicotínico y bupropión** aumenta la tasa de cesación en fumadores de alta dependencia, acorde a los resultados de una RS-MA de la Colaboración Cochrane publicada por Hughes y col. (RR 1,19 IC95% 0,94 a 1,51 en 12 ECA con 3.487 sujetos)[53]. Este efecto se verifica tanto para el uso de parches (RR 1,24 IC95% 0,84 a 1,84; 9 ECA, n=1.774) como para comprimidos dispersables (RR 1,21 IC95% 0,81 a 1,81; 2 ECA, n=1.051)[53]. Las poblaciones estudiadas constaban principalmente de fumadores en edades medias de la vida, con consumos diarios mayores a 20 cigarrillos/día y en muchos casos con comorbilidades de salud mental y alcoholismo. En todos los casos, si bien los márgenes del IC95% del efecto rebasan el 1 levemente en dirección de la ausencia de efecto, el equipo elaborador consideró esta leve imprecisión como aceptable y no se redujo calidad a la evidencia.

La **combinación de dos formas de reemplazo nicotínico** aumenta la tasa de cesación ligeramente comparada con monoterapia (RR 1,25 IC95% 1,15 a 1,36) según lo relevado por una RS-MA que incluyó 11.356 sujetos provenientes de 14 ECA (Lindson y col. 2019) [57]. La combinación de parches y alguna forma de TRN de rápida absorción como espray, comprimidos dispersables o chicles ha demostrado ser más efectiva que los parches (RR 1,23 IC95% 1,12 a 1,36; 12 ECA, n=8.992) y que los productos de absorción rápida utilizados en forma aislada (RR 1,30 IC95% 1,09 a 1,5; 6 ECA, n=2.364)[57]. Los efectos adversos del uso de la combinación se producen con baja frecuencia (0,3% contra 0,1% de la monoterapia en 5 ECA con 2.888 casos).

La Guía de Práctica Clínica de la Asociación Estadounidense del Tórax (*American Thoracic Society*) efectuó una RS-MA que incluyó 2 ECA con 776 individuos seguidos a 6 meses. Encontraron que la **combinación de vareniclina más parches de nicotina** podría aumentar la tasa de cesación (RR 1,36 IC95% 1,07 a 1,72)[58]. Los estudios incorporados en el MA incluyeron pacientes de edades medias de la vida, fumadores de >20 cig/día y excluyeron pacientes con enfermedades comórbidas incluyendo padecimientos mentales. Uno de los estudios no encontró efecto significativo (OR 1,17 IC95% 0,4 a 1,9) salvo en fumadores de más de 30 cig/día. En cuanto a eventos adversos serios, se evaluaron sobre 3 ECA con 893 sujetos verificando que la vareniclina más parches muy probablemente los aumenten (RR 1,06 IC95% 0,27 a 4,05)[58].

La **combinación de bupropión y vareniclina** podría aumentar ligeramente la tasa de cesación comparada con vareniclina según los resultados de una RS-MA publicada por Howes en 2020, con 1.057 participantes provenientes de 3 ECA (RR 1,21 IC95% 0,95 a 1,55)[59]. Las personas reclutadas en los ECA eran de edades medias y fumaban en promedio 20 cigarrillos por día. Esta combinación muy probablemente aumente la tasa de efectos adversos serios comparada con vareniclina (resultados sobre n=1.268 en 5 ECA, RR 1,23 IC95% 0,63 a 2,42)[59]. Los efectos adversos más frecuentemente reportados fueron ansiedad e insomnio.

Fármacos para la cesación tabáquica de segunda línea de tratamiento por su perfil de seguridad

Clonidina. Si bien la clonidina aumentaría la tasa de cesación RR 1,63 (IC95% 1,22 a 2,18) según un RS-MA de 6 ECA (n=776, la mayoría fumadores de más de 20 cig/día) realizado por Gourlay y col., muy probablemente aumente la tasa de efectos adversos que obligan a discontinuar (ej: boca seca, sedación y mareos o hipotensión ortostática en el 10% de los que recibieron 0,3 mg)[60].

Nortriptilina. La RS-MA publicada por Hughes y col. (2014) evaluó entre otros antidepresivos a la nortriptilina 75 a 150 mg/día y su combinación con parches de nicotina por 12 a 14 semanas. Los 6 estudios revisados (n=975) se realizaron en sujetos de edades medias con frecuente depresión comórbida. Los resultados mostraron que la nortriptilina aumenta la probabilidad de cesación comparada con placebo RR 2,03 IC95% 1,48 a 2,78 y más aún si se la combina con parches respecto a nortriptilina sola RR 1,21 IC95% 0,94 a 1,55 (4 ECA, n=1.644), sin embargo aumentaría la tasa de abandono entre el 4% al 12% (boca seca, sedación, constipación, retención urinaria, etc.)[53].

PREVENCIÓN DE RECAIDAS

Prolongar el acompañamiento para el cambio conductual. La RS-MA de Cochrane publicada por Livingstone-Banks y col. en 2019 evaluó las estrategias efectivas para prevenir las recaídas a través de prolongar el tratamiento intensivo (ejemplo, un encuentro/contacto mensual por un año desde el día D con cualquiera de los formatos recomendados -ej. visitas presenciales o teleconsultas, llamadas proactivas o reactivas, encuentros individuales o grupales, etc.-). Se incluyeron fumadores de edades medias sin enfermedades asociadas de importancia. La extensión de las intervenciones conductuales intensivas desde el día D se asocia con reducción de la tasa con RR 1,06 IC95% 0,82 a 1,36 (5 ECA, n=1.121)[45].

Prolongar el tratamiento farmacológico. La RS-MA antecitada de Livingstone-Banks y col. encontró que extender el tratamiento con fármacos de primera línea podría mejorar un poco la tasa de recaída: TRN por 4 meses después del día D (RR 1,04 IC95% 0,77 a 1,40 en 4 ECA con n=553); bupropión por 4 a 12 meses (RR 1,15 IC95% 0,98 a 1,35 en 9 ECA con n=1.697) y vareniclina por 6 meses (RR 1,23 IC95% 1,08 a 1,41 en 2 ECA con n=1.297). También la combinación de bupropión con TRN (RR 1,18 IC95% 0,75 a 1,87 en 2 ECA con n=243). Estos resultados se verificaron en personas de edades medias, que en su mayoría no tenían otras adicciones o enfermedades comórbidas y que recibieron apoyo comportamental de distintas modalidades [45].

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CESACIÓN: PESO CORPORAL

El aumento de peso después de dejar de fumar parece deberse tanto a una mayor ingesta, como a una disminución del gasto metabólico de reposo y a la supresión de los efectos anorexígenos de la nicotina en el sistema nervioso central [61,62].

Una RS-MA publicada por Farley y col. en la colaboración Cochrane evaluó intervenciones para prevenir el aumento de peso durante la cesación al año de dejar de fumar. Tanto bupropión como TRN tendrían algún efecto en disminuir el aumento de peso en el marco del dejar de fumar. En el caso de bupropión 300 mg/día la DM de peso corporal fue -0,38 kg (IC95% -2 kg a 1,24 kg; 4 ECA, n=252). En el caso de TRN globalmente la DM -0,42 kg (IC95% -0,92 kg a 0,08 kg; 15 ECA, n=1.334). Para cada TRN fue: chicles DM -0,58 kg (IC95% -1,02 a -0,13, 4 estudios), parches DM -0,45 kg (IC95% -0,70 a -0,20, 10 estudios), spray DM -0,37 kg (IC95% -1,19 a 0,45, 2 estudios), spray nasal + parches DM 0,90 kg (IC95% -1,54 a 3,34, 1 estudio). Si bien un estudio mostró inicialmente mayor reducción de peso para comprimidos dispersables comparado con parches al finalizar el tratamiento (DM -2,45 IC95% -4,43 a -0,47, 1 estudio); sin embargo al año la diferencia no se mantuvo. Para vareniclina el resultado fue DM 1,11 kg más alto (IC95% -0,75 kg a 2,98 kg; 2 ECA, n=151)[63].

En cuanto a las intervenciones no farmacológicas tanto el ejercicio DM -2,07 kg (IC95% -3,78 a -0,36), como el apoyo nutricional individualizado DM -2,58 kg (IC95% -5,11 a -0,05), la educación alimentaria DM -0,21 kg (IC95% -2,28 kg a 1,86) o realizar un plan alimentario hipocalórico DM -1,3 kg (IC95% -3,49 a 0,89) probablemente contribuyan a regular el aumento de peso al dejar de fumar [63].

TRATAMIENTOS NO AVALADOS

Cigarrillo electrónico. Dos RS-MA publicadas en 2020 se utilizaron para evaluar la eficacia y seguridad de los dispositivos que calientan un líquido a través de una batería.

La RS-MA realizada por Hartmann-Boyce y col. (2020) evaluó la eficacia para la cesación de cigarrillo. Los 3 estudios incluidos (n=1.498) se realizaron en mayores de 18 años, fumadores de 15 cigarrillos/día en promedio, reclutados en la comunidad o clínicas de cesación, en su mayoría varones. En estos estudios, los cigarrillos electrónicos con nicotina contribuirían a no usar cigarrillos de paquete comparados con TRN en un 5,7% más (podría variar entre 2,1% más a 10,5% más). Sin embargo, un 80% de personas siguieron usando cigarrillos electrónicos con nicotina al año mostrando un cambio de tipo de consumo de producto de tabaco en vez de la interrupción total del consumo, no pudiendo hablarse de cesación en sentido estricto[64].

La RS-MA publicada por Jonas y col. en ese año evaluó la relación entre el uso de estos dispositivos y el daño agudo enfermedad pulmonar grave, discapacidad y muerte por enfermedad asociada a su consumo (sigla en inglés EVALI). Recabó 2.807 casos de EVALI en 216 publicaciones, incluyendo 68 muertes. Encontró que los cigarrillos electrónicos se asocian a efectos adversos serios comparados con TRN (RR 1,37 IC95% 0,77 a 2,41) y a riesgo de EVALI existiendo un gradiente de mayor gravedad con mayor uso [65].

Citisina. La citisina es un agonista del receptor nicotínico utilizado en Europa. La RS-MA publicada por Hajek y col. en 2013 evaluó la eficacia de la citisina para la cesación comparada con placebo encontrando una tasa de cesación favorable con RR 3,29 IC95% 1,84 a 5,90; 2 ECA, n=911), con incidencia de efectos adversos gastrointestinales leves (generalmente náuseas) RR 1,76 IC95% 1,28 a 2,42 (4 ECA, n=1.478)[66].

Fármacos no avalados. Distintas opciones farmacológicas no han logrado mostrar efectividad para la cesación, existiendo incertidumbre por estudios con tamaño de la información muy insuficiente y riesgo de sesgo serio o muy serio. **Benzodiacepinas y otros ansiolíticos** La RS-MA publicada por Hughes y col. (2000) evaluó distintos fármacos para la cesación. Respecto a buspirona el resultado fue RR 0,76 IC95% 0,42 a 1,37 (3 ECA, n=205) y para benzodiacepinas (diazepam) RR 1,00 IC95% 0,56 a 1,80 (1 ECA, n=76) [67]. **Betabloqueantes.** Hughes y col. (2000) para betabloqueantes identificó sólo un ECA (n=130) con tres ramas que comparó oxprenolol (RR 5,31 IC95% 0,68 a 41,74) y metoprolol (RR 7,52 IC95% 1 a 56,66) contra placebo [67]. **Acetato de plata.** La RS-MA publicada por Lancaster y col. evaluó al acetato de plata para dejar de fumar RR 1,04 IC95% 0,65 a 1,57 (2 ECA, n=785) [68]. **Antidepresivos.** La RS-MA publicada por Hughes y col. (2014), evaluó el uso de antidepresivos para la cesación tabáquica: IMAO (moclobemida y selegilina) RR 1,29 IC95% 0,93 a 1,79 (6 ECA, n=827), IRSS (fluoxetina, paroxetina y sertralina) RR 0,93 IC95% 0,71 a 1,22 (4 ECA, n=1.236) y venlafaxina RR 1,22 IC95% 0,64 a 2,32 (1 ECA, n=147) [53]. **Naltrexona.** La RS-MA publicada por David y col. en 2014 para la eficacia de antagonistas de los opioides mostró una relación entre naltrexona y tasa de cesación de RR 0,97 IC95% 0,76 a 1,24 (8 ECA, n=1.213)[69]. **Mecamilamina.** La RS-MA publicada por Lancaster y col. evaluó el antagonista nicotínico mecamilamina para la cesación encontrando sólo 2 ECA. Un ECA muy pequeño comparó mecamilamina contra parches de nicotina (n=48, tasa de cesación: 37,5% vs. 4,2%). El segundo comparó 4 ramas: nicotina + mecamilamina, nicotina, mecamilamina o control (n=80, tasas de cesación 40%, 20%, 15% y 15%, sin significación estadística). El 40% de los que recibieron mecamilamina sufrieron constipación [70].

Cannabinoides. Distinto es el caso de los cannabinoides para los cuales la RS-MA publicada por Cahill y col. mostró una asociación para los cannabinoides (ej. rimonabant) y la tasa de cesación de RR 1,50 IC95% 1,10 a 2,05 (2 ECA, n=1049) pero han sido retirados del mercado por efectos adversos serios[71].

Otras opciones no avaladas. Distintas opciones no farmacológicas no han logrado mostrar efectividad para la cesación, existiendo incertidumbre por estudios con tamaño de la información muy insuficiente y riesgo de sesgo serio o muy serio. **Glucosa.** Existe sólo un ECA de West y col. sobre glucosa para la cesación con RR 1,08 IC95% 0,78 a 1,49 (n=928) [72]. La RS-MA de White y col. en 2014 exploró la eficacia de la acupuntura tradicional y opciones relacionadas: **acupuntura tradicional:** RR 1,10 IC95% 0,86 a 1,40 (11 ECA, n=1892), **electroestimulación:** RR 0,87 IC95% 0,61 a 1,23 y **láser:** RR 1,03 IC95% 0,55 a 1,91 y RR 14,18 IC95% 5,92 a 33,94 [73].

Recientemente Pandria y col. (2020) analizaron el efecto en cesación de técnicas de retroalimentación de parámetros fisiológicos, pero solo encontró que para la

bioinformación/biofeedback solo se disponía de estudios no aleatorizados con desenlaces indirectos como intensidad del craving (anhelo) o modificaciones de la temperatura corporal o neuroimágenes. Respecto de la **deprivación sensorial** no hallaron estudios[74].

La evidencia sobre **terapias aversivas**, no ha sido actualizada respecto a la RS-MA publicada por Hajek y col. en 2004 con OR 2,01 IC95% 1,36 a 2,95 donde la confianza del hallazgo presenta limitaciones importantes a la vez que exponen al fumador al daño del tabaco [75]. En cuanto a la **hipnosis**, Barnes y col. en su RS-MA publicado en 2019, sumaron su efecto con un RR 1,21 IC95% 0,91 a 1,61 con limitaciones importantes en la confianza [76].

ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS y ADOLESCENTES

El humo ambiental del tabaco afecta especialmente a los niños y niñas, en quienes puede producir otitis a repetición, enfermedades obstructivas e infecciones respiratorias y trastornos de la conducta, entre otros [77].

Una RS-MA de Rosen y col. publicado en 2012 (18 ECA, n=7.053) evaluó la eficacia de las **intervenciones centradas en los padres** en el marco de la atención pediátrica. Las intervenciones incluían materiales de autoayuda (12 estudios), consejería presencial (16 estudios) o telefónica (6 estudios). Dos estudios incluían la prescripción de fármacos y algunos incluían feedback de mediciones de cotinina. Se observó que la intervención sobre los padres fue efectiva RR 1,34 (IC95% 1,05 a 1,71) para que dejen de fumar [78].

La dependencia de la nicotina se establece rápidamente en el inicio de la experimentación del tabaco[79–81]. La RS-MA de la *U.S. Preventive Services Task Force* (2019) evaluó la eficacia de distintas **intervenciones en atención primaria de la salud de niños, niñas y adolescentes** para prevenir el inicio al consumo de tabaco con resultado favorable a la intervención (13 ECA, n=21.700; RR 0,82 IC95% 0,73 a 0,92) [82]. Los 13 ECA incluidos con 21700 participantes incluyeron sujetos entre 7 y 17 años, fueron realizados principalmente en EE.UU., utilizaron diversas modalidades solas o en combinación (presencial, telefónica, material impreso, internet) y evaluaron resultados entre 7 y 36 meses de la intervención.

EMBARAZADAS

Las **preguntas múltiples** aumentarían la identificación del estatus de fumadora en mujeres embarazadas que fuman (13% vs 9% en un ECA de 1078 participantes). Se han validado en nuestro país un conjunto de opciones que la embarazada elige según su situación [83,84]: “ahora fumo y fumo lo mismo que antes de enterarme que estaba embarazada”, “ahora fumo, pero menos desde que me enteré que estaba embarazada”, “fumo de vez en cuando/ dejé de fumar cuando me enteré que estaba embarazada”, “no fumaba ni cuando me enteré del embarazo, ni tampoco ahora”.

