

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/359733365>

GPC NACIONAL DE TRATAMIENTO DE LA ADICCION AL TABACO

Book · May 2021

CITATIONS

0

READS

7

5 authors, including:



Brunilda Casetta

Ministerio de Salud de la Nación, Argentina

23 PUBLICATIONS 14 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Alejandro José Videla

Austral University (Argentina)

53 PUBLICATIONS 1,084 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Master of Science [View project](#)



ACTUALIZACIÓN DE LA GUIA NACIONAL DE TABACO [View project](#)

GUÍA

2 0 2 1

Práctica Clínica Nacional de

Tratamiento de la Adicción al Tabaco

Recomendaciones
basadas en la
evidencia científica



Ministerio de Salud
Argentina

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 (DNAIENT).

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 y expertas en la temática y potenciales usuarios/as:

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, expertas y potenciales profesionales usuarios/as provenientes de diversas profesiones, sociedades científicas, instituciones y puntos del país.

Se convocó a las siguientes sociedades científicas: 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 Argentina (FIC Argentina), Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), Sociedad Argentina de Medicina (SAM), Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y la 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 UNCUIYO. 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 (UNCUIYO), Posgrado en Coaching (UNCUIYO).

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. Consultora del Programa Provincial de Control de Tabaco del Ministerio de Salud de Buenos Aires.

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 Buenos Aires. Ex responsable del Programa Provincial de Control de la Tuberculosis del Servicio Penitenciario 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 de la pcia. de Bs. As. Distrito II). Ex presidente de la Sociedad de Neumonología 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 Neumonóloga. 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 Neumonólogo 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. Consultora del Programa Provincial de Control de Tabaco del Ministerio de Salud de Buenos Aires.

TOMASONE, 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 y Comunitaria 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, Natalia Gospodinoff y Paola Morello.

Revisión general del documento

Mario Virgolini. Coordinador del Programa Nacional de Control del Tabaco. Antropólogo (UNLP) y Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (ISALUD). Profesor de la Facultad de Cs. Médicas de la UNLP y Director del CEPYPS de la Universidad ISALUD. Fue Vicerrector y Rector interino de la Universidad ISALUD, Gerente del Proyecto VIGIA, Coordinador del PNCT y del Plan Argentina Saludable, consultor del Banco Mundial en Uruguay, y autor de numerosos trabajos y publicaciones en revistas nacionales e internacionales.

M. Dolores Breit. Revisión con perspectiva de género. Licenciada en Trabajo Social (UBA). Especialista en Maltrato Infantil. Modelo de Intervención (Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, C.A.B.A.). Postítulo en Educación Sexual Integral (Inst. SUP. Superior del Profesorado "Dr. Joaquín V. González").

M. Graciela Abriata. Directora Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación. Médica Tocoginecóloga (UNR). Especialista en Epidemiología de Campo (Universidad de Tucumán). Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Maestría en Efectividad Clínica y Sanitaria (UBA). Fellow en Medicina Gerenciada (U. Maimónides).

Revisión externa

(Anexo 6)

Carlos Pablo Boissonnet. Médico, especialista en Cardiología (UBA). Magister en Efectividad Clínica y Sanitaria (UBA). Jefe de la Unidad Coronaria del CEMIC.

José Ignacio de Granda-Orive. Magister y Experto Universitario en Tabaquismo. Médico Neumólogo. Doctor en Medicina y Cirugía. Servicio de Neumología del Hospital Universitario 12 de Octubre. Profesor Asociado en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Miembro de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica y de la

European Respiratory Society. Editor Asociado de la revista Archivos de Bronconeumología. Madrid, España.

Carlos González Malla. Médico. Supervisor de evaluaciones de tecnologías sanitarias de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC) del Ministerio de Salud de la Nación. Especialista en Clínica Médica. Médico de planta de Clínica Médica del Hospital Alemán de Buenos Aires. Docente Adscripto Medicina Interna de la UBA.

Karin Kopitowski. Médica especialista en Medicina Familiar. Jefa del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Directora del Departamento de Investigación del Instituto Universitario Hospital Italiano (IUHI). Profesora titular de Medicina Familiar carrera de Medicina IUHI. Profesora adjunta de Medicina General Universidad Nacional de La Matanza.

Revisión externa metodológica

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. A cargo de las asesoras metodológicas: **Clelia Cháves, Verónica Sanguine y Giselle Balaciano.**

Revisión externa federal sobre aplicabilidad de las recomendaciones

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

Buenos Aires, Silvia Rey; **Catamarca**, Griselda Elisondo; **Ciudad Autónoma de Buenos Aires**, Sandra M. Galarza; **Córdoba**, Daniela Forelli; **Chaco**, Graciela Alejandra Godoy; **Corrientes**, Manuel Casuso; **La Rioja**, Ana Gómez; **Misiones**, Guillermo Rolon; **Río Negro**, Sergio Rucinsky; **San Juan**, Helia Pereyra; **San Luis**, Gustavo Juárez; **Santiago del Estero**, Stella Maris Argañaraz; **Tierra del Fuego**, Alejandro Liao; **Tucumán**, Ariela Tarcic.

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) es el documento matriz y de consulta a partir del cual se desarrollan versiones abreviadas, aplicativos de implementación, materiales para pacientes y actividades para las capacitaciones y los talleres.

Este y todos los materiales derivados de la guía son de acceso y uso libre, citándolos adecuadamente, disponibles en la página web www.argentina.gob.ar 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

- 9. Definiciones/glosario**
- 12. Fundamentación**
- 13. Importancia del tema**
- 15. Propósito y objetivo de la guía**
- 16. ¿Por qué y para qué una GPC?**
- 16. Actualización**
- 17. Metodología empleada**
- 18. Recomendaciones**
- 19. Recomendaciones generales: R1 a R36**
- 141. Niños, niñas y adolescentes: R37 a R38**
- 142. Mujeres embarazadas: R39 a R42**
- 144. Personas con padecimientos mentales: R43 a R44**
- 144. Personas internadas, en plan de cirugías, con EPOC, con enfermedades cardiológicas, con VIH y con patologías oncológicas: R45 a R50**
- 147. Evidencia que sustenta las recomendaciones**
- 148. Tablas de resumen de hallazgos**
- 129. Resumen narrativo de la evidencia**
- 147. Estrategias para facilitar la aplicación de las recomendaciones**
- 165. Anexos metodológicos**
- 165. Anexo 1. Preguntas clínicas**
- 167. Anexo 2. Valoración de los potenciales conflictos de intereses**
- 169. Anexo 3. Búsqueda de la evidencia y análisis de los hallazgos**
- 172. Anexo 4. Elaboración de las recomendaciones**
- 176. Anexo 5. Participación de pacientes**
- 179. Anexo 6. Revisión externa**
- 183. Anexo 7. Plan de implementación de guías de la Dirección**
- 187. Bibliografía**

Definiciones/Glosario

ACV: accidente cerebrovascular.

ALH: ambientes libres de humo de tabaco.

Alta dependencia: se aplica a las personas que fuman más de 20 cigarrillos/día y/o 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 las personas que fuman 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 las personas que fuman después de 8 a 12 horas sin fumar.

Día D: fecha propuesta para dejar de fumar.

ENT: enfermedad no transmisible, enfermedades no infecciosas de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Se hace referencia principalmente con este término a las enfermedades vasculares (cardíacas, cerebrales, renales), a la diabetes, cáncer y a la enfermedad respiratoria crónica. Todas estas comparten como factores de riesgo la alimentación inadecuada, la actividad física insuficiente, la exposición al tabaco y el consumo excesivo de alcohol.

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

Formatos de asistencia: tipos de intervención que se proveen a la persona fumadora 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/a adulto/a: toda persona de 18 años o más que fuma todos o algunos días(OMS)[2].

Fumador/a adolescente fumador/a frecuente: jóvenes que han fumado por lo menos en 20 de los 30 días anteriores a la encuesta; **alguna vez fumadores/as:** jóvenes que alguna vez han fumado (aunque sea una o dos bocanadas); **fumadores/as:** 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 la persona que fuma, 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-CMCT: Convenio Marco para el Control del Tabaco.

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:** la persona está sin consumir tabaco desde el día D. **Tasa de cesación puntual:** la persona está sin fumar al menos en los últimos 7 días desde el momento en que se evalúa. **Tasa de cesación prolongada:** la persona 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, la tasa de cesación, 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 spray nasal).

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

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 (como parte del criterio de imprecisión del sistema GRADE).

Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2020

Fundamentación

La presente guía nacional, es la actualización de la versión precedente del año 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].

En el año 2005, el Programa Nacional de Control de Tabaco elaboró 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 personas embarazadas y en situaciones clínicas particulares y se introdujo para su desarrollo la metodología *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)[9].

En estos tres lustros, la guía fue diseminada a nivel nacional, con capacitaciones a equipos de salud particularmente en el primer nivel de atención, a estudiantes y docentes de facultades del área de la salud, así como también a decisores en el tema.

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

Asimismo, las recomendaciones de la guía 2011, integraron un capítulo del Manual de atención integral de las personas adultas en el primer nivel de atención de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles (DNAIENT), como también se incluyeron en todas las GPC desarrolladas desde la misma a modo de apartados o como recomendaciones extrapoladas [17–19].

Dispositivos y materiales de implementación de la guía

Para el equipo de salud: guía breve, guías de lectura rápida (cigarrillo electrónico, mujeres embarazadas, personas internadas, personas con patología oncológica, personas con enfermedad 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. Para los pacientes, el manual de autoayuda para dejar de fumar.