El **daño fetal del consumo de tabaco** es mediado por varias sustancias tóxicas en el humo del cigarrillo. La nicotina podría contribuir a los efectos adversos del cigarrillo durante el embarazo y podría dañar directamente al feto [85]. Dejar de fumar reduce la incidencia de bajo peso al nacer (RR 0,83 IC95% 0,73 a 0,95) y de parto pretérmino (RR 0,86 IC95% 0,74 a 0,98). El peso al nacer aumenta en un promedio de 53,91 gramos. Esta revisión también mostró que las intervenciones realizadas en las primeras etapas del embarazo disminuyen el consumo de tabaco entre un 3 y un 6% [86].

Cuanto antes se deje de fumar -antes de la concepción o en una fase temprana del embarazo- hay mayores beneficios. Pero dejar es beneficioso para la salud en cualquier momento de la gestación. La evidencia recogida en un informe del Cirujano General de EE.UU. en 2020 no permitió identificar un momento específico para abandonar el tabaco que permita evitar el bajo peso al nacimiento [87]. La prevalencia de tabaquismo medida por autoreporte o mediciones biológicas en un estudio multicéntrico en hospitales públicos de Argentina y Uruguay fue del 11% entre 796 mujeres embarazadas en nuestro país [88]. En otro estudio multicéntrico que incluyó 678 casos, la prevalencia de tabaquismo por autoreporte fue de 19,8%. Un 64% de las fumadoras dejó espontáneamente al enterarse del embarazo y un 35% siguió fumando durante la gestación. Se realizó COexh en 304 gestantes (44,8%). El 22,8 % de las que dijeron no ser fumadoras, y el 7,6 % de las que dijeron que habían dejado tenían un COexh mayor de 10 ppm, que es atribuible a tabaquismo actual [89].

Es importante que el consejo médico se oriente a **evitar todo consumo de tabaco durante la gestación**. Según los resultados del estudio multicéntrico antecitado un 47% de mujeres embarazadas del conurbano bonaerense recibió la recomendación de disminuir el consumo (ej.: hasta 5 cigarrillos/día) [88]. También el ofrecer intervenciones contra el tabaquismo a las mujeres que acuden a consulta preconcepcional y a toda consulta médica, es de interés porque el consumo de tabaco puede disminuir la fertilidad y algunos efectos adversos dañinos se producen en una fase temprana del embarazo.

Una RS-MA de la colaboración Cochrane de Chamberlain y col. de 2017 evaluó las **intervenciones psicosociales que contribuyen a la tasa de cesación durante el embarazo**. La consejería para la modificación del comportamiento fue efectiva (RR 1,44 IC95% 1,19 a 1,73; 30 ECA, n=12.432) [90]. La intervención de educación sanitaria variaba y combinaba dos o varias de las siguientes: utilización de COexh para concientización; cartas desde la clínica o médico concientizando de los daños del tabaquismo durante en el embarazo, consejo de 10 a 20 minutos; entrega de folleto a la mujer y los familiares; manual de modificación comportamental; contrato individual de la fecha y designación de otro familiar de apoyo; intervenciones en computadora basadas en las 5A o 5R; videos de profesionales o de mujeres dando su testimonio; llamadas telefónicas, manual de autoayuda específico para dejar de fumar en el embarazo, etc. La efectividad de la educación sanitaria (en una o varias oportunidades) para aumentar la tasa de cesación durante el embarazo fue RR 1,59 IC95% 0,99 a 2,55 (5 ECA, n=629)[90].

La misma RS-MA de la Cochrane publicada por Chamberlain y col. (2017) también evaluó que **brindar retroalimentación basados en mediciones bioquímicas/biológicas** a las mujeres embarazadas aumenta la tasa de cesación durante el embarazo RR 4,39 IC95% 1,89 a 10,21 (2 ECA, n=355)[90].

Los estudios en animales indican que la nicotina puede producir insuficiencia uteroplacentaria por vasoconstricción, neurotoxicidad fetal que produce retraso o alteración del desarrollo cerebral, inhibir la maduración de las células pulmonares y aumentar el riesgo de síndrome de muerte súbita neonatal. Hay pocos estudios en seres humanos sobre los efectos de la nicotina pura en el embarazo. Algunos estudios de exposición breve a parches o chicles de nicotina han demostrado pequeños efectos hemodinámicos en la madre y el feto, generalmente menores que los que se ven con el consumo de cigarrillos[91]. La RS-MA de la Cochrane publicada por Coleman y col. en 2015, evaluó la eficacia del **tratamiento de reemplazo nicotínico** junto con apoyo comportamental en el embarazo RR RR 1,41 IC95% 1,03 a 1,93 (8 ECA, n=2.199). En cuanto a la seguridad, el uso de TRN durante el embarazo y los desenlaces de interés sobre la madre y el hijo fueron: 1) pérdida del embarazo (4 ECA) RR 1,47 IC95% 0,45 a 4,77; 2) nacidos muertos (4 ECA) RR 1,24 IC95% 0,54 a 2,84; 3) peso medio al nacer DM 100,54 g más los que recibieron nicotina IC95% - 20,84 g a 221,91 g; 4) bajo peso al nacer definido como menos 2500 g al nacer (4 ECA) RR 0,74 IC95% 0,41 a 1,34; 5) parto Prematuro anterior a 37 semanas RR 1,2 IC95% 0,62 a 2,35; 6) internaciones en neonatología (4 ECA) RR 0,9 IC95% 0,64 a 1,27; 7) muerte neonatal (4 ECA) RR 0,66 IC95% 0,17 a 2,62; 8) anomalías congénitas (2 ECA) RR 0,73 IC95% 0,33 a 1,48; 9) necesidad de cesárea (2 ECA) RR 1,18 IC95% 0,83 a 1,69. Existe por lo tanto incertidumbre sobre si el uso de TRN podría aumentar o reducir los efectos adversos durante el embarazo[92].

SALUD MENTAL

Las personas con **padecimientos mentales** tienen mayor prevalencia e intensidad de tabaquismo que la población general [93]. La colaboración Cochrane publicó recientemente una RS-MA de 102 ECA con 169,500 casos, encontrando que la cesación tabáquica mejora los síntomas de ansiedad, depresión y estrés [94]. Una RS-MA publicada por Pearsall y col. en 2019 identificó la eficacia del bupropión para la tasa de cesación en personas con esquizofrenia y trastornos bipolares del RR 2,22 IC95% 0,52 a 9,47 (3 ECA, n=104). En cuanto a vareniclina en personas con depresión o trastorno bipolar su eficacia fue RR 3,69 IC95% 1,08 a 12,60 (2 ECA, n=188) y para TRN en esquizofrenia y trastornos afectivos y bipolaridad RR 2,74 IC95% 1,10 a 6,81 (1 ECA, n=298) para la tasa de cesación [95]. Este MA no incluyó el ECA EAGLES en el que se aleatorizaron 4116 personas con padecimientos mentales a parches de nicotina, vareniclina, bupropión o placebo. Se reportaron eventos neuropsiquiátricos en 6,5% de casos asignados a vareniclina, 6,7% de bupropión, 5,2% de TRN y 4,9% de placebo. Si bien existía un mayor riesgo de efectos adversos en esta población, este era de poca magnitud. Los OR para cesación fueron de

3,61 (IC95% 3,07 a 4,24) para vareniclina, 2,07 (IC95% 1,75 a 2,45) para bupropión y 2,15 (IC95% 1,82 a 2,54) para TRN, todos respecto de placebo [54].

Una RS-MA de la Cochrane publicada por Apollonio y col. en 2019 sobre personas con **consumo problemático de sustancias** evaluó la eficacia de tratamientos en la tasa de cesación. La eficacia del tratamiento comportamental fue RR 1,33 IC95% 0,90 a 1,95 (11 ECA, n=1.759) y de la farmacoterapia (TRN, bupropión, vareniclina) RR 1,88 IC95% 1,37 a 2,57 (11 ECA, n=1808) comparado con no intervenir. Para la combinación de terapias comportamentales y farmacológicas tuvo un RR de 1,74 IC95% 1,39 a 2,18 (12 ECA, n=2.229)[96].

PERSONAS INTERNADAS, EN PLAN DE CIRUGÍAS, O QUE PADECEN EPOC, CARDIOPATÍA, VIH O PATOLOGÍA ONCOLÓGICA.

Un MA de Rigotti y col. que incluyó 33 estudios en **fumadores internados** mostró que la consejería que incluía intervenciones intensivas (incluyendo contacto durante la internación y contacto tras el alta de más de un mes de duración) son efectivas para la tasa de cesación RR 1,65 IC95% 1,44 a 1,90 (17 ECA, n=5.608). También encontraron que las intervenciones comportamentales combinadas con TRN muy probablemente aumentan la tasa de cesación RR 1,47 IC95% 0,92 a 2,35 (5 ECA, n=644) comparadas con no intervenir durante la internación [97]. Las estrategias empleadas incluyeron tratamiento cognitivo/conductual en la mayoría de los estudios, folletos o videos de autoayuda, orientación telefónica y visitas durante la internación, y recordatorios en la historia clínica para los médicos y enfermería. La mayoría de los pacientes incluidos habían sido internados por causas cardiológicas como infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca o cirugía de revascularización miocárdica.

Los fumadores tienen mayor riesgo de complicaciones postoperatorias y la cesación preoperatoria puede ser efectiva para disminuir tal riesgo[87]. Una RS-MA Cochrane publicada por Thomsen y col. en 2014 evaluó el tratamiento conductual y farmacológico (habitualmente con oferta de nicotina) en pacientes **preoperatorios** para lograr la cesación antes de la cirugía y evaluación de las complicaciones postoperatorias. Los ECA se realizaron en el contexto de todo tipo de cirugías (reparación de hernia, colecistectomía, cirugía colorrectal y oftalmológica, reemplazo de cadera y rodilla, etc.). Los resultados para el tratamiento conductual intensivo de múltiples contactos fueron RR 10,76 IC95% 4,55 a 25,46 (2 ECA, n=210) y para las intervenciones breves RR 1,30 IC95% 1,16 a 1,46 (7 ECA, n=1.141) para las intervenciones intensivas con múltiples contactos las complicaciones postoperatorias disminuyeron con RR 0,42 IC95% 0,27 a 0,65 (2 ECA, n=210) al igual que con las intervenciones breves a tal fin RR 0,92 IC95% 0,72 a 1,19 (4 ECA, n=493) [98].

El cigarrillo es el mayor factor de riesgo para **enfermedad cardiovascular**, es evitable y la cesación disminuye significativamente la mortalidad cardiovascular incluso con pocos cigarrillos (ej. el consumo de cuatro cigarrillos por día, duplica el riesgo de infarto agudo de miocardio) [21,87]. Un MA en red publicado por Suissa y col. en 2017 identificó distintos

abordajes conductuales y farmacológicos efectivos en población con enfermedad cardiovascular establecida: evaluaron consejería para la modificación del comportamiento (telefónica) RR 1,50 IC95% 1,15 a 1,97 (9 ECA, n=1.746); consejería para la modificación del comportamiento individual RR 1,68 IC95% 1,13 a 2,48 (5 ECA, n=912); bupropión RR 1,42 IC95% 0,93 a 2,16 (4 ECA, n=1.398); TRN RR 1,23 IC95% 0,86 a 1,76 (2 ECA, n=669); y vareniclina RR 2,64 IC95% 1,72 a 4,06 (1 ECA, n=714)[99]. La población provenía de personas internadas y ambulatorias y existe algún grado de superposición con los ECA incluidos en la RS-MA de Rigotti y col. antecitada [97]. En cuanto a la seguridad de los fármacos de primera línea para la cesación, el ECA publicado por Benowitz y col. en 2018, evaluó la seguridad de los fármacos de primera línea y su relación con la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores: vareniclina RR 0,37 IC95% 0,09 a 1,41 (1 ECA, n=4030); bupropión RR 1,13 IC95% 0,44 a 2,92 (1 ECA, n=4020) y TRN RR 0,50 IC95% 0,13 a 2,00 (1 ECA, n=4036) [55].

La **enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC)** es una de las consecuencias más graves del consumo de tabaco y alrededor del 80% de los casos puede atribuirse al tabaquismo. El estudio EPOC.AR estimó una prevalencia de 14,5% en adultos mayores de 40 años en centros urbanos de Argentina [100]. La cesación tabáquica ha demostrado disminuir la mortalidad y la morbilidad, al disminuir la velocidad de deterioro de la función respiratoria [101]. Una RS-MA de la colaboración Cochrane publicado por van Eerd y col. en 2016 evaluó las estrategias de cesación en personas con EPOC: tratamiento conductual RR 25,38 IC95% 8,03 a 80,22 (1 ECA, n=3.562) y combinado con tratamiento farmacológico RR 2,53 IC95% 1,83 a 3,50 (4 ECA, n=1.429). En cuanto a los fármacos de primera línea han mostrado efectividad en la tasa de cesación en personas con EPOC: TRN RR 2,60 IC95% 1,29 a 5,24 (1 ECA, n=370), bupropión RR 1,96 IC95% 1,18 a 3,25 (2 ECA, n=479) y vareniclina RR 3,34 IC95% 1,88 a 5,92 (1 ECA, n=504)[102]. Los pacientes evaluados se hallaban mayormente en la quinta década de vida, y sufrían de enfermedad leve a moderada.

Los **fumadores VIH positivos** tienen mayores tasas de mortalidad y peor calidad de vida que los pacientes positivos no fumadores [103–105]. Los fumadores con serología positiva para el VIH se hallan en mayor riesgo de presentar enfermedad neumocócica invasiva, infecciones oportunistas y neumotórax espontáneo que personas no infectadas [106–110]. Estos pacientes están motivados para dejar de fumar en forma comparable a cualquier otra población [111]. En una encuesta realizada a 128 infectólogos en nuestro país, se encontró que el 89% recomendaba dejar de fumar a sus pacientes pero sólo un 23% aplicaba estrategias de cesación [112]. Una RS-MA de la Cochrane publicado por Pool y col. en 2016 evaluó intervenciones de cesación (tratamiento conductual y fármacos) en personas VIH+. A corto plazo (hasta 20 semanas) la eficacia fue RR 1,51 IC95% 1,15 a 2,00 (11 ECA, n=1.785), pero al evaluar la tasa de cesación continua a 6 o más meses el impacto es menor: RR 1,00 IC95% 0,72 a 1,39 (6 ECA, n=1.602)[113].

Es importante impulsar a los **fumadores con cáncer** a que dejen porque esto mejora la calidad de vida, disminuye el riesgo de desarrollar un segundo tumor y permite mejorar su supervivencia [87][114,115]. Seguir fumando se asocia a mayor toxicidad y menos efectos de

los tratamientos [116–118]. Un MA demostró que los pacientes con estadios precoces de cáncer de pulmón que siguen fumando tienen mayor riesgo de mortalidad por todas las causas (IR 2,94 IC95% 1,15 a 7,54) y recurrencia (IR 1,86 IC95% 1,15 a 7,54). En pacientes con estadios limitados el seguir fumando se asoció además a mayor riesgo de desarrollo de un segundo tumor (HR 4,31 IC95% 1,09 a 16,98) [119]. La recaída en el tabaquismo se produce en un 42% de los pacientes con cáncer de pulmón[120]. La detección de un cáncer es una oportunidad educativa para aumentar la motivación y puede aprovecharse para proponer la cesación total, que es la medida que tiene el mayor impacto positivo[121,122]. Una RS-MA publicada por Nayan y col. en 2013, evaluó la tasa de cesación en personas con patología oncológica. Las intervenciones en cesación (comportamental y farmacológica TRN, bupropión, vareniclina) resultaron ser efectivas para la cesación OR 1,31 IC95% 0,93 a 1,85 (8 ECA, n=1.214) comparadas con no intervenir [123]. Los pacientes presentaban cánceres de tórax, cabeza y cuello, laringe/faringe y la esfera ginecológica.

PRELIMINAR PARA REVISIÓN EXTERNA

ANEXO 2. ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Aquí se desarrollan sólo algunos aspectos prácticos los cuales se encuentran en los materiales de implementación como la guía breve y las guías de lectura rápida entre otros.

La **identificación** de las personas que fuman puede realizarse en distintos lugares de la **historia clínica** -y sistemas informáticos-, como la epicrisis, la lista de problemas activos, la carátula y otros. También es de interés registrar si es fumador pasivo (si hay convivientes fumadores y si su hogar y lugar de trabajo es ALH o no).

El **consejo** debe ser **claro, firme y personalizado**, asociado a la situación clínica individual: “es importante que deje de fumar ahora y yo puedo ayudarlo”, “no basta con disminuir la cantidad en algún periodo de la vida”, “fumar poca cantidad u ocasionalmente también es peligroso”. Puede ser útil brindar información acerca de los beneficios a corto y a largo plazo de dejar de fumar.