Capacitaciones: curso en línea de abordaje integral de tratamiento del tabaquismo y curso presencial de abordaje integral del tabaquismo.

Importancia del tema

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de muerte, que produce 8 millones de defunciones anuales en el mundo, 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 estas cifras de mortalidad se le suman millones de personas enfermas y con discapacidad debido al consumo de tabaco.

En Argentina el consumo de tabaco produce más de 47.000 muertes anuales (14% de todas las muertes), la mayoría por cáncer, enfermedad cardiovascular, EPOC, neumonía y accidente cerebro vascular (ACV), entre otras. Entre ellas se cuentan, unas 5.000 personas que no fumaron, pero enfermaron por haber estado expuestas al humo de tabaco ajeno. Además, el consumo de tabaco es responsable de que aproximadamente 19.000 personas enfermen cada año de cáncer, 33.000 de neumonías, 11.000 sufran ACV, 61.000 desarrollen enfermedad cardiovascular, y más de 100.000 registren algún grado de discapacidad por EPOC. A ello se suma un enorme costo médico directo (para la atención de su salud), 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 [20].

En el año 2003 los gobiernos establecieron el primer tratado mundial de salud pública bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (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 (OMS-CMCT) se puso en vigencia en el año

2005 y ya cuenta con más de 180 Estados Partes. El OMS-CMCT establece un paquete de medidas efectivas para controlar la epidemia de tabaco, como son los ambientes cerrados 100% libres de humo de tabaco, la prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio, el etiquetado con advertencias sanitarias 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.

Propiciar el abandono del tabaco en las personas adultas es de vital importancia para mejorar la salud pública y reducir la mortalidad a corto y mediano plazo ya que quienes fuman están mucho más cerca de desarrollar una enfermedad grave relacionada con el tabaquismo. Las medidas destinadas a persuadir a los y las jóvenes para que no empiecen a fumar, por el contrario, tendrán un efecto rezagado en la mortalidad recién cuando alcancen la mediana edad. 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 (a fin de reforzar e incrementar el impacto); y complementariamente, medidas diseñadas para ayudar a las personas que fuman que ya están motivadas para dejar de fumar [21].

Apoyar a las personas que fuman para que dejen de fumar, forma parte de la agenda sanitaria mundial. El OMS-CMCT incluye, en su artículo 14, la obligación que los gobiernos establezcan 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 por las cuatro principales ENT. El objetivo acordado para el control del tabaco es una reducción relativa del 30% en la prevalencia de consumo de tabaco actual (diario y ocasional) en personas de 15 años o más entre 2010 y 2025. Esto fue respaldado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013. Para lograr este objetivo, es esencial no sólo prevenir el inicio del consumo de tabaco, sino garantizar que más personas dejen de fumar. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) refuerzan la necesidad que todos los países actúen de manera decisiva para reducir el consumo de tabaco, requiriendo, como meta específica, el fortalecimiento de la aplicación del OMS-CMCT [22].

Actualmente 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 la pandemia declarada en 2020 por el SARS-Cov-2, con los consecuentes riesgos para las personas que fuman y las restricciones a la movilidad, pusieron de relieve la necesidad de alcanzar a más personas mediante intervenciones a distancia usando diferentes tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

La presente guía es una herramienta destinada a orientar las prácticas de los equipos de salud en el ejercicio de intervenciones basadas en la evidencia y 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.

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.

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

Los **objetivos específicos** son:

1. Facilitar el acceso a las herramientas adecuadas para apoyar el proceso de recuperación de la dependencia al tabaco.
2. Proveer 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 consumen tabaco, ya sea que estén o no preparadas para dejar de fumar.

Las **personas usuarias de la guía** son los integrantes de los equipos de salud y responsables de la atención telefónica; 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 (adolescencia, embarazo), o con situaciones clínicas particulares como personas internadas, personas con enfermedad cardíaca, respiratoria o con padecimientos mentales, entre otros.

El enfoque de la guía 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?

Las GPC son 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 la población atendida la toma de decisiones respecto a los cuidados de salud más apropiados para circunstancias clínicas específicas[7][6]. Su objetivo es 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 y con estrategias de distinta eficacia a personas con condiciones similares, con el efecto consecuente de sobre o subutilización de recursos y la exposición a riesgos y/o costos innecesarios.

Las GPC constituyen verdaderas herramientas de mejoramiento de la calidad de atención cuando su elaboración es resultado de un proceso interdisciplinario, metodológicamente riguroso, realizado con 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 quienes se atienden en el sistema de salud con el máximo beneficio y en disminuir al mínimo el riesgo de daño, a la vez que orienta sin sustituir el juicio clínico profesional 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

(Ver figura 1 y anexos metodológicos)

La presente guía se realizó siguiendo el procedimiento de adaptación de guías que se enmarca en los estándares metodológicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y de la metodología 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 interés.

Una vez revisados los alcances y objetivos de la guía 2011, las preguntas clínicas que contienen los aspectos: paciente/problema, intervención, comparación, *outcome*/desenlace, fueron valoradas por el panel como relevantes para ser respondidas en la actualización.

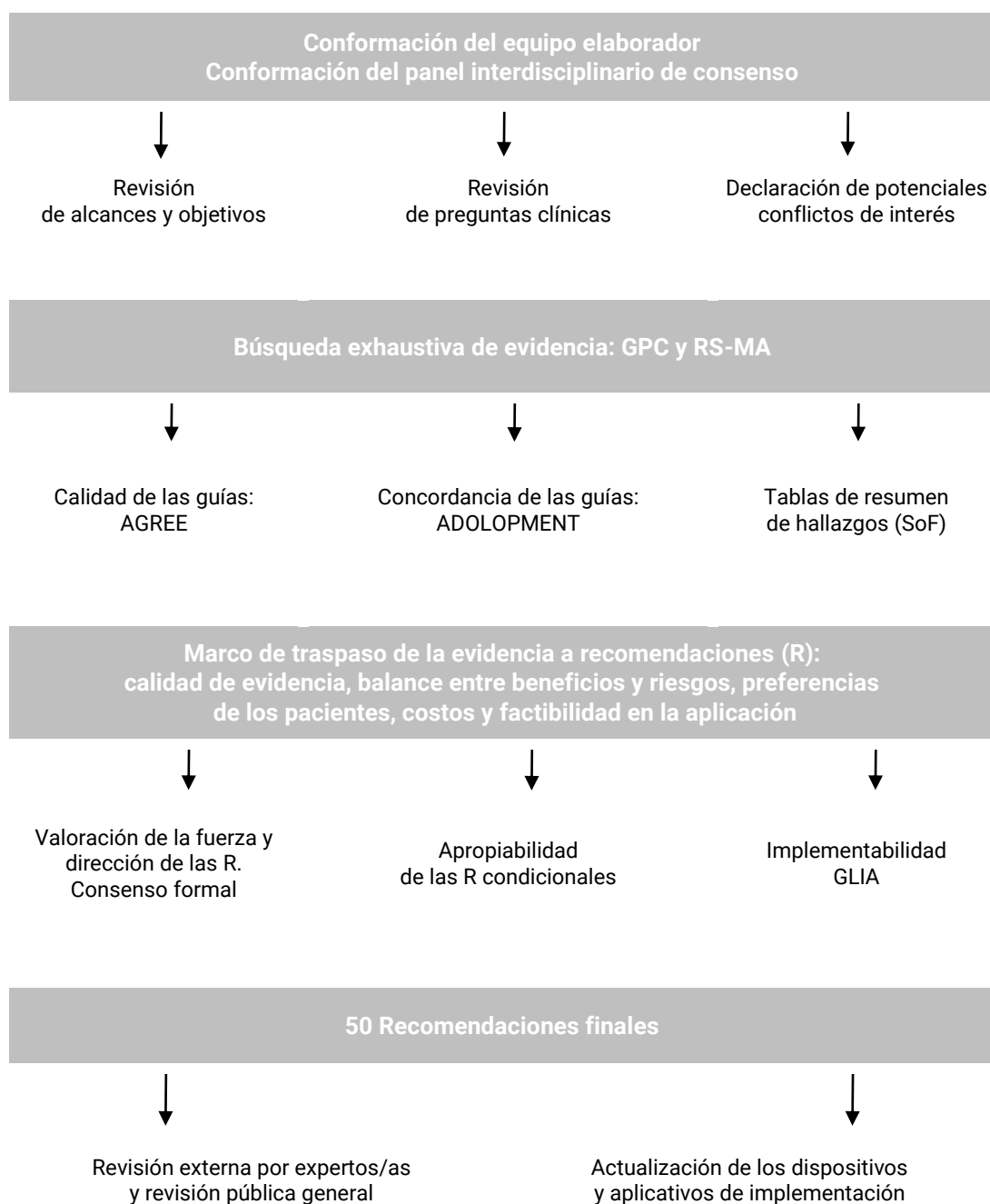
La búsqueda bibliográfica se realizó en forma independiente por dos expertos con período de búsqueda 2015-2020. Se identificaron nueve GPC cuya calidad fue ponderada por dos evaluadores para los veintitrés criterios de la Colaboración AGREE (*Appraisal of Guidelines Research Evaluation*). Se construyó 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 bibliográfica sobre las 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 las personas atendidas, el impacto en los recursos y la factibilidad de implementación para así quedar conformada la fuerza y dirección de las mismas.