Cada paso de una **intervención** mínima o breve, puede ser realizado por distintos miembros del equipo de salud y así sumar mayor tiempo de contacto y variedad de estilos de comunicación.

La mnemotecnia de la **Intervención Breve** más difundida comprende cinco pasos: **A**veriguar el estatus tabáquico, **A**consejar la cesación, **A**sistir y evaluar si está listo para dejar, **A**yudar con herramientas conductuales (acordar un día “D”) y farmacológicas; y **A**compañar con el seguimiento. Estas intervenciones están integradas a la atención habitual sin importar el motivo de consulta (figura 2).

El orden y contenido de cada paso de esta intervención puede ser variable según criterio del interviniente. También se ha sintetizado en dos pasos: **A**verigüe y **A**ctúe; o bien en tres pasos: **A**verigüe, **A**conseje y **D**erive; **A**verigüe, **A**conseje y **A**ctúe. Otra forma de resumir los componentes de la intervención es el **ABC** (**A**sk: Averigüe, **B**rief Advice: Aconseje, **C**essation Support: Actúe).

Ayudar a quienes están listos para dejar se centra en estrategias simples: acompañamiento y consejería para el **cambio del comportamiento** (fumar); planificar la **fecha de abandono** (Día D) y ofrecer **ayuda farmacológica** si no hay contraindicación.

CRITERIOS DE DEPENDENCIA Y ABUSO

Criterios del DSM 5 sobre "trastornos por consumo" (abuso y dependencia)[124]:

1. Consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto.
2. Deseos persistentes de dejar o regular su consumo y esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este.
3. Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose.
4. Deseo intenso de consumo.
5. El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos.
6. Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.
7. Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.
8. Consumo de riesgo, un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.
10. Tolerancia.
11. Abstinencia.

Se los considera dentro de los "trastornos por consumo" (abuso y dependencia) si cumple con 2 o más criterios
Nivel de Severidad Leve: 2-3 criterios Moderado: 4-5 criterios Severo: 6 o más criterios

EVALUACIÓN INICIAL DE LA PERSONA QUE FUMA

La evaluación del fumador, incluirá información básica de interés como la cantidad de cigarrillos que fuma, edad de inicio, paquetes/año, intentos previos. También pueden resultar de utilidad la realización de distintos cuestionarios (ej.: dependencia física a la nicotina, motivación y otros).

Interrogar sobre si los ambientes donde vive y trabaja y el automóvil son libres de humo (ALH). Convivientes fumadores. Cálculo del gasto mensual destinado a comprar tabaco.

Complementa la evaluación el consumo de café, mate, bebidas cola y alcohol. La realización de actividad física, calidad del sueño, ocupación, eventos próximos estresantes (ej. mudanzas). Problemas de salud personales y familiares. Medicación actual.

INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL DEL EQUIPO DE SALUD

La entrevista motivacional es un estilo de comunicación directivo, centrado en la persona, que se emplea para despertar un cambio al ayudar a la persona a explorar y resolver su ambivalencia. La tarea del profesional, es dar el consejo y también **motivar/aumentar la probabilidad de que el paciente siga las acciones para el cambio.**

La entrevista motivacional se centra en el manejo de la **ambivalencia**, que es la situación en la que una persona tiene sentimientos contradictorios sobre algo. Esta es normal en la adicción, donde un fumador oscila entre las razones para cambiar y las razones para continuar igual. La persona considera y rechaza el cambio a la vez, mientras que persiste en comportamientos repetitivos que le hacen daño. Las **preguntas abiertas y la escucha reflexiva** ayudan a dirigirse hacia el cambio y tomar una decisión.

Se trata de ayudar de forma concreta a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas tanto del presente como los potenciales, derivados de sus comportamientos.

Este abordaje se basa en **expresar empatía, escuchar en forma reflexiva, explicitar la discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia.** Estas herramientas tienen como objetivo ayudar a resolver la ambivalencia (Tabla 2). Todas estas intervenciones más que técnicas, son un *modo de ser* en la atención de los pacientes.

La ambivalencia no es totalmente racional por lo cual es importante mantenerse cerca de los sentimientos, valores y creencias de la persona. En cuanto a **los valores** se hace referencia a tener en cuenta que lo que es valorado por algunas personas podría no tener la misma importancia para otras. **Las expectativas o creencias** sobre los posibles resultados tanto positivos como negativos pueden basarse en mitos, resultados y experiencias previas tanto propias como de otros fumadores.

La actitud **empática**, está asociada con efectos terapéuticos positivos. Implica una escucha que clarifique y amplíe el significado que cada persona le da a sus vivencias. El profesional no impone su propio punto de vista. Así se brinda un marco de aceptación -que no es sinónimo de aprobación o acuerdo- donde también hay espacio para que el equipo de salud difiera en los puntos de vista.

Resumir los principales puntos de lo charlado en varias oportunidades refuerza la empatía. Esto confirma, por un lado, que se le ha escuchado, y por otro, posibilita que la persona escuche de nuevo sus propias afirmaciones tanto las ambivalentes como las motivacionales. Estos resúmenes permiten que se examine en forma simultánea lo positivo y lo negativo, a la vez que se integran otros elementos de evaluación objetiva, con comentarios de terceros. Siempre en un tono colaborador permitiendo que la persona añada información o la pueda rectificar.

La **confrontación, en cuanto estilo, no es adecuada** para promover la motivación. La argumentación es un método deficitario para inducir el cambio. El fumador al sentir que se

le imponen los valores desde afuera, puede generar una reacción adversa con aumento de la resistencia a cambiar. El fumador debe presentar sus propias razones para cambiar. Defender un argumento provoca defensividad. La resistencia es una señal que indica que se deben cambiar las estrategias que se han estado utilizando.

En cambio, **la confrontación en cuanto objetivo puntual, forma parte del proceso** y es parte de la ayuda. Se trata de ver y aceptar la realidad, para que se la pueda cambiar de manera satisfactoria. El objetivo de la confrontación es verse a uno mismo y a la situación de una forma clara. Puede ser el primer paso para el cambio. Entonces aquí se trata de explicitar la **discrepancia** entre la conducta actual y los objetivos que se quieren conseguir para colaborar al cambio.

Durante todo el proceso, es importante favorecer las **afirmaciones automotivadoras**. Esto es, cuando el fumador presenta sus razones para dejar de fumar, es crucial que el equipo de salud exprese aceptación, refuerce la autoexpresión y estimule que continúe el análisis.

La manera en que se reconoce el problema y se expresa auto-motivación puede ser más o menos explícita. Así, el fumador puede decir que tiene un problema; expresar preocupación por la dificultad que este problema implica; manifestar intención de cambio directa o indirectamente, mostrar optimismo respecto al cambio, etc. Se recomienda reforzar estos reconocimientos y afectos, ya sea de forma no verbal (asintiendo) o con frases de apoyo teniendo en cuenta que los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.

Es útil realizar un resumen del **balance decisional**. Esto consiste en enumerar los pros y los contras que siente la persona tanto por fumar como su percepción de lo que significaría dejar. Puede darse como tarea completar una planilla de pros y contras, para evaluar la repercusión del cambio tanto para la persona como para su entorno, en una gran gama de aspectos (salud, estéticos, económicos, familiares, sociales, afectivos, etc.).

La **autoeficacia** es la confianza en la propia habilidad para hacer frente a una tarea o desafío específico. La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional muy poderoso. Es importante implicar al paciente ya que la persona es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas. Es recomendable dar información que favorezca la autoeficacia (ej.: transmitir variedad de tratamientos disponibles o que millones de personas en el mundo lo han logrado) para ayudar al fumador a ser responsable de escoger y llevar a cabo su cambio personal.

Tabla 2: intervención motivacional del equipo de salud (extractado de Rollnick, Miller y Butler[125]).

<p>Expresar Empatía</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recuerde que la aceptación facilita el cambio y aumenta la autoestima <input type="checkbox"/> Comprenda los sentimientos y perspectivas de los fumadores sin juzgar, criticar o culpabilizar: la ambivalencia es normal. <input type="checkbox"/> Trate al fumador como un aliado y no como un oponente. <input type="checkbox"/> Use preguntas abiertas para facilitar el diálogo y explorar la importancia que tiene para la persona el consumo de tabaco: ¿qué cree obtener del cigarrillo? ¿Qué cosas le gustan y cuáles le desagradan del hecho de fumar? <input type="checkbox"/> Use preguntas abiertas para explorar las preocupaciones y beneficios en relación con el abandono del tabaco: ¿Qué se imagina que ocurrirá si deja de fumar? ¿Qué le da miedo de imaginarse sin fumar? <input type="checkbox"/> Respete que cada fumador tenga sus propias razones para cambiar.
<p>Escuchar de manera reflexiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Escuche reflexivamente: acepte y comprenda la perspectiva de los fumadores sin que esto signifique estar de acuerdo con ella. <input type="checkbox"/> Mantenga una actitud reflexiva aunque la persona muestre resistencia: <ul style="list-style-type: none"> o Refleje las palabras y significados del fumador. Utilice las mismas palabras del paciente para entrar más fácilmente en su marco interno. o Resuma los principales puntos de lo charlado. o Acepte como normales los sentimientos y las inquietudes del fumador (temor a engordar, a volverse irritable o a perder atractivo) o Apoye la autonomía del paciente y su derecho a elegir o rechazar el cambio. o Responda de una manera comprensiva y de modo válido para el fumador.
<p>Explicitar la discrepancia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayude a tomar conciencia de las consecuencias del fumar y su discordancia con lo deseado en muchos órdenes de la vida. Ej.: valora la calidad de vida y el cigarrillo es una amenaza para ello. <input type="checkbox"/> Analice la discrepancia entre la conducta actual -con sus consecuencias- y los objetivos más importantes que desea lograr.

	<p>Ej.: hace cosas para estar saludable pero fuma, hace muchas cosas para cuidar a sus hijos pero fuma delante de ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Refuerce y apoye las razones propias para dejar de fumar de cada persona.
<p>Evitar la Discusión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> No dé la impresión de tener respuestas para todo, esto lleva al paciente a un rol pasivo, o bien a no sentirse comprendido. <input type="checkbox"/> Pregunte más y explique menos: las preguntas ayudan a explicitar la ambivalencia y a que el mismo fumador se plantee resolverla. <input type="checkbox"/> Suministre información acorde a los intereses y necesidades de la persona. Evalúe esto a través de preguntas abiertas: ¿qué beneficios cree que obtendría por dejar de fumar? ¿conoce la enorme reducción de riesgos a corto, mediano y largo plazo? <input type="checkbox"/> Sepa que atacar los argumentos del fumador genera defensividad. <input type="checkbox"/> Exprese los beneficios acorde a lo que le interesa a la persona.
<p>Darle un giro a la resistencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tenga en cuenta que las percepciones pueden cambiar y así crearse un nuevo momento de cambio. <input type="checkbox"/> Evite el estilo confrontativo (no se trata de convencer). <input type="checkbox"/> Evite dar órdenes o poner “etiquetas”. <input type="checkbox"/> No mantenga una relación entre “experto” y “paciente”. <input type="checkbox"/> No imponga puntos de vista, sólo sugiéralos.
<p>Fomentar la autoeficacia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manifieste confianza en la posibilidad de éxito ya que esto aumenta la sensación de autoeficacia de la persona. <input type="checkbox"/> Fomente el compromiso para el cambio: “hay tratamientos efectivos” <input type="checkbox"/> Repase la experiencia y los éxitos pasados para utilizarlos como base de aprendizaje para este intento actual. <input type="checkbox"/> Pacte pequeños avances hacia el cambio: <ul style="list-style-type: none"> o Llamar a la línea telefónica de ayuda 0800-999-3040 o Leer información (ej. página web) sobre estrategias y beneficios de dejar de fumar. o Cambiar el patrón de consumo (no fumar en lugares cerrados o en el auto). o Preguntar a conocidos que lo lograron cómo lo hicieron.

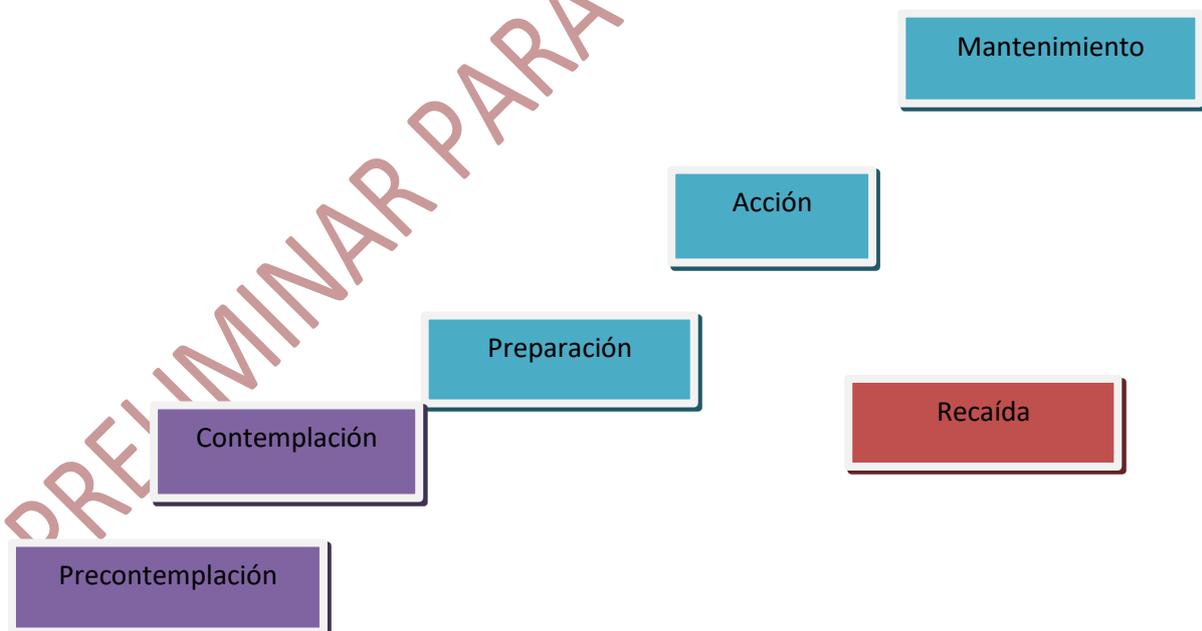
ESTADIOS DE CAMBIO: ESTAR LISTO –O NO- PARA DEJAR DE FUMAR

Las intervenciones en cesación, comprenden la valoración de la disposición del fumador ante el cambio (si está o no preparado para dejar). En este sentido, el modelo transteorético tiene un uso muy extendido y aceptado. Describe cinco estadios: **Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento**. Los primeros marcan poca relación con el cambio, a diferencia de la preparación y acción en que la persona lo considera una prioridad. La progresión entre una etapa y la siguiente se plantea como secuencial, aunque pueden ocurrir recaídas desde estadios tempranos [126].

Las personas en **precontemplación** no perciben la necesidad de cambiar su comportamiento. Las personas en **contemplación** evalúan la posibilidad de hacer un intento de dejar en un futuro al haber considerado los pros y contras, aunque existe una ambivalencia que les impide pasar inmediatamente a la acción. En estas etapas -los que no están listos para dejar- las preguntas abiertas son la estrategia principal.

Las personas en **preparación** están listas a realizar un intento de dejar en los próximos 30 días y están tomando acciones concretas. La fase de **acción** comprende las estrategias cercanas al día D hasta los 6 primeros meses de abstinencia. Se considera que aquellos que dejaron hace más de 6 meses se hallan en la etapa de **mantenimiento**.

Figura 4. Los estadios de cambio (modificado de www.prochange.com)



Las intervenciones derivadas de este modelo, aplican varios elementos a partir de la identificación del estadio en que se encuentre el fumador. Se requiere la reevaluación en distintos momentos del proceso para constatar el progreso, o no, del estadio.

Se puede sintetizar en que están listos, cuando en el balance decisional los pros superan los contras de dejar de fumar. Algunas herramientas a implementar con los que están en esta etapa consisten en: evaluar las consecuencias que tendrá el cambio para sí y para los demás; ver el cambio como una prioridad; y el compromiso. Estos son los elementos para trabajar.

Dentro de las estrategias más cercanas a la cesación, se sugiere el identificar el apoyo social, hacer pública la decisión del cambio (anunciar que va a dejar de fumar) y poner una fecha para el abandono (día D) -entre otras-. Durante los primeros seis meses de cesación, las estrategias se dirigen a ayudar a la persona a estar atenta y combatir los impulsos de recaída, registrar los beneficios de no fumar e incorporar conductas más saludables.

CONSEJERÍA PRÁCTICA EN PERSONAS LISTAS PARA DEJAR DE FUMAR

Las **herramientas de consejería para el cambio comportamiento** (fumar) constituyen el asesoramiento práctico y se dirigen a varias áreas (Tabla 3).