Debido al contexto de la pandemia COVID-19, la valoración de cada criterio se realizó por consenso formal por vía virtual, 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



Recomendaciones

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

Es importante resaltar que tanto las personas usuarias (equipo de salud) como destinatarias (personas que fuman) no deben ver las recomendaciones como una obligación. Incluso las recomendaciones fuertes basadas en evidencia de alta calidad no se aplicarán a todas las personas que se atiendan 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 profesionales de odontología y farmacia en la 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 la 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 población con alta dependencia al tabaco.*
- *Incorpora nuevas combinaciones de fármacos como posibilidades para población con alta dependencia al tabaco.*
- *Separa la recomendación en contra de cigarrillo electrónico para destacar la falta de seguridad y la perpetuación de la adicción a la nicotina asociada a su uso.*
- *Muestra la posibilidad de contribuir desde el equipo de salud a la prevención del inicio de consumo de tabaco en niños, niñas y adolescentes.*

NOTA SOBRE LA EXPLICITACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LAS RECOMENDACIONES: no se explicitan en la mayoría de las recomendaciones la población destinataria, para no redundar, ya que se trata en la mayoría de los casos, de 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, en gran parte a través de cigarrillos. Por lo tanto, se mantuvo la expresión fumar/persona fumadora en la mayoría de las recomendaciones.

Respecto al comparador de cada una de las intervenciones recomendadas se explicitan en las tablas SoF y no en el texto para mantener mayor claridad en la redacción de las recomendaciones.

Recomendación fuerte - recomienda: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de las personas que requieren atención; 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 la persona o la sociedad; implica ayudar a las personas a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría querrían recibir la intervención, pero muchos/as podrían no aceptarla; al instituir políticas plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

En las recomendaciones, en los *qué pasa* de las tablas SOF y en los resúmenes de hallazgo de los marcos de traspaso de la evidencia a la recomendación, la calidad de la evidencia es traducida a un modo narrativo 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 puede acompañar de adjetivos que expresan la magnitud del efecto como “ligera”, “poca o ninguna diferencia”, etc.

Número	FUERZA	TABLA DE RECOMENDACIONES GENERALES
EVALUACIÓN DEL ESTATUS DEL FUMADOR Y CONSEJO ANTITABÁQUICO BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALUD		
1*	Fuerte	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 aumente la tasa de intervención por parte del equipo de salud y la tasa de cesación.

		COMENTARIO R1: fumador/a es toda persona que fuma todos o algunos días. El registro de la condición de fumador/a 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. 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).
		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/a probablemente aumente la tasa de cesación OR 2 (IC95% 0,8 a 4,8). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i> 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 las personas que fuman visita al médico y es esencial que estos profesionales estén preparados para intervenir con quienes fuman. Al quedar registrado, cada profesional (de cualquier área) que asiste a la persona tabaquista puede problematizar el consumo y reforzar la intervención breve para el cese tabáquico. Mejora la provisión de asesoramiento para dejar de fumar y la derivación a servicios de cesación tabáquica. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por población objetivo ya que sería de su interés que se les pregunte por el consumo de productos de tabaco y que el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de alto impacto y muy bajo costo. Consideró que, a pesar de ser fácilmente implementable, 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.
2*	Fuerte	R2. Se recomienda a todos los/as profesionales de medicina 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 incremente la tasa de cesación. COMENTARIO R2: una vez identificada la persona que fuma, el consejo claro, firme y personalizado, constituye una estrategia asequible y eficaz. Las personas que fuman 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 persona, dar a conocer que existen tratamientos efectivos y utilizar expresiones directas y claras, sin transmitir la sensación de estar juzgando a la persona por el hecho de que fume. La efectividad del consejo fue evaluada especialmente en profesionales médicos y de enfermería, sin embargo, resulta razonable extrapolar la eficacia del consejo impartido por

otros miembros del equipo de salud.

“Como tu médico/a, 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. Tené en cuenta que los beneficios se obtienen al dejar completamente y muchos comienzan inmediatamente al dejar. 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”.

El consejo se dirige a dejar de fumar completamente (y no a fumar menos), ya que es prácticamente imposible controlar el consumo, los beneficios se obtienen al dejar por completo y aun pocos cigarrillos diarios se asocian a importantes riesgos para la salud. También es una oportunidad para sumar el consejo de respetar siempre los ambientes cerrados (hogar, trabajo, auto, etc.) como 100% libres de humo de tabaco. El equipo de salud que recibe entrenamiento en cesación interviene más. Es importante conocer los dispositivos (sitios, lugares o servicios) de cesación a los que es factible derivar (ej. 0800-999-3040).

Las personas que fuman pocos cigarrillos (menos de 10 por día) y quienes no fuman diariamente corren riesgos significativos para su salud, por lo que es importante identificarlas y aconsejarles dejar.

Los lugares de atención de la salud deben ser 100% libres de humo y de 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.

Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R2:

Resumen de hallazgos: (SoF 2a) el consejo médico muy probablemente aumente 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 el personal de enfermería muy probablemente aumenten la tasa de cesación RR 1,29 (IC95% 1,21 a 1,38). *Calidad global de la evidencia: moderada.*

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 la población por lo que cumple un rol fundamental en iniciar la intervención. El panel resaltó que el consejo tiene que ser muy claro acerca de que lo mejor que pueden hacer por su salud es dejar de fumar, y remarcar la importancia de los ALH. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por población objetivo ya que resultaría bien recibida, entendible y los haría sentir apoyados. El panel opinó que el beneficio neto esperado justificaría 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.

3	FUERTE	Se recomienda a todos los profesionales de la odontología y la farmacéutica 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. Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R3: Resumen de hallazgos: (SoF 3a) las intervenciones de cesación provistas por profesionales de la odontología 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) impartidas por profesionales de farmacia 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 con que el beneficio de implementar esta intervención es claramente positivo y multiplicador. Valoró que es necesario que profesionales de odontología realicen la intervención por la frecuencia con 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 profesionales de odontología en consejería e indicación de los tratamientos de cesación tabáquica. El panel también opinó que profesionales de farmacéutica son claves a la hora de informar acerca de la medicación para dejar de fumar y que pueden intervenir, por ejemplo, cuando expenden fármacos expectorantes y/o mucolíticos de venta libre a una persona que fuma y que puedan aconsejar y acompañar la medicación de cesación. Muchas personas acuden al/la farmacéutico/a para pedir un medicamento, por lo cual su consejo sería valorado. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo y que multiplica la receptividad del consejo. El beneficio neto esperado justificaría 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.
4	Condicional	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. COMENTARIO R4: existen diversas formas de evaluar el grado de motivación que presenta la persona que fuma para dejar 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.

		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 (IC95% 1,17 a 1,48) y el acompañamiento conductual basado en estadio de cambio probablemente aumente la tasa de cesación comparada con el cuidado habitual u otras intervenciones RR 1,24 (IC95% 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-DiClemente es dinámico, todas las adicciones requieren de un tiempo de evaluación y tratamiento, pero podría ser que no todas las personas atendidas necesiten esta evaluación o les resulte una complejidad innecesaria. El modelo de Prochaska-DiClemente sirve para agrupar a las personas y/o para delinear distintas estrategias para motivar y permitir seguir con el tratamiento. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de la población objetivo ya que ayudaría a conocer su motivación y a visualizar los recursos que tiene para decidirse y dejar de fumar mediante un plan de acción; pero otras personas podrían sentir que se complejiza su atención. De la búsqueda bibliográfica de preferencias queda claro que las personas valoran la actitud empática. El panel consideró que el beneficio neto esperado justificaría 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.
INTERVENCIONES PARA AUMENTAR LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR		
5*	Fuerte	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. 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 explorar y resolver su ambivalencia. Sus principales características 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 la persona exprese 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.

		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 positivo de implementar la entrevista motivacional, ya que su empleo constante motiva a la cesación. Así, en las distintas etapas, al explicitar el balance en la motivación con sus pros y contras, le permitiría llegar a su objetivo ya que esta herramienta posee demostrada eficacia. El panel reconoció que es fundamental trabajar con la motivación, buscando la mejor opción para cada persona, mediante las preguntas abiertas, la conversación para entender sus preferencias, miedos y deseos 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 opinó que este abordaje motivacional podría ser aceptado por la población objetivo ya que favorecería al cambio y generaría empatía y confianza y que, de la búsqueda de preferencias realizada, queda claro que las personas valoran la actitud empática (anexo 5). El beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de bajo costo y que es de fácil implementación (pero requiere de capacitación). Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.
6	Condicional	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 la persona que fuma sin daño específico. COMENTARIO R6: tradicionalmente se ha intentado apoyar el consejo y la motivación en lugar de la demostración del daño (ej. radiografía de tórax, espirometría sin o con interpretación de edad del pulmón, ultrasonido carotídeo) o de exposición (monóxido de carbono exhalado (COexh)), porque el basar la motivación en estos estudios además de no ser efectivo, excluye a las personas que fuman que aún no presentan daño demostrable por métodos diagnósticos. 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 [19]. Un paquete/año equivale a 365 paquetes de 20 cigarrillos (paquetes/año = (paquetes de 20 fumados por día) x (años de fumador)). La poca utilidad de la espirometría informada como edad pulmonar se restringe solo a quienes les da anormal y únicamente a ellos/as es a quienes se les debe dar retroalimentación de la alteración de los valores de la espirometría con el fin de motivarles a dejar de fumar.

		Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R6: Resumen de hallazgos: (SoF 6) es muy probable que las mediciones de exposición al tabaco (monóxido de carbono exhalado o cotinina) 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 carotídeo). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i> 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 sobretratamientos. 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 quienes presentan sospecha de enfermedades de base y no solo por su condición de fumador/a, o en casos individuales, entre otras situaciones. También el panel consideró que la no evidencia de daño podría servir para motivar en forma positiva avanzar en la cesación antes de la aparición y que la medición de COexh podría concientizar durante el proceso de cesación, estimulando a la persona si descendiende su nivel tóxico y que en ese sentido podría ayudar como estrategia cognitivo conductual. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de la población objetivo ya que estos recursos no son necesarios para lograr la cesación, aunque muchas personas 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 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*	Fuerte	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. COMENTARIO R7: las Intervenciones Breves comprenden: Averiguar el estatus tabáquico, Aconsejar la cesación, Asisistir y evaluar si está lista 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 3 y 10

		minutos aumentan aún más la efectividad (sumando unos 40 minutos totales en distintas consultas). Por ello, es importante que toda persona que fuma reciba una intervención breve para dejar de fumar al menos una vez al año.
		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 opinó ampliamente en que existe un balance positivo de implementar la intervención breve ya que generaría que el paciente ponga el tema en agenda, demanda poco tiempo e, implementada masivamente por todo el equipo de salud, generaría un gran impacto sanitario. También señaló que el tiempo en el cual se llevaría 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 opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo. El beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva por ser una intervención de bajo costo y de fácil implementación. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.
8	Fuerte	Se recomienda que las personas que fuman tengan acceso a intervenciones intensivas tanto de forma individual como grupal ya que ambas aumentan la tasa de cesación. COMENTARIO R8: las intervenciones intensivas, generalmente son realizadas por profesionales especialistas en 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. 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 junto con el 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 (IC95% 1,01 a 1,19). El tratamiento grupal comparado con la ausencia de intervención aumenta la tasa de cesación RR 2,60 (IC95% 1,80 a 3,76). El tratamiento grupal y el tratamiento individual presencial muy probablemente tengan un efecto similar en la tasa de cesación RR 0,99 (IC95% 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 implementar las intervenciones intensivas ya que a mayor tiempo (no

		exagerado), mejores son los resultados, aunque podría no ser fácilmente accesible para algunas personas. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo ya que satisfacería su deseo de aumentar la eficacia para dejar de fumar. El beneficio neto esperado justificaría 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.
9	condicional	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. 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 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 opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de población objetivo ya que enriquecería la intervención que reciben, sin embargo, podría ser que muchas personas prefieran recurrir a profesional en atención individual. El panel opinó que el beneficio neto esperado justificaría 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.

10

Fuerte

Como parte de la **consejería práctica 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; y 3) Apoyo social.

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 otras personas que fuman que por un tiempo evitará algunas reuniones con fumadores/as, 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.

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.

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). *Calidad global de la evidencia: moderada.*

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 quienes enfrentan las ganas de fumar ante afectos negativos cotidianos. También destacó que algunas pueden servir más y otras menos dependiendo de la persona, por lo cual cada quien 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 justificaría la utilización de los recursos que conlleva (a veces en materiales impresos o en forma digital) y 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.

11*	Fuerte	Se recomienda el uso de líneas telefónicas con seguimiento para ayudar a la persona que fuma, 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. COMENTARIO R11: las líneas telefónicas contribuyen a generalizar y a normalizar la cesación. Línea gratuita de atención a las personas que fuman del Ministerio de Salud de la Nación 0800-999-3040, accesible desde todo el país. 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. El panel también describió que es una fortaleza que la línea telefónica nacional existe desde 2004 con un uso continuado y con picos de llamadas cada vez que se promocionó con campañas de comunicación y con un uso más elevado desde 2012 en que por ley su número está presente en los atados de cigarrillos junto a las advertencias sanitarias (aunque la misma atiende solo en modalidad reactiva). El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de la población objetivo ya que es lo que ocurre y al facilitar el acceso mejora el acompañamiento y seguimiento. El panel opinó que el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva y que no requiere grandes transformaciones del sistema para implementarse (transformarla en proactiva). Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.
12	Fuerte	Para intervenir en cesación en personas que fuman 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. COMENTARIO R12: este tipo de formatos 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 virtuales interactivos

evaluados realizaron seguimiento durante 3 a 6 meses. Las páginas web estáticas no son efectivas.

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 (fumador/a); la provisión de contenido que puede distraer al usuario de los *craving* (deseo intenso de fumar); y la capacidad de vincular al usuario/a con otras personas para obtener apoyo social.

Las intervenciones fueron efectivas en personas que querían dejar de fumar. La mayoría de los estudios fueron realizados en contextos con políticas de control del tabaco bien implementadas. Recientemente la OMS ha lanzado un programa interactivo identificado con el nombre "Florencia" para dejar de fumar, basado en página web y disponible en español <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/using-ai-to-quit-tobacco>

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). *Calidad global de la evidencia moderada.*

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 opinó que el formato de teleconsultas y páginas web interactivas es acorde a un grupo etario relativamente joven pero que el actual entrenamiento y familiarización dado por la pandemia COVID-19 amplió la posibilidad de uso a otros grupos como una estrategia central. 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 disponibilidad de internet en los distintos sectores y regiones del país y que pueden presentarse dificultades en el manejo de la tecnología. El panel consideró que contar con mayor variedad de formatos brinda flexibilidad y la posibilidad de mejorar los resultados y opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de las personas en las 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 y los 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 justificaría 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.

13	Condicional	Para intervenir en cesación en personas que fuman 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. COMENTARIO R13: se han evaluado varias aplicaciones, pero 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. 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> 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. Si bien existen algunos desarrollos en nuestro medio, sus evaluaciones han sido con muy corto seguimiento. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de la población objetivo como un complemento y sería más aceptada por los jóvenes. El panel opinó que el beneficio neto esperado justificaría 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	Condicional	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.

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 a través de un formato estructurado. Si bien serían algo útiles en forma aislada, (incluso en personas que fuman 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.

Resultan útiles también los materiales de autoayuda diseñados específicamente para las distintas poblaciones de personas que fuman (ej. mujeres con niños, adulto mayor, etc.). También se pueden diseñar materiales de autoayuda basados en estadios de cambio.

Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R14:

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 los 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). *Calidad global de evidencia: baja*

Conclusión del panel: el panel acordó con la evidencia analizada y destacó que los materiales de autoayuda son útiles para los/as usuarios/as, por ser una herramienta que sirve para complementar las intervenciones presenciales o de telemedicina. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de la población objetivo 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 justificaría la utilización de los recursos que conlleva por su accesibilidad. El panel consideró que para implementarse no requiere grandes transformaciones del sistema, pero requiere de difusión entre profesionales y la población que fuma. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CESACIÓN TABÁQUICA

Las recomendaciones para orientar en función del nivel de dependencia se nuclean por cantidad de cigarrillos diarios que consume la persona, ya que éste es un indicador fiable y fácil de evaluar. Sin embargo, puede ser que en ocasiones convenga guiarse según otros parámetros. Estas recomendaciones se refieren a personas de 18 o más años que fuman.

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 una persona atendida, activa y empoderada, interacciona con un equipo de salud preparado y proactivo. La elección del fármaco dependerá de las preferencias de las personas, los costos, la disponibilidad de los mismos y de la experiencia del profesional que prescribe.

15*	Fuerte	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. COMENTARIO R15: La suma de las dos estrategias aumenta las probabilidades de cesación cuando se las compara con el uso de medicación sola. Los fármacos de cesación han sido valorados casi en su totalidad solo en personas adultas de 18 a más años. 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> 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 deben ofrecerse juntos, ya que son complementarias. 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 opinó que existe un balance positivo de implementar esta recomendación y consideró necesario proponer los recursos y que sean las personas quienes decidan la mejor opción respetando la perspectiva individual. El panel opinó que el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva porque muy probablemente aumente las tasas de cesación a la vez que consideró que para implementarse requeriría de cambios del sistema: compra y distribución de insumos y capacitación del equipo de salud. Asimismo, consejería y fármacos serían necesarios para generar cambios de conducta y ayudar a las personas 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.
-----	--------	---

FÁRMACOS PARA LA CESACIÓN TABÁQUICA: PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO

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

16

Condicional

En personas que fuman menos de 10 cigarrillos 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.

COMENTARIO R16: las personas que fuman menos de 10 cig/día 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 la población argentina que fuma, no lo hace diariamente.

Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R16:

Resumen de hallazgos: (SoF 16) En personas que fuman menos de 10 cig/día, la vareniclina podría aumentar la tasa de cesación RR 4,97 (IC95% 1,49 a 16,53). Existe incertidumbre si los fármacos para la cesación (parches o vareniclina) son efectivos para dejar de fumar en personas que fuman 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 personas que fuman menos de 10 cigarrillos a 6 meses OR 1,31 (IC95% 0,84 a 2,02). *Calidad global de la evidencia: muy baja.*

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 personas que fuman pocos cigarrillos, aunque es importante dejarlo a consideración del/la profesional tratante y de la persona fumadora 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. Por lo cual, la decisión depende principalmente del acuerdo con la persona fumadora, ya que si solicita ayuda es quizá porque no lo logró antes sin fármacos y que muchas veces estas personas subestiman su adicción. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de la población objetivo ya que estos recursos no son necesarios para lograr la cesación en todos los casos, 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.

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

17

Fuerte

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.

COMENTARIO R17: usar desde la fecha propuesta para dejar de fumar (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 personas que fuman 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).