- **Manejo de los estímulos:** estrategias para afrontar y reducir los estímulos gatillo del deseo de fumar (accesibilidad y facilitadores de consumo), reconocer las situaciones de riesgo de volver a fumar (acontecimientos, estados de ánimo y actividades), adquirir información útil sobre la naturaleza de la adicción, su síndrome de abstinencia y predisponentes a la recaída.
- **Desarrollo de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas** para el manejo del estrés, la ansiedad y otros afectos negativos.
- **Apoyo social:** identificar y pedir ayuda a las personas que pueden tener efecto positivo en este proceso. Sumar contención en líneas telefónicas de apoyo (0800-999-3040) y otros.

Tabla 3: Asesoramiento práctico: Resolución de problemas y desarrollo de habilidades (Adaptado y modificado de Fiore y col.[1])

<i>Asesoramiento práctico</i>	
M A N E J O D E E S T I M U L O S	<p>Reconocer las SITUACIONES de RIESGO de volver a fumar</p> <p>Es importante que cada fumador identifique sus propias situaciones de riesgo. Estos pueden ser acontecimientos, estados de ánimo y actividades que incrementan el riesgo de fumar o recaída:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estar con otros fumadores. <input type="checkbox"/> Tomar alcohol, café, bebidas con xantinas (mate, bebidas cola). <input type="checkbox"/> Situaciones de disforia y estrés: sentimientos negativos, estar bajo presión o tensión, sentirse angustiado o ansioso. <input type="checkbox"/> Accesibilidad y facilitadores de consumo: tener cigarrillos en la casa y convivientes fumadores. <input type="checkbox"/> Visitar lugares fuertemente asociados al hecho de fumar (ej.: casinos, reuniones con fumadores, etc.).

PRELIMINAR P...

Desarrollar
HABILIDADES de
AFRONTAMIENTO
y de **RESOLUCIÓN**
de **PROBLEMAS**

- Anticiparse y evitar situaciones desencadenantes (ej.: comunicar a otros fumadores que por un tiempo evitará algunas reuniones con ellos, o bien solicitar que estas sean en ALH).
- Aplicar estrategias **cognitivas** que le permitan reducir los estados de ánimo negativos (ej.: repetirse que es un logro muy importante y que lo está haciendo muy bien).
- Lograr **cambios del estilo de vida** que reducen el estrés, mejoran la calidad de vida y reducen la exposición a los facilitadores del consumo (actividad física, reducir alcohol y otras).
- Introducir estrategias **conductuales** para manejar el estrés y el deseo de fumar: distraer la atención, cambiar las rutinas, hacer algo placentero, bañarse, escuchar música, técnicas de relajación, leer, hacer actividad física y muchas más.
- Planificar estrategias **sustitutivas** para manejar la urgencia por fumar: salir a caminar, distraerse, tomar agua u otras bebidas frescas, lavarse los dientes, masticar chicles o caramelos sin azúcar.

Informar sobre la
NATURALEZA del
TABAQUISMO y
dar **CLAVES** para el
ÉXITO.

- Informar sobre la naturaleza adictiva de la nicotina, los síntomas de abstinencia y su periodo de duración.
- Remarcar que la urgencia por fumar cede al cabo de 2 a 3 minutos y que la estrategia sustitutiva (y no tener cigarrillos consigo) es clave para atravesar este momento de urgencia.
- Alertar que sólo una “pitada” puede implicar una recaída.

ESTIMULAR al abandono del tabaco y a la **AUTOEFICACIA**

- Transmitir confianza en la capacidad de lograrlo:
- que existe tratamiento efectivo para dejar de fumar.
 - que millones de personas como él ya han dejado de fumar en todo el mundo.

Ofrecer **CUIDADO**. Responder **INQUIETUDES**. Desmitificar **TEMORES**.

- Ofrecer ayuda en forma directa.
- Preguntar cómo se sienten con el hecho de dejar de fumar.
- Estar abierto a las expresiones de duda, temores o sentimientos ambivalentes acerca del dejar de fumar.

Favorecer la **ELABORACIÓN** del proceso de **ABANDONO**

- Preguntar y favorecer la reflexión sobre:
 - Razones o motivos para dejar de fumar.
 - Preocupaciones y dudas si deja de fumar.
 - Logros conseguidos hasta ese momento.
 - Dificultades en el proceso de abandono.

Solicitar **SOPORTE SOCIAL** y **FAMILIAR**

- Trabajar sobre la contención familiar y social.
- Informar el “Día D” a familiares y amigos.
- Estimular la generación de ambientes libres de tabaco en la casa, en vehículos y en el trabajo. Solicitar la cooperación de su entorno.
- Recurrir a líneas telefónicas de ayuda
- Participar de grupos de discusión presenciales o por Internet

Facilitar el desarrollo de **HABILIDADES** para **CONSEGUIR SOPORTE**

- Ayudar a identificar a las personas que le brindan contención y apoyo en el proceso de recuperación y pedirles ayuda explícita (pedir que no fumen en su presencia y que no le ofrezcan cigarrillos, alertar al entorno social sobre sus posibles cambios transitorios en el humor, etc.)
- Informarlos sobre la existencia de líneas de ayuda telefónica **0800-999-3040**.

Estimular el dar **SOPORTE** a **OTROS FUMADORES**

- Ser apoyo de otros fumadores para que dejen de fumar.
- Invitar a otras personas a sesiones para dejar de fumar.

ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS PARA EL INTENTO DE ABANDONO

Usar fármacos en el intento de abandono se centra en el control de síntomas de abstinencia y obtienen su mejor rendimiento cuando son parte de una estrategia de consejería y seguimiento para dejar de fumar, ya sea presencial, teleconsulta o telefónica. Su uso apropiado se dirige a quienes están decididos a realizar un intento serio de abandono.

Las mismas opciones farmacológicas se pueden utilizar tanto en el marco de la intervención breve como de la intensiva. No hay evidencia que oriente a la elección farmacológica específica para cada fumador. Esta se realiza habitualmente en base a condiciones clínicas, contraindicaciones, preferencias, disponibilidad, tasa de adherencia, costo, experiencia del personal de salud tratante, etc.

En cuanto a la terapia de reemplazo nicotínico, se presenta en tabla 4 un esquema orientativo de uso de TRN como monoterapia. Si se apunta a reemplazar en un 80% la nicotina absorbida del cigarrillo se requerirán dosis superiores a estas [127]. La indicación se acompaña de la explicación práctica en dosis, modo y tiempo de uso (Tabla 5).

Tabla 4: Orientación de la dosis diaria de TRN según el consumo diario de cigarrillos.

Cigarrillos diarios	Nicotina absorbida al fumar (mg)	Orientación para la sustitución con Terapia de Reemplazo con Nicotina (como monoterapia)				
		Chicles o comp 2 mg	Chicles o comp 4 mg	Parches 10 cm ²	Parches 20 cm ²	Parches 30 cm ²
10	15	4-6	-	1	1	-
20	30	8-10	6-8	-	-	1
30	45	-	10-12	-	-	1-2

Tabla 5: Dosis e instrucciones prácticas de los fármacos de la Cesación

Tratamiento Farmacológico de la Cesación Tabáquica		
	Dosis e Instrucciones	Duración
<p>Parches de Nicotina</p> <p>7, 14 o 21 mg/ 24 hs</p>	<p>Venta libre. <u>Contraindicaciones relativas:</u> precaución en arritmias graves, angina inestable y dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio. <u>Embarazo:</u> Droga clase D.</p> <p><u>Efectos adversos más frecuentes:</u> Alteración del sueño, sueños vívidos, reacciones cutáneas leves (cambiar el lugar cada día). Se puede usar alguna crema con corticoides si la irritación es moderada. Suspender en caso de reacción severa (menor al 5%).</p> <p><u>Instrucciones:</u> Desde el día D. Para los que fuman más de 15 cig/día o prenden su primer cigarrillo dentro de la primera hora del día recomendar los de 21 mg/día.</p> <p>Colocar por la mañana sobre piel sana, seca y lampiña (preferentemente abdomen y hombros). Dejar actuar 24 hs y cambiar por un nuevo parche en otra zona. En caso de insomnio sacarlo de noche. Luego de 8 semanas se puede suspender sin descenso de dosis. Existe evidencia de seguridad del uso concomitante de parches y la conducta de fumar [127].</p> <p><u>Presentación:</u> TTS 30: liberan 21 mg nicotina por 7 y por 21 parches; TTS 20: liberan 14 mg nicotina por 7 y por 21 parches; TTS 10: liberan 7 mg nicotina por 7 y por 21 parches</p>	8 a 12 semanas
<p>Chicles de Nicotina</p> <p>2 y 4 mg</p>	<p>Venta libre (con o sin sabor). <u>Contraindicaciones relativas:</u> trastornos odontológicos que no permitan la masticación de chicles. Precaución dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio o arritmias graves o angina inestable. <u>Embarazo:</u> Droga clase D.</p> <p><u>Efectos adversos más frecuentes:</u> hipo, eructos, dispepsia, dolor de la articulación témporo mandibular.</p> <p><u>Instrucciones:</u> Iniciar desde el día D. Sugerir los de 2 mg en fumadores de menos de 20 cig/día y los de 4 mg para los de</p>	8 a 12 semanas

	<p>alta dependencia. Usar un chicle cada 1 a 2 horas (hasta 24 chicles por día). Masticar lentamente hasta obtener un sabor picante o intenso. Entonces dejar en reposo varios minutos en el carrillo de la boca y luego repetir la masticación hasta obtener nuevamente dicho sabor y reposar nuevamente. Repetir esta masticación intermitente durante media hora o hasta que desaparezca el sabor. Evitar bebidas ácidas (café, jugos cítricos) y alimentos desde los 15 minutos previos y durante su uso.</p> <p><u>Presentación:</u> cajas de chicles de 2 o de 4 mg por 24 o por 30 unidades.</p>	
<p>espray Nasal de Nicotina 1mg por dosis (0,5 mg por aplicación)</p>	<p>Venta bajo receta.</p> <p><u>Contraindicaciones relativas:</u> Evitar en pacientes con hiperreactividad bronquial severa. Usar con precaución en arritmias graves, angina inestable y dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio. <u>Embarazo:</u> Droga clase D</p> <p><u>Efectos adversos más frecuentes:</u> Irritación nasal moderada o intensa los primeros días. Más leve las semanas posteriores. Posible dependencia al espray.</p> <p><u>Instrucciones:</u> una aplicación en cada fosa nasal (total 1 mg por DOSIS). Comenzar con 1 a 2 dosis por hora. Aumentar de acuerdo a los síntomas de abstinencia. Dosis mínima recomendada 8 dosis al día. Límite máximo 40 dosis /día (5 dosis/hora). Aplicar hacia el tabique nasal y no inhalar.</p> <p><u>Presentación:</u> envases por 200 aplicaciones de 0,5 mg (100 dosis)</p>	<p>8 a 12 semana s</p>
<p>Comprimido s dispersable s de Nicotina 1, 2 y 4 mg</p>	<p>Venta libre</p> <p><u>Contraindicaciones relativas:</u> precaución dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio o arritmias graves o angina inestable. <u>Embarazo:</u> Droga clase D.</p> <p><u>Efectos adversos más frecuentes:</u> hipo, náuseas y pirosis. Cefalea y tos en los de 4 mg.</p> <p><u>Instrucciones:</u> Iniciar desde el día D. Sugerir los de 2 mg en fumadores de menos de 20 cig/día y los de 4 mg para los de</p>	<p>8 a 12 semana s</p>

alta dependencia. Usar un comprimido cada 1 a 2 horas (hasta 24 comprimidos por día).

Dejar que se disuelva en la boca. No tragar ni masticar. Evitar bebidas ácidas (café, jugos cítricos) y alimentos desde los 15 minutos previos y durante su uso.

Presentación: envases de 2 o de 4 mg por 24 comprimidos.

bupropión

Bajo receta archivada. Exige seguimiento médico.

8 a 12
semanas

Contraindicaciones: epilepsia, alguna convulsión alguna vez en la vida, antecedente de traumatismo de cráneo grave (fractura craneana, pérdida de conocimiento prolongada). Trastornos de la conducta alimentaria. Cualquier situación clínica o fármacos que predisponga a convulsiones (ej: hipoglucemiantes, insulina, teofilina, antipsicóticos, antidepresivos, corticoides sistémicos). Ingesta de IMAO. Alcoholismo activo. Precaución: Diabetes, antirretrovirales. Embarazo Droga clase C.

Efectos adversos más frecuentes: alteración del sueño, boca seca, cefalea, reacciones alérgicas. ADVERTENCIA: se describen en algunos casos ánimo deprimido y agitación y aparición de hipertensión durante el tratamiento.

El efecto adverso más grave es la aparición de convulsiones (1/1000), por lo que el comprimido es de liberación prolongada y se evitan en situaciones que predisponga a convulsiones (ver arriba).

Como la eficacia es similar a 150 mg/día como a 300 mg/día, con la menor dosis se reducen la tasa de eventos adversos y se reducen costos.

NUNCA tomar dos comprimidos juntos.

Instrucciones: Comenzar 1 a 2 semanas antes de la fecha de abandono del tabaco. **Dosis total de 150 mg**: 1 comprimido matinal como único tratamiento. **Dosis Total de 300 mg**: comenzar con 1 comprimido matinal por 3 días y a partir del 4to día, agregar el segundo comprimido con 8 hs de diferencia del primero (intentar que la segunda dosis quede antes de las 18 hs para evitar insomnio). La dosis total no debe exceder los 300 mg.

Recomendar baja toma de alcohol.

Presentación: comprimidos de 150 mg por 30 y 60.

vareniclina

Venta bajo receta médica. Exige seguimiento médico.

Contraindicaciones: ajustar dosis en insuficiencia renal y diálisis. Embarazo Droga clase D

Efectos adversos más frecuentes: náuseas, alteraciones del sueño y sueños vívidos. Usar con precaución al conducir o usar maquinaria pesada. ADVERTENCIA: se han descrito casos de ánimo deprimido, agitación, trastorno de conducta, ideación suicida y suicidio, por lo que se recomienda preguntar antecedentes de padecimientos mentales (ej. depresión). Evitar ante portación de arma (ej. policías, agentes de seguridad y otros).

Instrucciones: Primera semana: dosis creciente 0,5 mg por la mañana los primeros 3 días. A partir del 4º día: 0,5 cada 12 hs. A partir de la segunda semana: 1 mg cada 12 hs hasta completar 12 semanas. Planificar DIA D entre los 7 a 10 días de haber iniciado el fármaco. Puede elegirse tratamiento de 1 mg/día (0,5 cada 12 hs o 1 mg cada 24 hs) para reducir insomnio y náuseas.

Presentación: caja de inicio con una semana de comprimidos de 0,5 mg (11 compr.) y 3 semanas de compr. de 1 mg (21 comp.). Cajas de 56 compr. de 1 mg para 4 semanas de tratamiento.

12
semana
s

PRELIM

EMBARAZO

El embarazo es un período especialmente receptivo a los cuidados de la salud. El rol de los profesionales de la salud es detectar aquellas que siguen fumando para trabajar en conjunto la motivación, acompañarlas y ayudarles a que dejen con éxito.

Las intervenciones propuestas en esta guía, pueden incrementar las tasas de abandono del cigarrillo. Estas estrategias requieren pocos minutos, pueden ser realizadas por todo el equipo de salud y se integran fácilmente a controles prenatales.

El Programa Nacional de Control del Tabaco, ha publicado un aplicativo sobre estas recomendaciones dirigidas al equipo de salud que atiende a la embarazada que fuma: ¿Cómo ayudar a la mujer embarazada a dejar de fumar durante el embarazo y lactancia? guía de lectura rápida para el equipo de salud, que puede descargarse de www.argentina.gob.ar o bien solicitarse por correo electrónico a controldetabaco@msal.gov.ar, servisaludent@msal.gov.ar.

SITUACIONES DE SALUD MENTAL O CLÍNICAS ESPECIALES

El Programa Nacional de Control del Tabaco, ha publicado diversos aplicativos sobre estas recomendaciones dirigidas al equipo de salud que puede descargarse de www.msal.gov.ar o bien solicitarse por correo electrónico a controldetabaco@msal.gov.ar, servisaludent@msal.gov.ar:

- ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con padecimientos mentales? guía de lectura rápida para el equipo de salud.*
- ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a la persona internada? guía de lectura rápida para el equipo de salud.*
- ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)? guía de lectura rápida para el equipo de salud.*
- ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) +? guía de lectura rápida para el equipo de salud.*
- ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con enfermedad oncológica? guía de lectura rápida para el equipo de salud.*

RECAÍDAS

Tabla 7. Estrategias de intervención en personas que dejaron de fumar recientemente.