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 un 5,9% (4,9 más a 6,9 más). Los parches de nicotina son efectivos para aumentar la tasa de cesación asociados a la intervención breve en un 6,3% (4,4 más a 8,4 más). Los parches de nicotina son efectivos para aumentar la tasa de cesación en intervención intensiva en un 5,4% (4,1 más a 7 más). Los parches de nicotina producen cefalea con baja frecuencia respecto del placebo e irritación local leve. *Calidad global de la evidencia: alta.*

Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia realizada y opinó que existe un balance positivo de implementar los parches de nicotina porque aumentan la cesación, mejoran el *craving*, son un recurso bastante accesible y de baja complejidad en su uso. Si bien está directamente ligado a la cantidad de cigarrillos consumidos, esto debe tenerse en cuenta de modo orientativo y remarcaron que el parche de 21 mg/día es el más evaluado en los estudios. El panel señaló que el tratamiento farmacológico de la dependencia a la nicotina ha mostrado ser muy útil y que, si bien la cantidad de cigarrillos es el *proxy* más directo y de fácil valoración de dependencia física, en algunos casos podría ser adecuado el uso de otro parámetro. También señaló que en sus experiencias no observaron efectos adversos cardíacos graves por el uso de los parches, los cuales quizá se den muy raramente en los ámbitos cardiológicos de cuidados críticos por lo cual no se recomienda el uso del parche en los primeros días de un infarto agudo de miocardio. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de la población objetivo ya que es fácil de utilizar pero que el grado de aceptación podría depender de la experiencia previa de las personas. El panel opinó que el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva y que para implementarse requeriría de cambios en el sistema (ej. compra y distribución de insumos). Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de esta recomendación como fuerte a favor.

18	Fuerte	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. COMENTARIO R18: usar desde la fecha propuesta para dejar de fumar (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. 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> Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado y opinó 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 opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de la población objetivo, pero dependerá de ciertas condiciones: salud bucal y preferencias. El panel opinó que el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva y consideró que para implementarse requeriría de modificaciones en el sistema: inversión para la compra y distribución 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.
19	Fuerte	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. COMENTARIO A R19: usar desde la fecha propuesta para dejar de fumar (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.

		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> 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, bastante accesibles y una buena alternativa en personas con dificultades para la masticación. Además, podrían ser percibidos como opciones "menos" farmacológicas generando mayor aceptación. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de la población objetivo ya que es de venta libre y tiene escasos efectos adversos. El panel opinó que el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva y consideró que para implementarse requeriría de transformaciones del sistema: inversión para la compra y distribución 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.
20	Fuerte	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. COMENTARIO R20: las dosis de 150 (una toma matinal) y 300 mg/día (una toma matinal y la segunda con 8 hs de diferencia), obtienen tasas 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 haya decidido dejar 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. Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R20: Resumen de hallazgos: (SoF 20) el bupropión aumenta la tasa de cesación RR 1,62 (IC95% 1,49 a 1,76). Bupropión 300 y 150 mg 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> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y con que existe un balance positivo de implementar el bupropión porque es un fármaco con buena tolerancia y efectividad, buen manejo del <i>craving</i> 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 evitan efectos adversos comunes como el insomnio y que de usar 300 mg puede plantearse un descenso gradual. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo particularmente por controlar el aumento de peso, aunque algunos no aceptarían un antidepresivo como opción para dejar de fumar. El panel opinó que el beneficio neto esperado podría justificarla utilización de los recursos que conlleva y consideró que para implementarse requeriría de transformaciones del sistema. Por todo ello el panel, alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como fuerte a favor.

21	Fuerte	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. 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. Al momento de la edición de la GPC, la vareniclina no se encuentra disponible en el mercado por resolución de aspectos vinculados al nivel de nitrosaminas en los comprimidos. Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R21: Resumen de hallazgos: (SoF 21) la vareniclina aumenta la tasa de cesación RR 2,24 (IC95% 2,06 a 2,43). Su uso probablemente no aumente la presencia de depresión (0,1% menos; IC95% 0,6 menos a 0,3 más), ni 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> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y con que existe un balance positivo sobre la utilización de la vareniclina por su efectividad/seguridad. El panel opinó en que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo. Por todo ello el panel alcanzó consenso en cambiar la fuerza de esta recomendación como fuerte a favor.
Alta dependencia (personas que fuman 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		
22	Fuerte	En personas que fuman y que presentan alta dependencia se recomienda que cuando se indiquen terapias de reemplazo con nicotina (como monoterapia) se opte por dosis más altas: • 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 ya que muy probablemente sean efectivos para aumentar la tasa de cesación. COMENTARIO R22: estas opciones son de venta libre. Un ejemplo de uso de más de un parche podría ser para quien fuma 40 cig/día, usar dos parches de 21 mg/día por 24 hs y en personas que fuman 30 cig/día un parche de 21 mg/día y un parche de 14 mg/día.

		Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R22: Resumen de hallazgos: (SoF 17, 18, 19 y SoF TRN general ya descriptas). 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 quienes presentan alta dependencia, aún en personas con comorbilidades, con un balance positivo por sobre el posible aumento de los efectos adversos. Asimismo, advierte que la experiencia apoya a que dosis bajas en personas con alta dependencia no sólo no mejoran la cesación, sino que podrían no ser efectivas y generar frustración. Las dosis se pueden disminuir si fuera necesario, sobre todo si aparecen efectos adversos que suelen ser poco importantes. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo porque son de fácil aplicación/uso, efectivas y sus efectos adversos muy leves, y que el beneficio neto esperado de la intervención propuesta justificaría la utilización de los recursos que conlleva. El panel consideró que la intervención analizadapodría implementarse aplicando transformaciones en el sistema. Por ello, la fuerza y dirección de la recomendación se determinó como fuerte a favor.
23	Condicional	En personas que fuman y que presentan 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 el riesgo de desarrollo de dependencia al espray.
		COMENTARIO R23: se prescribe bajo receta. La irritación nasal, particularmente de las primeras dosis limita la aceptación por parte de usuarios/asdel espray (ver la sección de aspectos prácticos).
		Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R23: Resumen de hallazgos: (SoF 23) el espray nasal aumenta la tasa de cesación RR 2,02 (IC95% 1,49 a 2,75). 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> 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 quienes lo utilizan. Por lo tanto, sería una alternativa válida como rescate más que como monoterapia, a considerar en personas con muy alta dependencia. El panel opinó que el beneficio neto esperado de la intervención propuesta justificaría la utilización de los recursos. Por todo ello, el panel (luego de un plenario de discusión) alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección como condicional a favor.

24	Fuerte	En personas que fuman y que presentan alta dependencia, se recomienda el uso de la combinación de bupropión con terapia de reemplazo con nicotina por 12 semanas porque aumenta la tasa de cesación. 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 muy probablemente aumentela tasa de cesación en personas que fuman y que presentan 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: moderada.</i> 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, muy probablemente aumenta la tasa de cesación en personas con alta dependencia nicotínica, presentando un buen perfil de seguridad en usuarios/as seleccionados. Además, opinó que la combinación podría ser aceptada por la población objetivo ya que aumentaría la tasa de cesación y es bien tolerada. Además, coincidió ampliamente que el beneficio neto esperado de la intervención propuesta justificaría la utilización de los recursos que conlleva y que podría implementarse aplicando transformaciones en el sistema. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección como fuerte a favor.
25	Condicional	En personas que fuman y que presentan 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, spray 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. 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 spray, 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> 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 en personas con alta dependencia. Opinó 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 conviene que sea intensivo con nicotina rápida para calmar los <i>cravings</i> (dejando el rescate con spray nasal como última opción) aunque se sumarían potencialmente los efectos adversos de cada modalidad, aunque sean leves, y el aumento

		del costo económico de cada tratamiento. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo, aunque muchos podrían no querer utilizar algunas de sus formas de presentación y que justificaría su utilización el aumento de los costos que conlleva. Por todo ello el panel alcanzó consenso en determinar la fuerza y dirección como condicional a favor.
26	Condicional	En personas que fuman y que presentan alta dependencia se sugiere reservar para casos seleccionados la combinación 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 podría sumar potenciales efectos adversos.
		COMENTARIO R26: esta combinación fue probada en personas jóvenes y sanas (se excluyeron aquellas con enfermedades comórbidas (EPOC, diabetes, padecimientos mentales, coadiciones, etc.). El costo de iniciar el tratamiento con ambas medicaciones en nuestro contexto es elevado y la combinación se asociaría a una 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 las horas de descanso.
		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 probablemente aumenten los eventos adversos serios RR 1,06 (IC95% 0,27 a 4,05). <i>Calidad global de evidencia: baja.</i> 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 comparada 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 que tienen experiencia de su uso ante distintas comorbilidades. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por las personas en grupos adecuadamente seleccionados pero que la mayoría preferiría lograrlo con una sola de las opciones. El panel opinó que el beneficio neto esperado de la intervención propuesta justificaría la utilización de los recursos que conlleva y que podría implementarse aplicando modificaciones en el sistema. Por todo ello, el panel alcanzó acuerdo en definir la fuerza y dirección de esta recomendación como condicional a favor.

27	condicional	En personas que fuman y que presentan alta dependencia se sugiere reservar para situaciones particulares la combinación de bupropión y vareniclinapor 12 semanasya que, si bien puede aumentar la tasa de cesación, también podrían sumar los potenciales efectos adversos y los costos. COMENTARIO R27: efectos adversos más frecuentes, ansiedad y trastornos del sueño. 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 (IC95% 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 (IC95% 0,9 menos a 3,3 más). <i>Calidad global de la evidencia baja.</i> 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 poco frecuente ya que está poco probada y que hay poca experiencia en nuestro medio, mientras que otros opinaron que tienen experiencia con esta combinación y que si hay una buena evaluación resultaría una asociación útil y con buenos resultados. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo porque aumentan la tasa de cesación pero que la mayoría podría preferir hacerlo con una sola de las opciones. El panel consideró que podría justificarsesu utilización. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en determinar la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.
Fármacos para la cesación tabáquica de segunda línea de tratamiento por su perfil de seguridad		
28	condicional	La clonidina sería efectiva para dejar de fumar. Se sugiere su uso como fármaco de segunda línea, bajo supervisión estricta por sus efectos adversos.

		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, las personas incluidas tenían entre 18 y 55 años y fumaban más de 20 cigarrillos/día. En los estudios revisados, la clonidina era brindada en un marco de intervenciones de acompañamiento conductual. Los efectos adversos más frecuentes fueron boca seca, sedación, mareos e hipotensión ortostática. 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 (IC95% 1,22 a 2,18), probablemente aumenta la tasa de efectos adversos que obligan a discontinuarla (ej. hipotensión ortostática). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i> 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 que se justifique la permanencia de esta recomendación en la actualización por lo que fue discutida en un plenario. 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 lo cual podría condicionar la aceptación de las personas (aunque de base serían muy pocos y bien seleccionados) y por la dificultad en el acceso al mismo. El panel opinó que la intervención que se propone podría justificarse su utilización. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.
29	condicional	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 COMENTARIO 29: la nortriptilina es un antidepresivo tricíclico. Dentro de los fundamentos por los que se han probado ciertos antidepresivos para el tratamiento de la cesación se incluyen: que la depresión es más frecuente en personas que fuman que en aquellas que no lo hacen, 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 ser eficaces (ver R de medicamentos no avalados). Los estudios con nortriptilina incluyeron personas que fumaban 10 o más cigarrillos/día. El tratamiento comienza unos días antes del día D y continúa por 12 a 14 semanas. No se encuentra fácilmente disponible en nuestro medio. Por su perfil de seguridad se considera un fármaco de segunda línea.

Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R29:

Resumen de hallazgos: (SoF 29) si bien la nortriptilina muy probablemente aumente la tasa de cesación comparada con placebo RR 2,03 (IC95% 1,48 a 2,78) (6 ECA, n=975), y combinada con parches respecto a nortriptilina sola RR 1,21 (IC95% 0,94 a 1,55) (4 ECA, n=1.644), aumentaría la tasa de abandono del tratamiento entre el 4% al 12% por sus efectos adversos (boca seca, sedación, constipación, retención urinaria, etc.). *Calidad global de la evidencia: moderada.*

Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y consideró, luego de discutirla en un plenario, 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 las personas que fuman, aunque serían bien seleccionadas. El panel opinó que la intervención que se propone podría justificar su utilización. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.

PREVENCION DE RECAÍDAS

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.

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.

La prolongación del tratamiento intensivo podría extenderse incluyendo estrategias específicas respecto a la prevención de recaídas alcanzando hasta 1 encuentro o contacto mensual por alrededor de un año desde el día D y con formatos variables: visitas presenciales o teleconsultas, llamadas proactiva o reactivas, mensajes de texto al celular. Puede incluir tanto contacto con un o una profesional como con un par exfumador/a.

Los enfoques de habilidades comprendidos en los estudios se dirigen a aprender a identificar situaciones de alto riesgo de recaída y proporcionarles estrategias cognitivas y conductuales para afrontar estas situaciones; intervenciones conductuales que incluyen la exposición a situaciones imaginarias, escritura, dramatizaciones, apoyo social y ejercicio; consejos 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 con el apoyo de pares.

		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> 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 quienes presentan riesgo de recaídas por la importancia y la frecuencia con la que se presenta, aunque las ventajas en términos absolutos sean pequeñas. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de las personas en riesgo de recaída, que se justificaría el aumento de los costos que conlleva y que podría implementarse aplicando modificaciones 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.
31	Condicional	En quienes dejaron de fumar y se evalúe riesgo de recaída, se sugiere considerar prolongar el tratamiento farmacológico: • 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. 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. 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). Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R31: Resumen de hallazgos: (SoF 31) los fármacos de primera línea podrían prevenir 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> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y con que existe un balance positivo sobre la necesidad de extender el tratamiento sobre todo en aquellas personas con alta dependencia y/o con larga historia de consumo. También planteó que, si bien la calidad de la evidencia es baja, el panel consideró útil esta intervención y que podría ser aceptada por las personas que decidieron dejar de fumar (especialmente ante alta dependencia) para sostener la cesación alcanzada, aunque muchos otros podrían preferir no extender el tratamiento. El panel opinó que el beneficio neto esperado podría justificarla utilización de los recursos que conlleva ya que el costo total nunca va a superar los gastos por el consumo y los problemas de salud. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en determinar la fuerza de esta recomendación como condicional a favor.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CESACIÓN

32

Condicional

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 quienes dejan de fumar aumentan de 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 estar relacionado 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 incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y no entorpecer la función pulmonar.

El acompañamiento conductual incluye, dialogar sobre la aceptación de un modesto aumento de peso considerando 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. En los estudios evaluados, el seguimiento nutricional se extendió 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 integrados a las actividades comunes de la vida 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 por monóxido de carbono (CO) que se asocia al cigarrillo afectan el estado físico aún en personas jóvenes y en buena condición física. Durante el proceso de cesación (acción y mantenimiento) aumenta el rendimiento físico ya que, en 48 horas, 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 utilizan. 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 DM 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 fue 0,42 kg menor lo cual probablemente varíe entre 0,92 kg menor a 0,08 kg más alto). Con vareniclina DM 1,11 kg más alto y probablemente varíe entre 0,75 kg menor a 2,98 kg más alto.

Para el ejercicio la DM fue 2,07 kg menor (3,78 menor a 0,36 menor). Para el apoyo nutricional individualizado la DM fue 2,58 kg menor (5,11 menor a 0,05 menor), para la educación alimentaria la DM fue 0,21 kg menor (2,28 menor a 1,86 más alto) o para la realización de un

		plan alimentario hipocalórico la DM fue 1,3 kg menor (3,49 menor a 0,89 más alto). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y opinó con que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que el mayor aumento del peso corporal se da cuando no se usan fármacos de cesación. El panel opinó también que la intervención que se propone podría ser aceptada por la mayoría de la población objetivo ya que el aumento de peso es una de las preocupaciones presentes, aunque muchas personas 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 podría justificarla 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.
REX	ALIMENTACIÓN	Una alimentación saludable asegura la incorporación y aprovechamiento de todos los nutrientes, permite mantener un peso adecuado, y contribuye a prevenir y controlar la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y prevenir los eventos cardiovasculares. Acorde a las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) se recomienda: • 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). COMENTARIO: Ver los 10 mensajes, con sus contenidos explicativos en las “Guías Alimentarias para la Población Argentina” (GAPA) [23].
TRATAMIENTOS NO AVALADOS		
33*	Fuerte	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.

COMENTARIO A R33: los cigarrillos electrónicos, han sido prohibidos por la ANMAT en todo el territorio nacional para su importación, venta y publicidad. Estos dispositivos podrían significar un obstáculo en el control del tabaco.

Los cigarrillos electrónicos son dispositivos portátiles que se usan en la mano y producen un aerosol que se forma al calentar un líquido que el/la usuario/a inhala. El líquido (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 vapor que parece humo de tabaco solo es visible cuando el usuario exhala, no cuando se sostiene el dispositivo. En muchos países, los cigarrillos electrónicos se comercializan con la lógica de productos de consumo.

Desde 2012, pero en particular desde 2019 se han reportado más de 2800 casos de severas lesiones pulmonares asociadas al uso de cigarrillo electrónico (en inglés EVALI), incluyendo 68 muertes. Esta enfermedad se ha vinculado más frecuentemente con el uso de cartuchos que contenían cannabis, vitamina E y tanques obtenidos de fuentes informales, aunque no se ha podido descartar que otros químicos presentes en los cigarrillos electrónicos puedan causarla.

Se ha planteado el uso de cigarrillos electrónicos como estrategia de reducción de daño ya que se inhalarían menos sustancias tóxicas. Esta estrategia es altamente cuestionable dada la existencia de efectos adversos potencialmente mortales en personas jóvenes, existiendo la alternativa de cesación total y de tratamientos farmacológicos efectivos y seguros.

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 y las jóvenes, con estrategias específicas de mercadeo apuntadas a esa población.

Ver: "Cigarrillo electrónico. Guía de lectura rápida para el equipo de salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2018".

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 los 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. *Calidad global de la evidencia: moderada.*

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 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 protector para las personas. 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 las personas que lo estén utilizando sobre sus riesgos y desventajas. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo una vez informada de los aspectos relevantes al respecto por parte del/la profesional y que el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva porque los beneficios superan ampliamente los costos. El panel consideró que la intervención analizada podría implementarse aplicando modificaciones en el sistema como la 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.
34	Condicional	Se recomienda no usar el tratamiento farmacológico con citisina. Si bien contribuye a aumentar la tasa de cesación, no es fácilmente tolerada y no se encuentra disponible en el país. 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 más frecuentemente asociados a este tratamiento fueron los gastrointestinales (51%). 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> 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 y si fuese de bajo costo. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en cambiar la fuerza de esta recomendación como condicional a favor.
35*	Fuerte en contra	Se recomienda no usar tratamientos farmacológicos para dejar de fumar: benzodiacepinas 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. COMENTARIO R35: los cannabinoides (ej. rimonabant) han sido retirados del mercado por sus 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.

		Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R35: Resumen de hallazgos: (SoF 35) estas 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 5,3 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 benzodiacepinas 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> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y opinó que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que son fármacos solo con eficacia para lo que realmente están destinados, pero no para el abandono del cigarrillo. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo brindándoles la información adecuada acerca de que no son medicamentos de efectividad demostrada aunque existe una generalización del uso de las benzodiacepinas en nuestro medio las cuales a veces son solicitadas por las personas para la cesación o brindadas por profesionales que no reconocen ni el alto potencial adictivo de las benzodiacepinas ni que la ansiedad por dejar de fumar es parte del síndrome de abstinencia y que se controla mejor 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.
36	Fuerteen contra	Se recomienda no usar para dejar de fumar, las siguientes 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. COMENTARIO R36: las terapias aversivas además exponen a las sustancias tóxicas del tabaco. Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R36: Resumen de hallazgos: (SoF 36a, 36b, 36c y 36d) existe incertidumbre sobre el efecto de estas propuestas no farmacológicas para dejar de fumar (estudios con tamaño 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> Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y opinó con 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 podría ser aceptada por la población objetivo informada 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.

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Se recomienda a los profesionales de la salud que atienden a niños, niñas y adolescentes **que interroguen a los padres y madres** 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.

COMENTARIO R37: las intervenciones que han sido evaluadas para el cambio del comportamiento principalmente incluyen la consejería presencial o telefónica, 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 desarrollo/peor evolución de enfermedades respiratorias crónicas (ej. broncoespasmos), trastornos de la conducta y otros. El tabaquismo se vincula a mayor incidencia de virus papiloma humano (HPV) desde la adolescencia. Niños, niñas y adolescentes resultan beneficiados/as cuando sus padres y/o madres 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 la persona adulta a cargo. Las escuelas deben ser 100% libres de humo de tabaco por la Ley Nacional 26.687/11. Promover que los hogares y los automóviles sean libres de humo de tabaco y alertar sobre el humo de tercera mano, puede contribuir particularmente al cuidado de sus hijos e hijas.

Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R37:

Resumen de hallazgos: (SoF 37) Las intervenciones en personas adultas responsables de las niñas, niños y adolescentes muy probablemente aumentan la tasa de cesación en un 3,5% más (0,5 más a 7,3 más) comparado con no intervenir. *Calidad global de la evidencia: moderada.*

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 la consejería a personas adultas responsables que fuman aumenta la tasa de cesación y advierte a los mismos de los daños a la salud a la que exponen a sus hijos e hijas, ayuda a desnormalizar el acto de fumar

37*

Fuerte

		y reducir la posibilidad de exposición al humo ambiental de tabaco y de tercera mano en sus hogares. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo ya que ellos están interesados en recibir información sobre cómo resguardar a sus hijos/as del humo de segunda y tercera mano para el cuidado de la salud de niños, niñas y adolescentes 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.
38 nueva		Se recomienda al equipo de salud (profesionales en medicina, odontología, 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.
	Fuerte	COMENTARIO R38: no se encuentra evidencia suficiente sobre la efectividad de tratamientos conductuales ni farmacológicos en adolescentes. NO está recomendado el uso de fármacos de cesación en menores de 18 años por que se han realizado muy pocos estudios en adolescentes y por no estar aprobado por agencias regulatorias para esa edad. Estas actividades preventivas en los estudios evaluados, incluían 4 a 8 oportunidades de intervención. La encuesta mundial de tabaco en jóvenes (EMTJ 2018, 13 a 15 años), registró una prevalencia de tabaquismo del 19,5% (18% de cigarrillos). La encuesta mundial de salud escolar (EMSE, 2018) realizada en jóvenes de 13 a 17 años mostró que el 20,4% consume tabaco (19% cigarrillos). De estos datos podemos diferenciar una prevalencia inicial del 14,6% a los 13 a 15 años que se duplica a las edades de 16 a 17 años llegando al 28,3%. Sin embargo, a lo largo de las encuestas realizadas se ve una disminución de la prevalencia de tabaquismo en jóvenes respecto a las anteriores. El 7% de los jóvenes dijo haber consumido un cigarrillo electrónico en los 30 días previos a la encuesta; lo que muestra un incipiente cambio en el debut de inicio de adicción a la nicotina.
		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 (IC95% 2,5 menos a 0,7 menos). <i>Calidad de evidencia global: moderada.</i> 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 el cigarrillo electrónico también se presenta 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 y las adolescentes que fuman, más allá de que la efectividad sea mayor en adultos/as, 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, pero que también deben ser advertidos que todo producto de tabaco es dañino; como los cigarrillos armados, etc. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por NNyA y sus familias ya que están interesadas en recibir información adecuada para proteger su 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 determinar la fuerza y dirección de esta recomendación como fuerte a favor.

PERSONAS EMBARAZADAS

En personas embarazadas, se recomienda que todo profesional/personal de la salud utilice **preguntas múltiples** (autoadministradas o no) como parte de una entrevista empática para conocer si la embarazada fuma ya que este tipo de preguntas aumentarían la respuesta sincera de estatus tabáquico.

COMENTARIO R39: diversas encuestas muestran que un 15-20% de las embarazadas en Argentina fuman. En nuestro país se ha validado un cuestionario que consta de 5 afirmaciones que pueden reflejar la situación de la embarazada:

- 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.

Utilizar este tipo de cuestionarios aumenta la respuesta sincera y facilita la intervención para promover la cesación. Las respuestas positivas a cualquiera de las cuatro primeras preguntas requieren intervención, incluso si dejó al enterarse que estaba embarazada.

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 personas embarazadas que fuman (13% vs 9%). Calidad global de la evidencia: baja.

Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado. El panel opinó en que existe un balance positivo de implementar esta recomendación ya que la embarazada sufre gran presión social para no fumar y puede cohibirse en la evaluación de consumo de tabaco. El panel también enfatizó la importancia de intervenir siempre, aún si dejó de fumar al

39

Fuerte

		saber que está embarazada y motivar a seguir sin fumar luego del parto y lactancia. El panel opinó que las preguntas múltiples y abiertas son aceptadas por las personas embarazadas y generan más sinceridad en las respuestas, logrando un clima de empatía, y comprensión 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.
40*	Fuerte	Se recomienda alertar a las personas embarazadas acerca del riesgo del tabaquismo activo y exposición al 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. COMENTARIO R40: la abstinencia en las primeras semanas de embarazo produce el mayor beneficio para el/la hijo/a y para la madre. Sin embargo, dejar de fumar en cualquier momento de la gestación genera beneficios incluso en fases avanzadas. Muchos formatos e intensidades han mostrado ser 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 y mortalidad 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/a. 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 tromboticas y, al reducir la disponibilidad del óxido nítrico, contribuyan a provocar vasoconstricción placentaria y parto prematuro. Alertar también sobre el humo de tercera mano puede contribuir particularmente al cuidado de sus hijos/as. 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 en un 4,0% (IC95% 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 en un 4,6% (IC95% 0,1 menos a 12,1 más). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i> Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado y opinó que existe un balance positivo de implementar esta recomendación debido a la morbilidad y las consecuencias perjudiciales que produce el tabaco en el embarazo, 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

		que fumen dentro del hogar y enfatizó que siempre se debe ayudar a que la embarazada deje de fumar. El panel opinó que la intervención que se propone sería 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, aunque también algunas encuentren muy difícil dejar de fumar y se las debe acompañar sin culpabilizar. 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.
41	Condicional	En mujeres embarazadas que fuman se sugiere utilizar, si están disponibles, las estrategias de retroalimentación relacionadas con mediciones bioquímicas/métodos de diagnóstico (ej. medición de monóxido de carbono exhalado) como medio de concientización tabáquico y seguimiento de la cesación porque aumentarían la tasa de cesación, con aumento de los costos y la complejidad de la atención.
		COMENTARIO R41: en nuestro medio hay experiencias favorables relacionadas con el uso de COexh. Otra estrategia de validación bioquímica como la medición de cotinina también sería efectiva, si bien su realización es más compleja. También resulta útil dar retroalimentación mientras se hacen las ecografías y que el/la obstetra o la obstétrica le advierta a la mujer sobre los daños del tabaco durante el embarazo.
		Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R41: Resumen de hallazgos: (SoF 41) Brindar retroalimentación basados en mediciones bioquímicas/biológicas a las mujeres embarazadas aumentaría la tasa de cesación durante el embarazo en un 13,0% (3,4 más a 35,2 más). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i> Conclusión del panel: El panel acordó con el análisis de la evidencia realizada. El panel opinó que probablemente exista un balance positivo de implementar esta recomendación ya que, de estar disponibles estas mediciones, inciden favorablemente en la motivación de la persona para la cesación (siempre deben acompañarse de consejería). El panel opinó que la intervención podría ser aceptada por las mujeres embarazadas que muestran sensibilidad a los riesgos de la adicción, pero que también muchas podrían negarse a realizarlo y deben ser respetadas. El beneficio neto esperado podría justificarla utilización de los recursos que conlleva por el alto impacto que tiene en la motivación. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.