Felicitar por todo éxito y estimular a mantenerse abstinentes
<p>❓ Utilizar preguntas abiertas para facilitar la expresión de aspectos relevantes del abandono:</p> <ul style="list-style-type: none">o Beneficios: para la salud y bienestar; el logro, la independencia al no fumar, económicos, sociales, familiares y otros. Cada aspecto del éxito: duración sin fumar, sobrellevar la abstinencia, la ventaja de haberse manejado adecuadamente. Haber pedido ayuda. Haber aprendido. Creatividad para vencer el craving, etc.o Aspectos negativos vinculados a la abstinencia o de falta de soporte social: cambios en el ánimo, aumento de peso, convivencia con fumadores, coincidencia con eventos estresantes.o Comprobar el uso correcto de la medicación si la está tomando: dosis, horarios, efectos adversos, etc.
Comentar los problemas que enfrentan los exfumadores
<p>Falta de apoyo para dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none">o Programar visitas o llamadas telefónicas de seguimientoo Animar a que llame a la línea telefónica de ayuda 0800-999-3040o Ayudar a la persona a identificar apoyo en su entornoo Derivarlo a asesoramiento intensivo individual o grupal
<p>Estado de ánimo negativo y depresión:</p> <ul style="list-style-type: none">o Evaluar la intensidad de los síntomaso Ofrecer derivación o tratamiento según los casos
<p>Síndrome de abstinencia intenso o prolongado:</p> <ul style="list-style-type: none">o Intensificar la consejería y las estrategias farmacológicas: actividad física, tomar agua, actividades relajantes, asociar fármacos, aumentar dosis, etc.
<p>Ganancia de peso:</p> <ul style="list-style-type: none">o Recomendar el inicio/incremento de la actividad física.o Tranquilizar y explicar que puede haber una leve ganancia de peso autolimitada.

- o Insistir en que es más importante lo que está ganando para su salud al dejar de fumar.
- o Recomendar una alimentación sana y saludable. Sugerir sustitutos de bajas calorías (caramelos y chicles).
- o Mantener los fármacos que retrasan la ganancia de peso (ej. bupropión, TRN).
- o Derivar a un especialista en nutrición.

Recaídas puntuales (deslices):

- o Repasar el uso continuo de la medicación.
- o Animar a retomar el objetivo de abstinencia completa.
- o Tranquilizar a la persona ya que es frecuente que ocurra un desliz, incluso en procesos exitosos.
- o Tomarlo como aprendizaje.
- o Ofrecer derivación a tratamiento intensivo.

PRELIMINAR PARA REVISIÓN EXTERNA

ANEXOS METODOLÓGICOS SOBRE LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Las mejoras metodológicas de la presente actualización incluyen: explicitación de los aspectos que no aborda la GPC, incorporación de la grilla *DEVELOPMENT* que permite la selección según ciertos elementos presentes en las GPC existentes, elaboración de todas las tablas de resumen de hallazgos (SoF) que soportan cada intervención recomendada, mayor explicitación de los desenlaces, mayor explicitación de los marcos de traspaso de la evidencia a la recomendación conteniendo un resumen para cada recomendación y la búsqueda bibliográfica de las preferencias de los pacientes.

ANEXO METODOLÓGICO 1. Preguntas clínicas

Las *preguntas clínicas* son la matriz metodológica tanto de la búsqueda sistemática y tabla de evidencia, como de la redacción de las recomendaciones. La estructura de las preguntas clínicas comprende: Paciente/población, Intervención, Comparación, *Outcome* (medidas de resultado o desenlaces) estructura conocida con el acrónimo PICO (Tabla A.1.) [6,128]. El tipo de pregunta se refiere al alcance: promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento. En la presente Guía, las preguntas son de tratamiento.

Tabla A.1: matriz de preguntas clínicas

DEFINICIÓN N/ ALCANCE/ TIPO DE PREGUNTA	PACIENTE/ POBLACIÓN/ PROBLEMA	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN CON OTRA INTERVENCIÓN	OUTCOME DESENLACE O RESULTADO	VALORACIÓN N/ PUNTAJE
Definición	Población o problema al cual nos referimos	Intervención o factor de exposición que es de interés	Comparación con otra exposición si corresponde	Resultado de interés	

Las preguntas clínicas fueron generadas en 2011, en consonancia con las áreas clínicas relevantes de los alcances y objetivos, usuarios y destinatarios. Las preguntas para la elaboración de las GPC se reconocen como de primer nivel (genéricas) y de segundo nivel (o de segunda línea) que están contenidas en las tablas de resumen de hallazgos (tablas SoF).

Todas las preguntas clínicas de primer nivel de la versión 2011 fueron jerarquizadas por el panel como de relevancia media a alta de ser respondidas en la actualización de la GPC por lo que se mantuvieron en la presente actualización. El panel además ratificó la ponderación de las medidas de resultado/desenlaces (*outcome*) según la importancia para el paciente, tanto de beneficio (ej. tasa de cesación) como de eventos adversos.

En una redacción más amena, las preguntas clínicas a responder fueron:

1. ¿Cuál es la eficacia de que el equipo de salud (médicos, enfermería, odontólogos, farmacéuticos y otros.) **interrogue y registre** el estado de fumador?
2. ¿Cuál es la eficacia del **consejo de cesación** del equipo de salud?
3. ¿Cuáles son las estrategias **motivacionales** efectivas: **intervención motivacional, intervenciones basadas en etapas de cambio, mediciones biológicas**, para dejar de fumar?
4. ¿Cuáles son los **formatos e intervenciones** efectivos en cesación: **individual, grupal, materiales escritos, intervención breve, intervención intensiva, líneas telefónicas, páginas web y mensajes de texto a celulares, aplicaciones en teléfonos inteligentes**?
5. ¿Cuál es la eficacia de los tratamientos **farmacológicos como monoterapia o combinados**?
6. ¿Es recomendable tratar **farmacológicamente** a los fumadores **de pocos cigarrillos**?
7. ¿Cuáles son las intervenciones (farmacológicas, actividad física, conductuales, alimentarias, etc.) efectivas para limitar el **aumento de peso asociado a la cesación**?
8. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del **cigarrillo electrónico** para la cesación?
9. ¿Cuáles son los tratamientos que por evidencia de ineficacia o por falta de evidencia de eficacia (**acupuntura, citisina, benzodiacepinas, etc.**) fueron recomendados en contra en la guía precedente?
10. En **embarazadas** ¿Cuáles son las estrategias efectivas y seguras (preguntas múltiples, consejo, consejería práctica, mediciones biológicas, fármacos) para la cesación?
11. En **niños, niñas y adolescentes** ¿Cuáles son las estrategias efectivas y seguras para la prevención de inicio y cesación de los padres?
12. ¿Cuáles son las estrategias efectivas para el tratamiento de personas con **enfermedades asociadas** relacionadas: ámbito de internación, antecedente de padecimientos mentales, internados, quirúrgicos (desenlaces: tasa de cesación a la cirugía (puntaje 7 crítico), complicaciones postoperatorias), EPOC, patología cardiovascular, con antecedentes de VIH y neoplasias?
13. ¿Cuáles son las estrategias efectivas para **prevenir la recaída** en el consumo de tabaco?

El comparador habitual fue: la ausencia de la intervención, cuidado habitual, placebo o comparador activo según cada caso.

Desenlaces

La medida de resultado principal de medida de eficacia fue la **tasa de cesación**, preferentemente continua, por 6 o más meses (criterios de Russell) con **puntaje 7 (crítico)**

por validación bioquímica y/o autorreporte. Como un equivalente, en el caso del cigarrillo electrónico, se consideró el consumo crónico de nicotina (puntaje =7 crítico).

En embarazadas la tasa de cesación es durante o al final del embarazo (puntaje =7 crítico).

En niños, niñas y adolescentes, se aceptó como excepción (ya que es una GPC de terapéutica) la prevención del inicio por no haber estrategia efectiva para la cesación pero que es deseable que el equipo de salud intervenga.

Para la pregunta sobre identificación del estatus de fumador el desenlace secundario es la tasa de intervención por parte del equipo de salud (puntaje =6 importante pero no crítico).

Para las preguntas de estrategias motivacionales se incluyó la tasa de intentos (puntaje =7 crítico).

Para la pregunta de aumento de peso el desenlace del menor aumento de peso tuvo un puntaje =6 (importante, pero no crítico).

Para la pregunta en población con enfermedades asociadas relacionadas al consumo de tabaco se consideraron como desenlaces: menos complicaciones postoperatorias, (puntaje =7 crítico), mejor evolución de la enfermedad de base (puntaje =7 crítico).

En todas las preguntas de fármacos se incluyeron los efectos adversos graves como desenlaces críticos, aunque el sistema GRADE admite que si un efecto adverso grave es muy infrecuente se maneje el puntaje como no crítico).

ANEXO METODOLÓGICO 2. Valoración de los potenciales conflictos de intereses

Un conflicto de interés existe cuando el juicio profesional referente a un interés primario (tal como bienestar de pacientes o la validez de los resultados de la investigación) puede ser influenciado por un interés secundario (tal como aumento financiero o rivalidad personal).

Existe un conflicto de interés cuando el profesional experto (o alguien con quien la/el experto/a mantiene una relación personal cercana) o la institución en la cual trabaja, posee algún interés financiero o de otra naturaleza que podría influenciar su opinión.

Cuando se decide participar en la elaboración de una guía de práctica clínica, se asume la responsabilidad de revelar todas las relaciones personales y económicas que puedan influir en las recomendaciones de la misma.

Cada uno de los integrantes del panel señaló explícitamente si existen o no conflictos potenciales con un cuestionario específico a tal fin con la validez de declaración jurada.

En el cuestionario se valoraron los últimos cinco años:

1. Si ha aceptado de alguna organización o entidad comercial que pueda verse afectada financieramente por los resultados de las recomendaciones de la GPC:

Reembolso por concurrir algún simposio o evento científico relacionado con el tema de la guía; honorario para dictar una conferencia o charla relacionado con el tema de la guía; honorario para la educación dentro de la organización

relacionado con el tema de la guía; fondos/ beca / subsidio para realizar alguna investigación relacionada con el tema de la guía; honorarios por consultas o asesoramiento relacionado con el tema de la guía.

2. Si ha sido contratado por alguna organización que pueda verse afectada financieramente a partir de las recomendaciones de la GPC, si posee acciones o bonos de alguna organización o entidad comercial que pueda verse afectada financieramente a partir de las recomendaciones de la GPC.
3. Si posee propiedad actual de una droga, tecnología o proceso (ejemplo: posesión de patente) que sea parte del tema a tratar o esté vinculado a éste.
4. Si en los últimos cinco años ha actuado como experto/consultor/director u otra posición, remunerado o no, en entidades comerciales que tenga intereses en el tema a tratar, o una negociación en curso referida a perspectivas de empleo, u otra asociación.
5. Si tiene otros intereses financieros competentes
6. Otra clase de conflictos de intereses:
 - o Una relación cercana con alguna persona que pueda tener ciertos intereses en la publicación de su estudio o revisión.
 - o Una relación de compañerismo o rivalidad académica con alguna persona que pueda tener ciertos intereses en la publicación del estudio o revisión.
 - o Ser miembro de un grupo político o de interés especial que pueda tener ciertos intereses en la publicación del estudio o revisión.
 - o Una convicción personal o religiosa profunda que pudo haber afectado la publicación del estudio o revisión.

VALORACIÓN:

De los 25 participantes, 19 (76%) panelistas contestaron que NO A TODOS los puntos. Un caso declaró haber recibido reembolso por concurrir a algún simposio o evento científico relacionado con el tema de la guía en el 2019 y declaró que no estaba vigente ese vínculo ni que influenciaban en su participación. Un miembro declaró que en los últimos dos años ha actuado como experto en entidades comerciales que tengan intereses en el tema a tratar en la GPC en julio de 2020 por única vez.

Declararon vigencia de algún vínculo de financiamiento 3 miembros por pertenecer a una Asociación que recibe esponsorio en uso de logo, capacitaciones y *newsletter* de un laboratorio farmacéutico.

Las declaraciones individuales se encuentran disponibles en la DINAIENT.

DECLARACIÓN DE INDEPENDENCIA EDITORIAL DEL EQUIPO ELABORADOR

La presente actualización de la Guía basada en la versión 2011, fue impulsada y realizada por el Ministerio de Salud de la Nación. El equipo elaborador fue conformado por profesionales que se desempeñan como asesores técnicos del PNCT. Se declara que el equipo elaborador gozó de independencia editorial en la redacción de las recomendaciones.

ANEXO METODOLÓGICO 3. Búsqueda de la evidencia y análisis de los hallazgos

1. Estrategias de búsqueda de GPC

Se realizó una búsqueda exhaustiva de Guías internacionales disponibles en castellano e inglés. La misma se realizó por internet utilizando los descriptores “smoking cessation”, “tobacco treatment” y “guidelines”, “tabaquismo”, “cesación tabáquica”, “cese del uso de tabaco”, “embarazo”, “adolescentes”, “guías” “guías de práctica clínica, que tomó el período 2015-2020. Tanto la búsqueda como los resultados fueron revisados de manera independiente por dos metodólogos (BC y AJV), con el objeto de identificar los trabajos potencialmente relevantes. En el caso de guías que actualizaban documentos previos, se revisaron los documentos originales.

Se utilizaron en varios motores de búsqueda: Google <http://www.google.com.ar/>, Google Académico <http://scholar.google.com.ar/>, Pubmed <http://www.pubmed.com/buscar.htm>, Pubgle, <http://www.pubgle.com/buscar.htm>, Trip Database <http://www.tripdatabase.com/>, National Guideline Clearinghouse. www.guidelines.gov Excelencia Clínica <http://www.excelenciaclinica.net/index.php/search>, Centre for Evidence Based Medicine, <http://www.cebm.net>, Guías de Práctica Clínica en el Centro Nacional de Salud (España), <http://www.guiasalud.es/home.asp>, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) <http://www.sign.ac.uk/>, Atención Primaria en la Red <http://www.fisterra.com/>, Guidelines International Network <http://www.g-i-n.net>, International Network of Agencies for Health Technology Assessment <http://www.inahta.org/>, Evaluación de Tecnologías de la Salud (Chile).

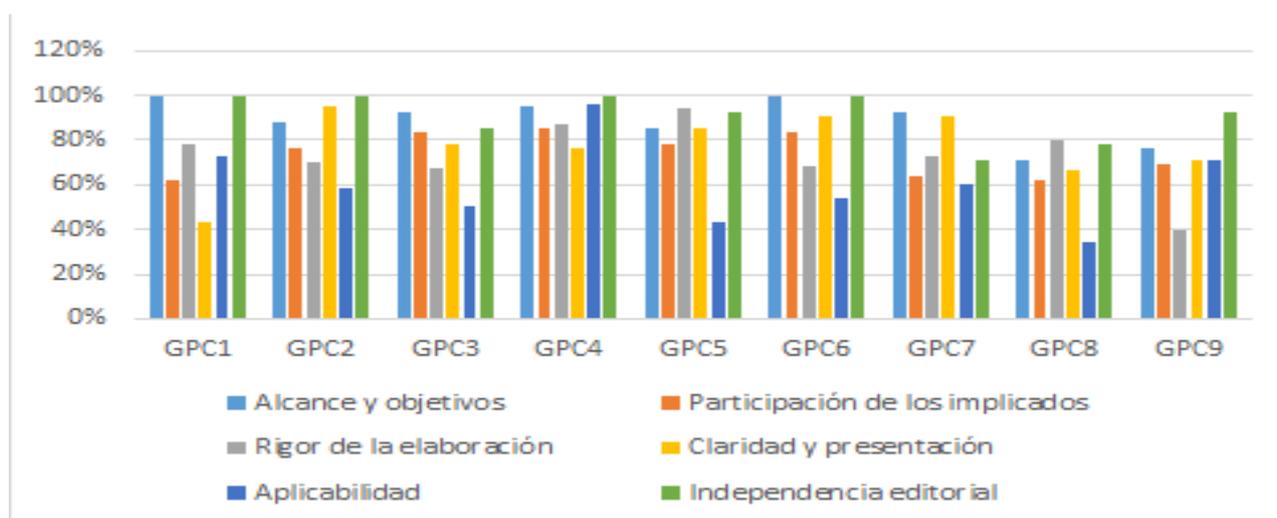
http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_temas/g_evaluacionde_tecnologias_delasalud/guiasmetodologicas.html, Ministerio de Salud de la Nación de Chile, DIPRESE, <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-auge/> Base Internacional de Guías GRADE OPS/OMS sites.bvsalud.org/biggbiblio/.

Se identificaron nueve GPC que fueron objeto de la revisión crítica (figura A.1.).

2. Revisión Crítica de las GPC

La calidad de las GPC fue evaluada utilizando el instrumento AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*)[129]. Distingue seis áreas que suman 23 criterios: (1) alcances y objetivos; (2) participación de los implicados; (3) rigor en la elaboración; (4) claridad y presentación; (5) aplicabilidad e (6) independencia editorial. Las GPC fueron calificadas en estos 23 criterios por dos observadores independientes (BC, AJV, NG, BF Y MB). Los resultados de la evaluación fueron volcados en una planilla de cálculo Microsoft Excel®. Los desacuerdos entre los evaluadores fueron resueltos por consenso simple.

Figura A. 1. Calidad por instrumento AGREE de las GPC



Se seleccionaron como insumos de esta guía para cada temática, de entre aquellas GPC que presentando concordancia en los alcances y objetivos con la GPC propuesta, responde a las preguntas clínicas, son de buena calidad metodológica (puntaje superior al 70% en “rigor en la elaboración” con el instrumento AGREE II) y que brindan las estrategias de búsquedas sistemáticas y tienen disponible la extracción de la evidencia y la construcción de perfiles GRADE (tablas A.2. grilla *ADOLOPMENT*). Ninguna GPC satisfacía con los requerimientos, por lo que fueron tomados en cuenta algunos elementos en la medida que la versión 2011 y las RS-MA de cada intervención no alcanzaran a responder preguntas clínicas.

Tabla A.2. Grilla *ADOLOPMENT*

Guía preseleccionada	Concordancia: alcances y objetivos	Responde a las PC	Calificación AGREE II: Rigor de la elaboración	Brinda estrategia de búsqueda	Idioma	Brinda tablas de evidencia GRADE
GPC 1. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment. A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents [130]	Si	parcial	79%	no	inglés	no
GPC 2. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2015 [131]	Si	si	71%	no	inglés	no
GPC 3. Clinical Practice Guidelines on Treatment of Tobacco Use Disorder. Ministry of Health. Malaysia. 2016[132]	Si	si	68%	genérica	inglés	no

GPC 4. Stop smoking interventions and services. NG92. The National Institute for Health and Care Excellence Guidance (NICE). UK. 2018 [133]	Si	Si	95%	si	inglés	no
GPC 5. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. American Thoracic Society Documents. 2020 [58]	Si	parcial	80%	si	inglés	si
GPC 6. Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2020 [134].	Si	parcial	69%	no	inglés	no
GPC 7. Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo, Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. Chile 2017 [135]	Si	si	73%	si	español	si (algunas)
GPC 8. Smoking Cessation, The National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Version 1.2016 [136].	Si	Parcial	80%	genérica	inglés	no
GPC 9. ENSP Guidelines for treating tobacco dependence. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. 2016 [137]	Si	Parcial	39%	no	inglés	no

3. Búsqueda exhaustiva y revisión crítica de RS-MA

La respuesta a las preguntas clínicas fue actualizada sobre todo con la búsqueda de RS-MA específicas y relevantes para cada intervención.

Los motores de búsqueda principales fueron Google Scholar, Pubmed, Epistemonikos, y Cochrane collaboration, utilizando los términos “*meta-analysis AND smoking cessation*” para las intervenciones de cada pregunta clínica. Se incluyeron aquellos documentos posteriores al año 2011, accesibles en texto completo en inglés o español. En los casos en que no se encontraron nuevas actualizaciones, se mantuvo la evidencia de la versión 2011.

4. Construcción de los perfiles de evidencia y tablas de resumen de hallazgos (Summary of finding -SOF-)

Una vez seleccionadas las GPC e identificadas las RS-MA actualizadas, se valoraron los perfiles de evidencia. El sistema GRADE se caracteriza por la construcción de perfiles de evidencia y su resumen en tablas predeterminadas (tablas “*Summary of Findings*” o SoF)

para cada una de las preguntas de segundo nivel[7]. Estos perfiles se consideran a la luz una valoración explícita de la evidencia como parte central de la transparencia de la toma de decisiones según cinco factores: riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión y riesgo de sesgo de publicación junto a otras consideraciones que determinan la calidad de la evidencia (alta, moderada, baja o muy baja) para cada desenlace.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las RS-MA no abordan de forma adecuada todos los desenlaces relevantes, el proceso GRADE debe soportarse en una o más revisiones sistemáticas.

Las tablas SoF contenidas en la presente GPC, fueron elaboradas por los expertos metodológicos del equipo elaborador (AJV y BC). Se utilizó para ello, el software GRADEpro GDT Academic-User ®.

ANEXO METODOLÓGICO 4. Elaboración de las Recomendaciones

La **calidad de la evidencia** indica hasta qué punto podemos confiar en que el estimador del efecto es correcto, y la **fuerza de una recomendación** significa hasta qué punto podemos confiar en que poner en práctica una recomendación conllevará más beneficios que riesgos.

A. Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación

El marco de traspaso de la evidencia a la recomendación del inglés “*Evidence to Decision*” (EtD), es una herramienta que tiene por objetivo de facilitar el proceso de traspaso de la evidencia a las recomendaciones proveyendo una estructura que permite exponer y analizar toda la evidencia relevante en relación a una pregunta determinada, con el fin de definir la dirección y la fuerza de la recomendación dado el contexto de implementación.

En ese proceso, también se tienen en cuenta la aceptabilidad y factibilidad respecto a recomendar/sugerir cada intervención. Para ello, se consideraron políticas y datos epidemiológicos locales desde el Ministerio de Salud de la Nación en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y de los objetivos del Programa Nacional de Control del Tabaco.

La interrelación del conocimiento de la situación nacional aportados por el Programa Nacional desde 2003; la mirada de terreno brindada por los referentes provinciales que están cercanos a la implementación; el análisis de los patrones de uso los parches de nicotina aportados por la cartera nacional de su prueba piloto; el análisis de estudios nacionales aportados por las Sociedades Científicas e investigadores locales; la experiencia en implementación de múltiples GPC de la DINAIENT en el país (GPC nacionales de: tratamiento de la adicción al tabaco 2005 y 2011; prevención, diagnóstico y tratamiento de la Obesidad (2013), EPOC (2015), Hipertensión arterial (2019), Diabetes

Mellitus tipo 2 (2019), atención del Infarto Agudo de Miocardio (2020), etc.); y el análisis de preferencias y valores de los pacientes, se cuentan entre los componentes más relevantes a señalar que contribuyeron a enriquecer y soportar la discusión en el proceso de construcción de las recomendaciones reflejados en los EtD.

El sistema GRADE propone marcos flexibles con el propósito de ayudar a los paneles a moverse de la evidencia a las recomendaciones. La intención es: informar los miembros del panel los juicios acerca de los pros y contras de cada opción (intervención) que se considera, asegurar que los factores importantes que determinan una recomendación (criterios) se toman en consideración, proporcionar un resumen conciso de la mejor evidencia disponible para informar los juicios acerca de cada criterio, ayudar a la estructura de discusión e identificar razones de desacuerdo, hacer las bases de las recomendaciones transparentes a los usuarios de las guías [7].

En la presente actualización, las recomendaciones preexistentes fueron revisadas en su redacción, si estas se presentaban de modo conciso y a la vez con suficiente detalle de la acción a seguir. A su vez, se tuvo presente la secuencia clara entre las mismas, evitando ambigüedades o contradicciones. De esta manera se unificaron algunas recomendaciones para simplificar y evitar redundancias, o bien, se desdoblaron otras para brindar mayor relevancia y claridad, junto a nuevas recomendaciones y a un reordenamiento de las recomendaciones de tratamiento farmacológico según nivel de dependencia.

La recomendación final resultó en cada caso de un consenso basado en los juicios de los miembros del panel, informados por la evidencia presentada por el equipo elaborador y su experticia y experiencia. Para cada R se resumió la conclusión del panel en la tabla de recomendaciones.

La **fuerza de las recomendaciones**, resulta de consideraciones acerca de la evaluación de los criterios: la calidad de la evidencia, el balance entre beneficios y riesgos, la contextualización de la evidencia a las circunstancias específicas (valores y preferencias de los pacientes), así como la consideración de los costes (utilización de recursos) y su factibilidad de ser implementada. Las categorías de recomendaciones sugeridas por el sistema GRADE son: hazlo (*do it*), probablemente hazlo (*probably do it*), no emitir recomendación, probablemente no lo hagas (*probably don't do it*), no lo hagas. (*don't do it*).

Tabla A. 7. Definición y alcance de las recomendaciones fuertes y condicionales [138]

Grado de la recomendación/descripción	Beneficio contra riesgo y costos	Implicancias para la práctica clínica	Implicancias para los pacientes	Implicancias para la salud pública
Recomendación fuerte RECOMIENDA	El balance beneficio/riesgo y de uso de recursos es claramente favorable	La recomendación se aplica a la mayoría de los pacientes	La mayoría de las personas querrían recibir la intervención y sólo una minoría no lo querría	La recomendación puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones
Recomendación débil o condicional SUGIERE	El balance beneficio/riesgo y de uso de recursos tienen un margen estrecho	La mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad. Ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores	La mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos no lo querrían	Es necesario un debate sustancial con la participación de todos los interesados

A los fines de atender a la implementación de la GPC, se puso en conocimiento los alcances y objetivos de la GPC, las preguntas clínicas y desenlaces, al conjunto de referentes provinciales de Control del Tabaco, dado que los programas provinciales de la temática son claves para la implementación de la GPC en todas las jurisdicciones del país. Los referentes provinciales acordaron que las preguntas clínicas y desenlaces propuestos eran relevantes para sus jurisdicciones en cuanto a la cesación tabáquica.

VALORACIÓN DE LOS CRITERIOS GRADE

Se constituyó un panel de consenso por profesionales del equipo de salud de distintas profesiones, especialidades y regiones del país en septiembre de 2020 a través de una reunión por medios virtuales (Zoom.us®) en la cual el panel fue capacitado en los aspectos metodológicos pertinentes a su rol y se ratificaron las preguntas clínicas propuestas y sus desenlaces a través de formularios de Google®.

Valoración de los criterios calidad de la evidencia y balance entre beneficios y riesgos (C1 y C2). Entre octubre y diciembre de 2020, el panel valoró por vía virtual mediante técnica para el consenso formal (Delphi-Rand a través de formularios de Google®) la calidad de la evidencia analizada por el equipo elaborador a través de las tablas SoF. Para cada resultado clínico (desenlace), la calidad de la evidencia se calificó como: alta, moderada, baja o muy baja, según factores específicos (Tabla A.9.). En los mismos formularios se valoró el balance positivo entre beneficios y riesgo (C2) respondiendo a una escala Likert señalando si el balance es positivo, probablemente positivo, neutro, probablemente negativo o negativo.

Tabla A. 9. Factores GRADE para evaluar la calidad de la evidencia [139].

Calidad de la evidencia	Diseño de estudio	Disminuir si*	Aumentar si*
Alta	ECA	Importante (-1) o muy importante (-2) limitación de la calidad del estudio	Asociación: evidencia de una fuerte asociación: $RR > 2$ ó $< 0,5$ basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1). Evidencia de una muy fuerte asociación $RR > 5$ ó $< 0,2$ basada en evidencia sin posibilidad de sesgos (+2) Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Moderada		Inconsistencia importante (-1)	
Baja	Estudio observacional	Alguna (-1) o gran (-2) incertidumbre acerca de la que evidencia sea directa	
Muy baja	Cualquier otra evidencia	Datos escasos o imprecisos (-1) Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1)	

En todos los casos el panel acordó con la valoración de la evidencia realizada (C1) y alcanzó consenso para el C2 (al menos 75% del panel respondió balance positivo o probablemente positivo).

Valoración de los criterios sobre preferencias de los pacientes, costos y factibilidad de implementación (C3, C4 y C5). Los tres criterios restantes se valoraron en una reunión por medios virtuales el 21 de diciembre de 2020 (Zoom.us ®) mediante técnica para el consenso formal (Delphi-Rand), alcanzando consenso en determinar la fuerza y dirección para cada recomendación.

Por último, en la misma reunión y manteniendo la metodología de consenso formal, se valoró cuán apropiado es mantener las recomendaciones condicionales en la presente actualización.

Para ello cada miembro del panel reflexionó sobre las ventajas y desventajas que tendría incluir esa recomendación. De este balance, surgió la ponderación final. La unidad de análisis fue cada recomendación individual y fue puntuada del 1 a 9, en relación a lo apropiado de incluir la recomendación en la guía: 1. Absolutamente NO apropiado y 9. Absolutamente SI apropiado. Con mediana igual o mayor a 7 y rango intercuartilo (RIC) 6 a 9 se consideraba apropiado, con mediana menor o igual a 3 y RIC 1 a 4 no incorporar la recomendación a la GPC. Las medianas entre 4 a 6 y/o RIC menor a 6 requirieron un plenario para intercambio de opiniones y nueva valoración definitiva posterior.

Cinco recomendaciones condicionales no cumplieron con la mediana y/o RIC propuestos y requirieron de un plenario para una puesta en común: spray nasal monoterapia, fármacos de segunda línea clonidina y nortriplina, citisina como no avalado y uso de CoExh en embarazadas. Luego del plenario, las cuatro R alcanzaron consenso y la R de citisina no alcanzó consenso pero obtuvo más votos a favor por lo que quedó en la guía explicitándose esta situación.

Como resultado final, la GPC se constituye de 50 recomendaciones: 30 fuertes y las restantes condicionales.

ANEXO METODOLÓGICO 5: participación de pacientes

Se realizó una búsqueda de preferencias de los pacientes que fue informada al panel antes de la ponderación del C3. El panel, evaluó cada recomendación desde su práctica cotidiana sobre dicha aceptación de los pacientes. En el panel además participaron exfumadores. Se publica como parte de la revisión externa en las páginas web para la lectura de distintos pacientes para su comprensión y revisión (en proceso).

Búsqueda bibliográfica sobre preferencias de los pacientes en cesación tabáquica

Los fumadores prefieren opciones farmacológicas efectivas y buenas habilidades comunicacionales en los profesionales que los atienden. Se recabó un estudio de opinión realizado en 123 veteranos de guerra fumadores y en etapa de contemplación [140]. En su mayoría eran hombres, tenían en promedio 13 años de educación formal y 81% había realizado algún intento de dejar de fumar usando fármacos y 36% había participado en algún tipo de programa de consejería para la cesación. Población con mayor prevalencia de tabaquismo que la población general. Accedían a diversas modalidades de tratamiento de cesación en varios formatos: sesiones individuales y grupales, consejería telefónica (ej. línea 0800), mensajería de texto y/o telemedicina. Los pacientes fueron encuestados sobre sus preferencias en cuanto a la consejería y la farmacoterapia para dejar de fumar. El objetivo era estimar el grado de preferencia por los diferentes atributos y niveles de intervención. En general, los veteranos buscaron optimizar los resultados en cesación: preferencia por las opciones terapéuticas con mayores tasas de éxito.

La mitad de los participantes fue encuestada sobre consejería para la cesación: la mayoría sintió que era muy importante contar con un profesional con buenas habilidades comunicacionales, que los escuchara con atención y brindara explicaciones claras y fáciles de entender; también fueron relevantes la continuidad en el seguimiento y la familiaridad con el profesional. Además el 70% de los participantes ponderó de importancia que el profesional tuviese en cuenta las preferencias del paciente sobre cuándo y cómo dejar de fumar. En cuanto a la cantidad de sesiones de seguimiento, prefirieron 3 o más sesiones, en lugar de 1 a 2. También valoraron el uso de materiales impresos de autoayuda (en lugar de a través de internet o mensajería de texto), muy probablemente relacionado con la edad del grupo etario estudiado.

La otra mitad fue encuestada sobre la farmacoterapia: el 80% de los participantes valoró el uso de fármacos con menor riesgo de efectos adversos tanto físicos como psicológicos. Además, la mayoría de los participantes estuvo de acuerdo con las siguientes afirmaciones: 1) Es muy importante que los fármacos para la cesación no sean altamente adictivos, y 2) la medicación debería aliviar completamente el sentimiento de *craving*. De la medicación valoraron como positivo que atenuara el aumento de peso y aquellas con alta tasa de cesación. Otros aspectos de importancia para los pacientes fueron recibir mensualmente llamados de seguimiento y la ausencia de un copago para acceder a la medicación.

La cobertura financiera de los tratamientos de cesación aumentaría la proporción de fumadores que intentan dejar de fumar, que utilizan los tratamientos para dejar de fumar y que lo logran. En este sentido, una revisión de Cochrane concluyó que la cobertura financiera de los tratamientos de cesación aumenta la proporción de fumadores que intentan dejar de fumar, que utilizan los tratamientos para dejar de fumar y que lo logran [141]. No se detectó un efecto claro sobre la tasa de cesación a partir de los incentivos financieros dirigidos a los profesionales sanitarios.

Los fumadores que consultan al servicio de emergencias aceptan la oportunidad para recibir información sobre cesación, en particular la TRN. En otro estudio realizado en pacientes fumadores que concurren a la sala de emergencias la mayoría de las personas encuestadas (75%) mostró interés en al menos una de las intervenciones de cesación y, de las opciones disponibles, la que eligió más del 50% de los fumadores fue el uso de TRN [142]. Con mayor frecuencia eligieron aquellas opciones con el menor uso de personal sanitario como ser: recibir folletería (42%) o un listado de teléfonos para cesación (43%). Aquellas intervenciones que requieren mayor recurso humano, como por ejemplo, consejería durante la atención en la sala de emergencias (33%), fueron menos elegidas por los participantes.

Al ser interrogados sobre las preferencias en cuanto a los estilos de consejería, las que obtuvieron mayor aceptación fueron las intervenciones personalizadas sobre los efectos que tiene el tabaco en la salud, la consejería para fortalecer habilidades para evitar fumar (53%) y aquellas dirigidas a aumentar la autonomía (53%). La opción (“te dice que deberías sentirte avergonzado por fumar”) fue la menos elegida.

Estilos de atención con aceptación intermedia fueron: “te dice que debes dejar de fumar inmediatamente” y “te muestra imágenes de pulmones dañados por el tabaco para tratar de asustarte y hacerte dejar de fumar”.

Se analizaron las variables asociadas a mayor receptividad de la consejería en la sala de emergencia, y se concluyó que el sexo masculino, nivel de estudio secundario incompleto y la presencia de síntomas asociados al tabaquismo (por autorreporte) se asocian a mayor receptividad.

Los fumadores con cáncer encontraron satisfacción tanto con tratamientos efectivos y modalidad presencial. El tratamiento cognitivo conductual por celular en cuanto a la facilidad para el uso y flexibilidad. Un estudio realizado en pacientes fumadores con patología oncológica, analizó las preferencias, la aceptabilidad y la efectividad de diferentes modalidades de tratamiento de cesación tabáquica[143]. Los participantes podían elegir entre tres opciones de tratamiento: 1) línea telefónica para cesación (PhoneQuit), 2) tratamiento grupal presencial (GroupQuit), o 3) tratamiento cognitivo conductual a través de celular inteligente que usa videoconferencias con especialista en cesación (SmartQuit). El tratamiento grupal consistía (a elección del paciente): 1 única sesión de 90 minutos o 4 a 6 sesiones semanales de 60 minutos de duración. El tratamiento telefónico consistía en 3 sesiones de 15 a 20 minutos cada una. En ambos casos, además de la consejería, recibían TRN sin costo durante 2 semanas y se les brindaba información sobre otros fármacos (debían consultar con su médico de cabecera en caso de desear usarla). Por otro lado, el

tratamiento a través de celular inteligente consistía de 6 sesiones semanales de 30 minutos por videollamada. Se evaluó la aceptabilidad de las diferentes modalidades de tratamiento mediante un cuestionario realizado a la semana 12 de seguimiento. Usando una escala de 0 a 10, las personas evaluaron parámetros como la utilidad para dejar de fumar, pensamientos y sentimientos respecto del tratamiento, barreras y facilitadores para el tratamiento y sugerencias para mejoras. Se informó la abstinencia por auto reporte y prevalencia puntual de los 7 días previos. Quienes utilizaron SmartQuit, midieron sus niveles de CO usando un medidor vinculado a la aplicación del celular.

Ingresaron 90 participantes al ensayo, de los cuales 35 (38,9%) completaron la encuesta final. La población consistía en su mayoría de adultos de raza blanca, un tercio vivía en zonas rurales y aproximadamente la mitad había recibido un diagnóstico de cáncer en los últimos 6 meses. La mayoría tenía diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello o pulmón (65,6%). La edad promedio fue de 58 años y el grupo que eligió SmartQuit, era levemente menor (55 años).

En cuanto a las razones para la elección del tratamiento, entre quienes eligieron el tratamiento grupal se observa que lo hicieron más frecuentemente por: la efectividad percibida del tratamiento y por ser presencial. Más de la mitad de quienes hicieron tratamiento telefónico y por celular lo eligieron por ser un método conveniente que puede completarse desde la comodidad de sus hogares que los puede ayudar a dejar de fumar.

En cuanto a los resultados de abstinencia a 12 semanas, mediante el análisis por intención de tratar, 7 de 90 (7,8%) de los participantes se encontraban sin fumar. Entre los participantes que completaron el seguimiento, 7 de 35 (20%) se encontraban abstinentes a la semana 12, de ellos 5 recibieron alguna de las tres opciones de tratamiento. El 54% de los pacientes que completaron el seguimiento usaron algún tipo de programa de cesación. Entre quienes eligieron el SmartQuit, 7 (18,9%) iniciaron el programa y 5 (13,5%) completaron todas las sesiones. Reportaron alto nivel de satisfacción con el tratamiento, en cuanto a la facilidad para el uso y flexibilidad, y todos refirieron que lo recomendarían a otras personas.

En cuanto a la información nueva que recibieron, los conocimientos sobre la adicción que incorporaron y la adecuación a las necesidades del participante, quienes usaron el SmartQuit indicaron un puntaje elevado. En cuanto a la posibilidad de aprender y aplicar nuevas habilidades en situaciones gatillo, también puntuaron alto.

ANEXO METODOLÓGICO 6: *revisión externa*

La versión preliminar de esta Guía se presentó a la revisión externa de un panel de expertos. También se publicó en las páginas web del Ministerio de Salud de la Nación para la opinión de los actores involucrados en el tratamiento de cesación tabáquica como consultores de la línea telefónica y profesionales de variadas especialidades y de la comunidad en general.

(en proceso)

ANEXO METODOLÓGICO 7: plan de implementación de GPC de la DINAIENT

Estrategias de implementación, en el marco del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas

La implementación de una GPC supone la puesta en marcha de todo un proceso encaminado a trasladar sus recomendaciones a la práctica para alcanzar el objetivo con el que fueron elaboradas. Este proceso incluye el diseño de múltiples intervenciones con el objetivo de:

- Aumentar el conocimiento, para que el equipo de salud y los pacientes conozcan las recomendaciones de la GPC.
- Cambiar actitudes, de modo que los integrantes del equipo de salud se convencen que las recomendaciones propuestas permiten mejorar los estándares de atención.
- Cambiar los hábitos y comportamientos de los profesionales en su práctica, aplicando las recomendaciones de la GPC, teniendo en cuenta además las preferencias del paciente y el impacto económico y administrativo.
- Modificar resultados, es decir, mejorar la calidad de atención y en definitiva la salud de la población con la adopción de las recomendaciones de la GPC.

Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC)

La gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles requiere la reorientación de los servicios de salud adecuando la organización asistencial a las necesidades particulares de esta población de pacientes. El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) que implementa la DINAIENT para cumplir con ese propósito, entiende que los mejores resultados en salud se alcanzan cuando un paciente activo y empoderado interacciona con un equipo de salud preparado y proactivo.

El MAPEC propone:

- Aplicar acciones de promoción y prevención en toda la población a cargo (no sólo en quienes presentan ECNT).
- Allanar las barreras de acceso a la consulta y a cuidados de calidad así como la circulación entre los distintos niveles de atención.
- Educación y empoderamiento de la persona para lograr mayor autonomía en el automanejo de su enfermedad.
- Atención integral e integrada de las ECNT. Entendiendo por integral el abordaje desde una mirada biopsicosocial, y entendiendo por atención integrada un plan de abordaje conjunto de las ECNT y no programas por enfermedad que funcionen en paralelo, ya que las principales ECNT comparten factores de riesgo (sedentarismo, tabaquismo, mala alimentación, uso nocivo de alcohol), comparten las principales medidas terapéuticas (alimentación saludable, cesación tabáquica, actividad física y limitar el consumo de alcohol) y además es frecuente que dos o más enfermedades crónicas coexistan en la misma persona.

- Equipo interdisciplinario con roles claramente definidos que aplique un enfoque centrado en la persona, brinde cuidados planificados según estratos de riesgo y realice búsqueda y seguimiento activo de personas de alto riesgo.
- Gestión basada en resultados: esto supone utilizar indicadores de calidad de atención que ofrezcan información para diseñar planes de mejora.
- Implementar guías de práctica clínica basadas en evidencia y educación permanente de los equipos de salud para promover una atención de calidad.

Para alcanzar estos objetivos el MAPEC se estructura en 6 componentes, cuatro de los cuales están fuertemente relacionados con la gestión de la atención:



Para favorecer la implantación del MAPEC a nivel nacional la DNAI-ENT, entre otras acciones, desarrolla e implementa guías de práctica clínica y propuestas de capacitación para el abordaje de las ECNT priorizadas, promueve el desarrollo de planes estratégicos provinciales, capacita a los equipos de salud para que conozcan el modelo y diseñen acciones para su implementación en su ámbito de trabajo. A la vez, impulsa la certificación de los centros de salud para la atención de personas con enfermedades crónicas, a través de incentivos económicos.

Estrategias para la implementación

La DNAI-ENT, lleva adelante una estrategia de componentes múltiples para la implementación de las GPC desarrolladas. La estrategia está compuesta por diferentes intervenciones que han mostrado ser efectivas para favorecer la adopción de las recomendaciones de las guías por parte del equipo de salud.

Versiones abreviadas de las GPC. Se realizan versiones abreviadas que incluyen gráficos, algoritmos y herramientas prácticas para mejorar la aplicabilidad de las recomendaciones. Así se intenta superar las barreras para la implementación relacionadas con el diseño (textos extensos, incómodos o de difícil lectura). La GPC 2011, cuenta con una guía breve que será reelaborada incorporando la actualización 2020. A partir de la GPC 2011 se desarrollaron a su vez guías de lectura rápida para el equipo de salud sobre poblaciones especiales con el objetivo de implementar las recomendaciones sobre poblaciones particulares como personas internadas, mujeres a asistir en

cesación durante el embarazo y lactancia, personas con padecimientos mentales o consumo problemático de sustancias, personas con EPOC, enfermedad cardiovascular crónica, cáncer o VIH+, como también la recomendación fuerte en contra el cigarrillo electrónico [10–16].

Además, como parte de la integración a todos los temas de la Dirección, la guía cuenta con un capítulo en el Manual de atención integral de las personas adultas en el primer nivel de atención.

Recordatorios. La guía recomienda con fuerza incorporar en la historia clínica (papel o electrónica) la identificación del estatus de fumador para aumentar la tasa de intervención del equipo de salud. Otros recordatorios para los profesionales han sido diseñados para aplicación de las recomendaciones fuertes de las GPC y demás documentos desarrollados para facilitar la toma de decisiones en el abordaje de las ECNT.

Intervenciones mediadas por pacientes. Siguiendo el objetivo de implementar las GPC así como promover el automanejo en las personas con ECNT, se desarrollan materiales gráficos y videos educativos. A su vez se capacita al equipo de salud en herramientas para ofrecer educación para el automanejo de enfermedades crónicas a su población a cargo.

Intervenciones económicas. A través de los programas Sumar, Proteger y Redes se transfieren incentivos económicos a las provincias para mejorar los procesos de atención de las personas con ECNT y favorecer la aplicación principalmente de las recomendaciones fuertes de las GPC.

Talleres de implementación de GPC. Desde 2005, el PNCT ofrece taller de capacitación al equipo de salud sobre cesación tabáquica, llegando a realizarlos en todo el país ya sea en forma directa o mediada a través del programa Redes, generando un manual pedagógico tanto para el docente como para el alumno “Manual de abordaje integral del tabaquismo” (2015). Algunos talleres se focalizaron en las recomendaciones a poblaciones específicas, como por ejemplo, se han ofrecido capacitaciones al equipo de salud que atiende a mujeres embarazadas.

Además, la cesación tabáquica basada en las recomendaciones de la GPC, se integra dentro de las capacitaciones en MAPEC y en todas las temáticas de las ECNT, para las cuales se elaboran y ofrecen talleres de implementación que, a través de la estrategia de multiplicación, pretenden acercar los contenidos de las GPC y demás herramientas a los equipos de salud del primer nivel de atención. A lo largo de la actividad, utilizando diferentes técnicas, se problematiza sobre el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas, y se trabaja en la resolución de casos clínicos utilizando para ello las GPC.

Capacitaciones al equipo de salud. Se desarrollan cursos virtuales y presenciales a usuarios de todo el país con amplia representación de todo el equipo de salud y con especial foco en la atención primaria de la salud. Desde 2012 se cuenta con un curso en modalidad virtual “Curso de abordaje integral del tratamiento del tabaquismo” en la plataforma SUMAR. Esta primera edición permaneció abierta hasta principios de 2017 y completaron la capacitación más de 1400 profesionales del equipo de salud de todas las provincias del país. En 2018 se actualizaron los contenidos y se llegó a capacitar a más de 200 personas. Durante 2019 y 2020 el curso se brindó en la Plataforma virtual de Salud plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar y alcanzó a más de 500 graduados.

Asimismo, la temática de la cesación tabáquica se integra a los cursos de la DINAIENT. Estos cursos virtuales se encuentran disponibles en la Plataforma virtual de Salud plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar.

Red de capacitadores. Con el propósito de promover la réplica de las capacitaciones y talleres ofrecidos desde la DINAIENT, se invitó a los referentes provinciales a designar capacitadores en las

temáticas priorizadas. Se conformó así una red de capacitadores con quienes se comparten todos los materiales educativos de las diferentes propuestas de capacitación desarrolladas por la Dirección. Esto permite intercambiar experiencias entre los equipos de las distintas provincias, estandarizar los procesos de capacitación y llegar a un mayor número de destinatarios.

Materiales para pacientes. El PNCT ha desarrollado diversas versiones de manuales de autoayuda para que a través de la lectura, los fumadores tengan un acompañamiento en el proceso de dejar de fumar. Dentro de los apartados de la página web del PNCT se incluye material para los pacientes.

Bibliografía.

1. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services [Internet]. 2008; Available from: http://www.rfpdb.com/process/download/name/Request-for-Proposal-Department-of-Public-Health_Public-Health-Initiatives-Branch-Telephone-QUITLINE-Services.pdf
2. Global Adult Tobacco Survey (GATS). Indicator Guidelines: Definition and Syntax [Internet]. OMS; 2009 Jul [cited 2021 Mar 9]. Available from: https://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_indicator_guidelines.pdf
3. Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Ossip-Klein DJ, Richmond RL, Swan GE. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine Tob Res.* 2003 Feb;5(1):13–25.
4. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction.* 2005 Mar;100(3):299–303.
5. OPS. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas [Internet]. Available from: <http://iris.paho.org>.
6. Balaciano G, Chaves S, Sanguine V. Guía para la Adaptación de Guías de Práctica Clínica [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación ; Junio de 2019 [cited 2021 Mar 9]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-adaptacion-gpc.pdf>
7. Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. (2013). Manual GRADE para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación [Internet]. P.A Orrego & M.X. Rojas (Trans.) Mar 2017. Available from: Publicación Original: <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>
8. Schoj V, Tambussi A. Guía Nacional de Tratamiento de la adicción al tabaco [Internet]. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; 2005. Available from: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dirca/mat/cursos/gia.pdf>
9. Casetta B, Videla AJ. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Recomendaciones basadas en la evidencia científica [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2011 [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/249038/1309109/>
10. Casetta B, Videla AJ. Guía de Lectura Rápida para el Equipo de Salud #4. ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH)+? [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2017. Report No.: 4. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018->

10/000000999cnt-2017-12-22_guia-rapida-tabaco-vih.pdf

11. Casetta B, Videla AJ. Guía de Lectura Rápida para el Equipo de Salud #2 ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con enfermedad oncológica? [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación ; 2017 [cited 2021 Mar 12]. Report No.: 2. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/como-ayudar-dejar-de-fumar-personas-con-enfermedad-oncologica>
12. Casetta B, Videla AJ. Guía de Lectura Rápida para el Equipo de Salud #3. ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a la persona internada? [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2017 [cited 2021 Mar 12]. Report No.: 3. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/como-ayudar-dejar-de-fumar-la-persona-internada>
13. Videla AJ, Casetta B. Guía de Lectura Rápida para el Equipo de Salud #1. Cigarrillo Electrónico [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2017 [cited 2021 Mar 12]. Report No.: 1. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-06/guia-del-lectura-rapida-cigarrillo-electronico-2020.pdf>
14. Casetta B, Videla AJ. Guía de Lectura Rápida para el Equipo de Salud #6. ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con padecimientos mentales? [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2017 [cited 2021 Mar 12]. Report No.: 6. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/como-ayudar-dejar-de-fumar-personas-con-padecimientos-mentales>
15. Casetta B, Alcuaz MA. Guía de Lectura Rápida para el Equipo de Salud #7. ¿Cómo ayudar a la mujer embarazada a dejar de fumar durante el embarazo y lactancia? [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2017 [cited 2021 Mar 12]. Report No.: 7. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/como-ayudar-la-mujer-embarazada-dejar-de-fumar-durante-el-embarazo-y-lactancia>
16. Videla AJ, Casetta B. Guía de Lectura Rápida para el Equipo de Salud #5. ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)? [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2017 [cited 2021 Mar 12]. Report No.: 5. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/como-ayudar-dejar-de-fumar-personas-con-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-epoc>
17. Alcuaz MA, Rosende A, Casetta B. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA) [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2019 [cited 2021 Mar 16]. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/guia-hipertension-arterial-2019.pdf>
18. Mendez JL, Alcuaz MA, Casetta B. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) [Internet]. Ministerio de Salud; 2019 [cited 2021 Mar 16]. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-nacional-sobre-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-la-0>
19. Videla AJ, Casetta B. Guía de Práctica Clínica Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2016 [cited 2021 Mar 16]. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-epoc>
20. Risso Patrón V, Bichara P, Bustos A, Abrodos N, Sanchez D, Hansen E, et al. Guías alimentarias para la población Argentina [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2017 [cited 2021 Mar 25]. Available from: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf
21. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health effects of light and intermittent smoking: a review. *Circulation*.

2010 Apr 6;121(13):1518–22.

22. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;(5):CD000165.
23. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Dec 15;12:CD001188.
24. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jun 13;(6):CD005084.
25. Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, et al. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 Oct 31;2019(10). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003698.pub3>
26. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010;(11). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004492.pub4/abstract>
27. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jul 31;7:CD006936.
28. Clair C, Mueller Y, Livingstone-Banks J, Burnand B, Camain J-Y, Cornuz J, et al. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Mar 26;3:CD004705.
29. Wray JM, Funderburk JS, Acker JD, Wray LO, Maisto SA. A Meta-Analysis of Brief Tobacco Interventions for Use in Integrated Primary Care. *Nicotine Tob Res*. 2018 Nov 15;20(12):1418–26.
30. Pan W. Proactive telephone counseling as an adjunct to minimal intervention for smoking cessation: a meta-analysis. *Health Educ Res*. 2006 Jun;21(3):416–27.
31. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 31;3:CD001292.
32. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 5;6:CD009670.
33. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 31;3:CD001007.
34. Denison E, Underland V, Mosdøl A, Vist G. Cognitive Therapies for Smoking Cessation: A Systematic Review. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2018.
35. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD008033.
36. Tan J, Zhao L, Chen H. A meta-analysis of the effectiveness of gradual versus abrupt smoking cessation. *Tob Induc Dis*. 2019 Feb 13;17:09.
37. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 12;(8):CD002850.
38. Tzelepis F, Paul CL, Williams CM, Gilligan C, Regan T, Daly J, et al. Real-time video counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 14];(10). Available from:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012659.pub2/full>

39. Graham AL, Carpenter KM, Cha S, Cole S, Jacobs MA, Raskob M, et al. Systematic review and meta-analysis of Internet interventions for smoking cessation among adults. *Subst Abuse Rehabil*. 2016 May 18;7:55–69.
40. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 14];(4). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006611.pub4/full>
41. Goldenhersch E, Thrul J, Ungaretti J, Rosencovich N, Waitman C, Ceberio MR. Virtual Reality Smartphone-Based Intervention for Smoking Cessation: Pilot Randomized Controlled Trial on Initial Clinical Efficacy and Adherence. *J Med Internet Res*. 2020 Jul 29;22(7):e17571.
42. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y, Dobson R. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Oct 22;10:CD006611.
43. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013 Jun;44(2):180–98.
44. Bricker JB, Watson NL, Mull KE, Sullivan BM, Heffner JL. Efficacy of Smartphone Applications for Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2020 Sep 21; Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.4055>
45. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd003999.pub5>
46. Ebbert JO, Croghan IT, Hurt RT, Schroeder DR, Hays JT. Varenicline for Smoking Cessation in Light Smokers. *Nicotine Tob Res*. 2016 Oct;18(10):2031–5.
47. de Dios MA, Anderson BJ, Stanton C, Audet DA, Stein M. Project Impact: a pharmacotherapy pilot trial investigating the abstinence and treatment adherence of Latino light smokers. *J Subst Abuse Treat*. 2012 Oct;43(3):322–30.
48. Ahluwalia JS, Okuyemi K, Nollen N, Choi WS, Kaur H, Pulvers K, et al. The effects of nicotine gum and counseling among African American light smokers: a 2 x 2 factorial design. *Addiction*. 2006 Jun;101(6):883–91.
49. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation*. 2014 Jan 7;129(1):28–41.
50. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 15];(5). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub5/full>
51. Blöndal T. Controlled trial of nicotine polacrilex gum with supportive measures. *Arch Intern Med*. 1989 Aug;149(8):1818–21.
52. West R, Hajek P, Foulds J, Nilsson F, May S, Meadows A. A comparison of the abuse liability and dependence potential of nicotine patch, gum, spray and inhaler. *Psychopharmacology* . 2000 Apr;149(3):198–202.
53. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation.

Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 8;(1):CD000031.

54. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016 Jun 18;387(10037):2507–20.
55. Benowitz NL, Pipe A, West R, Hays JT, Tonstad S, McRae T, et al. Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2018 May 1;178(5):622–31.
56. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 9;(5):CD006103.
57. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Apr 18;4:CD013308.
58. Leone FT, Zhang Y, Evers-Casey S, Evins AE, Eakin MN, Fathi J, et al. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020 Jul 15;202(2):e5–31.
59. Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hong B, Lindson N. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Apr 22;4:CD000031.
60. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD000058.
61. Froom P, Melamed S, Benbassat J. Smoking cessation and weight gain. *J Fam Pract*. 1998 Jun;46(6):460–4.
62. Mineur YS, Abizaid A, Rao Y, Salas R, DiLeone RJ, Gündisch D, et al. Nicotine decreases food intake through activation of POMC neurons. *Science*. 2011 Jun 10;332(6035):1330–2.
63. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jan 18;1:CD006219.
64. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Oct 14;10:CD010216.
65. Jonas AM, Raj R. Vaping-Related Acute Parenchymal Lung Injury: A Systematic Review. *Chest*. 2020 Oct;158(4):1555–65.
66. Hajek P, McRobbie H, Myers K. Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2013 Nov;68(11):1037–42.
67. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(4):CD002849.
68. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD000191.
69. David SP, Chu IM, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Systematic review and meta-analysis of opioid antagonists for smoking cessation. *BMJ Open*. 2014 Mar 14;4(3):e004393.
70. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation [Internet]. *Cochrane*

Database of Systematic Reviews. 1998. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd001009>

71. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Mar 16;(3):CD005353.
72. West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P, Vangeli E. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. *Psychopharmacology* . 2010 Jan;207(4):631–5.
73. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 23;(1):CD000009.
74. Pandria N, Athanasiou A, Konstantara L, Karagianni M, Bamidis PD. Advances in biofeedback and neurofeedback studies on smoking. *Neuroimage Clin*. 2020 Aug 25;28:102397.
75. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD000546.
76. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 14;6:CD001008.
77. Office on Smoking and Health (US). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010.
78. Rosen LJ, Noach MB, Winickoff JP, Hovell MF. Parental smoking cessation to protect young children: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2012 Jan;129(1):141–52.
79. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, Ockene JK, Savageau JA, St Cyr D, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob Control*. 2000 Sep;9(3):313–9.
80. O’Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, Meshfedjian G, McMillan-Davey E, Clarke PBS, et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med*. 2003 Oct;25(3):219–25.
81. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, O’Loughlin J, Pbert L, Ockene JK, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Jul;161(7):704–10.
82. Selph S, Patnode CD, Bailey SR, Pappas M, Stoner R, Hart E, et al. Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020.
83. Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, Glenday MC. Improving disclosure of smoking by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. 1991 Aug;165(2):409–13.
84. Rozenek M, Pezzano L, Braun S, Alderete M. Detection of smoking in pregnant women. Validation of a brief tool. In: Abstracts from 14 th World Conference on Tobacco OR Health (WCTOH). *Indian J Cancer* ; 2010. p. Suppl S1:109–210.
85. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
86. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD001055.

87. United States Public Health Service Office of the Surgeon General, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2020.
88. Althabe F, Colomar M, Gibbons L, Belizán JM, Buekens P. [Smoking during pregnancy in Argentina and Uruguay]. *Medicina* . 2008;68(1):48–54.
89. Nahabedian S, Pascansky D, Vanoni S, Inza F, Schönfeld D, Svetliza G, et al. Estudio multicéntrico sobre prevalencia de tabaquismo en mujeres embarazadas en 15 centros de salud de argentina. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*. 2015;15(1):28–35.
90. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 14;2:CD001055.
91. Wickström R. Effects of nicotine during pregnancy: human and experimental evidence. *Curr Neuropharmacol*. 2007 Sep;5(3):213–22.
92. Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 22;(12):CD010078.
93. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annu Rev Public Health*. 2017 Mar 20;38:165–85.
94. Taylor GM, Lindson N, Farley A, Leinberger-Jabari A, Sawyer K, Te Water Naudé R, et al. Smoking cessation for improving mental health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Mar 9;3:CD013522.
95. Pearsall R, Smith DJ, Geddes JR. Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open*. 2019 Nov 28;9(11):e027389.
96. Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 23;11:CD010274.
97. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2008 Oct 13;168(18):1950–60.
98. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 27;(3):CD002294.
99. Suissa K, Larivière J, Eisenberg MJ, Eberg M, Gore GC, Grad R, et al. Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients With Cardiovascular Disease: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* [Internet]. 2017 Jan;10(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002458>
100. Echazarreta AL, Arias SJ, Del Olmo R, Giugno ER, Colodenco FD, Arce SC, et al. Prevalence of COPD in 6 Urban Clusters in Argentina: The EPOC.AR Study. *Arch Bronconeumol*. 2018 May;54(5):260–9.
101. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, Leon ME, Gray N, Dresler C, et al. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. *Eur Respir J*. 2008 Oct;32(4):844–53.
102. van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 20;(8):CD010744.
103. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, et al. Mortality attributable to

smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clin Infect Dis*. 2013 Mar;56(5):727–34.

104. Crothers K, Griffith TA, McGinnis KA, Rodriguez-Barradas MC, Leaf DA, Weissman S, et al. The impact of cigarette smoking on mortality, quality of life, and comorbid illness among HIV-positive veterans. *J Gen Intern Med*. 2005 Dec;20(12):1142–5.
105. Marshall MM, McCormack MC, Kirk GD. Effect of cigarette smoking on HIV acquisition, progression, and mortality. *AIDS Educ Prev*. 2009 Jun;21(3 Suppl):28–39.
106. Nuorti JP, Butler JC, Gelling L, Kool JL, Reingold AL, Vugia DJ. Epidemiologic relation between HIV and invasive pneumococcal disease in San Francisco County, California. *Ann Intern Med*. 2000 Feb 1;132(3):182–90.
107. Marcus JL, Baxter R, Leyden WA, Muthulingam D, Yee A, Horberg MA, et al. Invasive Pneumococcal Disease Among HIV-Infected and HIV-Uninfected Adults in a Large Integrated Healthcare System. *AIDS Patient Care STDS*. 2016 Oct;30(10):463–70.
108. Rossouw TM, Anderson R, Feldman C. Impact of HIV infection and smoking on lung immunity and related disorders. *Eur Respir J*. 2015 Dec;46(6):1781–95.
109. Pourbaix A, Lafont Rapnouil B, Guéry R, Lanternier F, Lortholary O, Cohen JF. Smoking as a Risk Factor of Invasive Fungal Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Infect Dis*. 2020 Aug 14;71(4):1106–19.
110. Metersky ML, Colt HG, Olson LK, Shanks TG. AIDS-related spontaneous pneumothorax. Risk factors and treatment. *Chest*. 1995 Oct;108(4):946–51.
111. Nguyen NTP, Tran BX, Hwang LY, Markham CM, Swartz MD, Vidrine JJ, et al. Motivation to quit smoking among HIV-positive smokers in Vietnam. *BMC Public Health*. 2015 Apr 3;15:326.
112. Konfino J, Mejía R, Basombrío A. Características de la ayuda para dejar de fumar que los infectólogos proveen a las personas que viven con VIH en la Ciudad de Buenos Aires [Internet]. CEDES; 2011 [cited 2021 Mar 23]. Available from: <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3780/1/9580.pdf>
113. Pool ERM, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P, Siddiqi K. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jun 13;(6):CD011120.
114. Jensen K, Jensen AB, Grau C. Smoking has a negative impact upon health related quality of life after treatment for head and neck cancer [Internet]. Vol. 43, *Oral Oncology*. 2007. p. 187–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2006.02.006>
115. Videtic GMM, Stitt LW, Dar AR, Kocha WI, Tomiak AT, Truong PT, et al. Continued cigarette smoking by patients receiving concurrent chemoradiotherapy for limited-stage small-cell lung cancer is associated with decreased survival. *J Clin Oncol*. 2003 Apr 15;21(8):1544–9.
116. Peppone LJ, Mustian KM, Morrow GR, Dozier AM, Ossip DJ, Janelins MC, et al. The effect of cigarette smoking on cancer treatment-related side effects. *Oncologist*. 2011 Dec 1;16(12):1784–92.
117. Browman GP, Wong G, Hodson I, Sathya J, Russell R, McAlpine L, et al. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *N Engl J Med*. 1993 Jan 21;328(3):159–63.
118. Petros WP, Younis IR, Ford JN, Weed SA. Effects of tobacco smoking and nicotine on cancer treatment. *Pharmacotherapy*. 2012 Oct;32(10):920–31.
119. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung

cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010 Jan 21;340:b5569.

120. Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, Larsen RJ, Yan Y, Govindan R, et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006 Dec;15(12):2370–7.
121. Tammemägi MC, Berg CD, Riley TL, Cunningham CR, Taylor KL. Impact of lung cancer screening results on smoking cessation. *J Natl Cancer Inst*. 2014 Jun;106(6):dju084.
122. Meltzer LR, Unrod M, Simmons VN, Brandon KO, Piñeiro B, Palmer AM, et al. Capitalizing on a teachable moment: Development of a targeted self-help smoking cessation intervention for patients receiving lung cancer screening. *Lung Cancer*. 2019 Apr;130:121–7.
123. Nayan S, Gupta MK, Strychowsky JE, Sommer DD. Smoking cessation interventions and cessation rates in the oncology population: an updated systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013 Aug;149(2):200–11.
124. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013. 991 p.
125. Rollnick S, Miller WR, Butler C. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. Guilford Press; 2008. 210 p.
126. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. Harper Collins; 2010. 304 p.
127. Jiménez- Ruiz CA, Ramos Pinedo A, De Granda Orive JI, Florez Martin S, Mayayo Ulibarri M, Cristóbal Fernández M, et al. Nuevas formas de uso de la terapia sustitutiva con nicotina. Análisis de su eficacia y seguridad en el tratamiento del tabaquismo. *Prev Tab*. 2008;10(3):102–14.
128. Sackett DL. *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. W.B. Saunders Company; 1997. 250 p.
129. Consorcio AGREE. *Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica*. Brouwers MC, editor. The AGREE Research Trust; 2009.
130. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri M-A, Morris PB, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol*. 2018 Dec 25;72(25):3332–65.
131. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2015 Oct 20;163(8):622–34.
132. Tobacco Control Unit & FCTC Secretariat. *Clinical Practice Guidelines - Treatment of Tobacco Use Disorder*. Ministry of Health Malaysia; 2016. 102 p.
133. NICE guideline. Stop smoking interventions and services [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2018 Mar [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92><https://www.nice.org.uk/guidance/ng92>
134. US Preventive Services Task Force, Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, et al. Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: US

Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2020 Apr 28;323(16):1590–8.

135. Corvalán MP, Véjar L, Bambs C, Pavié J, Zagolin M, Cerda J. Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo, Chile 2017. Revista Chilena De Enfermedades Respiratorias. 2017 Sep 1;33(3):167–75.
136. Shields PG, Herbst RS, Arenberg D, Benowitz NL, Bierut L, Luckart JB, et al. Smoking Cessation, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2016 Nov;14(11):1430–68.
137. Papadakis S, Vardavas C. ENSP Guidelines for Treating Tobacco Dependence [Internet]. European Network for Smoking and Tobacco Prevention; 2016 Mar [cited 2021 Mar 25]. Available from: <http://elearning-ensp.eu/assets/English%20version.pdf>
138. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol. 2013 Jul;66(7):719–25.
139. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008 Apr 26;336(7650):924–6.
140. Katz DA, Hamlin C, Vander Weg MW, Grant KM, Stewart Steffensmeier KR, Paez M, et al. Veterans' preferences for tobacco treatment in primary care: A discrete choice experiment. Patient Educ Couns. 2020 Mar;103(3):652–60.
141. van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA, Winkens B, Evers SMAA, Kotz D, et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 12;9:CD004305.
142. Choo EK, Sullivan AF, LoVecchio F, Perret JN, Camargo CA Jr, Boudreaux ED. Patient preferences for emergency department-initiated tobacco interventions: a multicenter cross-sectional study of current smokers. Addict Sci Clin Pract. 2012 Mar 15;7:4.
143. LeLaurin JH, Dallery J, Silver NL, Markham M-J, Theis RP, Chetram DK, et al. An Implementation Trial to Improve Tobacco Treatment for Cancer Patients: Patient Preferences, Treatment Acceptability and Effectiveness. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 Mar 28;17(7). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17072280>