En personas embarazadas que no logren la cesación con la consejería para el cambio de comportamiento, se sugiere reservar el **tratamiento farmacológico con terapia de reemplazo nicotínico** para ayudar a dejar de fumar. Esta decisión debe ser consensuada con la persona luego de informar los riesgos y beneficios de su uso.

COMENTARIO R42: el uso de fármacos es muy restringido en el embarazo. La terapia de reemplazo nicotínico puede ser útil si bien todavía existe 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 la vareniclina en embarazo.

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 en un 3,5%(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). *Calidad global de la evidencia: baja.*

Conclusión del panel: el panel acordó con el análisis de la evidencia realizado y con que existe un balance probablemente positivo pero estrecho de implementar esta recomendación en casos de adicción alta, donde no es posible llegar a la cesación con consejería y acompañamiento. En esos casos, el uso de terapia de reemplazo resulta beneficioso y menos dañino que continuar fumando, (excluyendo el primer trimestre). El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por mujeres embarazadas adecuadamente informadas acerca del balance riesgo-beneficio pero que muchas podrían preferir no usar fármacos en ningún momento del embarazo. El panel opinó que el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza y dirección de la recomendación como condicional a favor.

PERSONAS CON PADECIMIENTOS MENTALES

43	Condicional	En personas con antecedentes de padecimientos mentales (depresión, esquizofrenia, bipolaridad) se sugiere el uso de terapias farmacológicas (bupropión, terapia de reemplazo nicotínico, vareniclina) porque muy probablemente aumenten la tasa de cesación. COMENTARIO R43: se observa que la población de personas con padecimientos mentales suele presentar alta dependencia a la nicotina. Existe evaluación sobre las combinaciones de bupropión y TRN. Los estudios con la combinación de TRN y vareniclina excluyen a personas con padecimientos mentales. Es importante trabajar de manera coordinada con el equipo de salud mental. Para conocer más aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con padecimientos mentales? Guía para lectura rápida del equipo de salud (06). Ministerio de Salud. Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R43: Resumen de hallazgos: (SoF 43) el bupropión probablemente aumente la tasa de cesación en personas con esquizofrenia y trastornos bipolares en un 4,6% (IC95% 1,8 menos a 32 más). Vareniclina probablemente aumente la tasa de cesación en personas con depresión o trastorno bipolar en un 11,2% (IC95% 0,3 más a 48,3 más). TRN muy probablemente aumente la tasa de cesación en padecimientos mentales esquizofrenia y trastornos afectivos y bipolaridad en un 6,9% (IC95% 0,4 más a 23,1 más). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i> 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 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 opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada porque muchas personas con padecimientos mentales desean dejar de fumar y requieren intervenciones más intensivas y adecuado acompañamiento, sin embargo, en muchos casos podría afectar la estabilidad de su salud mental y sería necesario acordar con el equipo tratante la oportunidad de tratamiento. El panel opinó que el beneficio neto esperado podría justificar la utilización de los recursos que conlleva ya que son personas con alta dependencia al tabaco y comorbilidades donde la cesación tabáquica disminuye riesgos y mejora la calidad de vida. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como condicional a favor.
44	Condicional	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

COMENTARIO R44: estas personas presentan una prevalencia de tabaquismo mucho mayor que la población general, con criterio de alta dependencia a la nicotina y potenciación de sus consecuencias negativas.

Para conocer más aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con padecimientos mentales? Guía para lectura rápida del equipo de salud (06). Ministerio de Salud.

Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R44:

Resumen de hallazgos: (SoF 44) en personas con consumo problemático de sustancias, el tratamiento comportamental podría aumentar la tasa de cesación en un 1,5% (IC95% 0,5 menos a 4,4 más); la farmacoterapia (TRN, bupropión, vareniclina) podría aumentar la tasa de cesación en un 12,0% (IC95% 5 más a 21,3 más) y la combinación de terapias comportamental y farmacológica podría aumentar la tasa de cesación en un 6,8% (IC95% 3,6 más a 10,9 más) comparado con no intervenir. *Calidad global de la evidencia: baja.*

Conclusión del panel: el panel acordó con la valoración de la evidencia analizada y opinó que existe un balance probablemente 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 opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por parte de la población objetivo pero que otras personas podrían no aceptarlo. Si bien el abordaje es complejo y se suelen requerir equipos multidisciplinarios, el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva ya que son personas con alta dependencia y comorbilidades donde la cesación disminuye riesgos y mejora la calidad de vida. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como condicional a favor.

PERSONAS INTERNADAS, EN PLAN DE CIRUGÍAS, CON EPOC, CON ENFERMEDADES CARDIOLÓGICAS, CON VIH Y CON PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS

45

Fuerte

En toda **persona internada** se recomienda 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

COMENTARIO R45: la sola internación aumenta la posibilidad de cesación. Durante el periodo de internación se incluyen las recomendaciones de interrogar y anotar en la historia clínica el estatus tabáquico (ej: en la lista de problemas activos y en la epicrisis). Respetar los ALH, regulados por la ley nacional 26.687/11, en todas las etapas de la internación y en los vehículos de traslado.

Para conocer más aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a la persona internada? Guía para lectura rápida del equipo de salud (03). Ministerio de Salud.

		Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R45: 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% (IC95% 8,3 más a 16,9 más). Las intervenciones comportamentales con TRN muy probablemente aumentan la tasa de cesación en un 5,3% (IC95% 0,9 menos a 15,1 más) comparado con no intervenir. <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i> 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, opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo ya que la internación es un buen momento para reconocer la importancia de la salud, el estado de dependencia/adicción y poder iniciar intervenciones ya que hay más tiempo de contacto del equipo de salud con la persona que fuma. El panel opinó que el beneficio neto esperado podría justificarla utilización de los recursos que conlleva con mínimo a nulo aumento de los costos y que, desde la ley nacional del 2011, las personas 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.
46	Fuerte	En personas que fuman y se encuentran en plan de cirugía, se recomiendan las intervenciones de cesación (conductuales y farmacológicas) previas a la operación ya que muy probablemente aumenten la tasa de cesación al momento de la cirugía y mejoren la evolución postoperatoria. COMENTARIO R46: para conocer más aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a la persona internada? Guía para lectura rápida del equipo de salud (03). Ministerio de Salud. Marco de traspaso de la evidencia a la recomendación de la R46: 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% (IC95% 16,7 más a 115,4 más). Las intervenciones breves aumentan la tasa de cesación antes de la cirugía en un 11,5% (IC95% 6,1 más a 17,7 más). Las intervenciones intensivas con múltiples contactos muy probablemente disminuyan las complicaciones postoperatorias en un 26,8% (IC95% 33,7 menos a 16,2 menos) al igual que las intervenciones breves a tal fin en un 2,5% menos (IC95% 8,6 menos a 5,9 más). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i> 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 las complicaciones perioperatorias. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo ya que está interesada en la buena evolución de sus 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 al equipo de cirugía y anestelistas 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.
47	Fuerte	En personas que fuman y que presentan enfermedad cardiovascular se recomienda las intervenciones de cesación (conductuales y farmacológicas) ya que muy probablemente aumenten la tasa de cesación.
		COMENTARIO R47: fumar tabaco 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.
		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 (IC95% 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 -IC95% 0,4 menos a 0,2 más), bupropión podría raramente asociarse con ECVM (0,1% más -IC95% 0,2 menos a 0,8 más-) y TRN podría no asociarse con ECVM (0,2% menos - IC95% 0,3 menos a 0,4 más-). <i>Calidad global de la evidencia: moderada.</i> 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 opinó que las estrategias conductuales y farmacológicas podrían ser aceptadas por las personas con enfermedad cardiovascular ya que muy mayoritariamente se identifica al tabaco como su causante y agravante y que el beneficio neto esperado justificaría 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/as cardiólogos/as 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.
48	Fuerte	En personas que fuman y que presentan Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se recomiendan las terapias comportamentales y farmacológicas (terapia de reemplazo nicotínico, bupropión y vareniclina) ya que aumentarían la tasa de cesación.

		COMENTARIO R48: la EPOC es consecuencia directa del cigarrillo en más del 80% de los casos y la cesación aumenta la sobrevida y la calidad de vida. Para conocer más aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)? Guía para lectura rápida del equipo de salud (05). Ministerio de Salud. 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 personas que fuman y que padecen EPOC en un 4,2% (1,2 más a 13,6 más), y combinado con tratamiento farmacológico en un 10,2% (IC95% 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> 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 de la EPOC en una altísima proporción, existe siempre un balance positivo en la implementación de esta recomendación. El panel opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo ya que las personas con EPOC son una población especial con alta dependencia y con mayor dificultad en alcanzar la cesación, por ello, el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva debido a que solo con el dejar de fumar se reducen las complicaciones (exacerbaciones que deterioran su función, internaciones, uso de oxigenoterapia, depresión, etc.) y el empeoramiento de la enfermedad de base. El panel consideró que la intervención analizada es de fácil implementación debido a que los/as 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.
49	Fuerte	En personas que fuman y que presentan VIH (+) se recomienda aconsejar dejar de fumar y las intervenciones de cesación (conductuales y farmacológicas) ya que esto aumentaría la tasa de cesación al menos a corto plazo. COMENTARIO R49: dejar de fumar mejora específicamente la sobrevida y la calidad de vida en personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH+). Para aplicaciones prácticas de esta recomendación (por ejemplo, interacciones de fármacos de cesación con antirretrovirales) ver: ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) +? Guía para lectura rápida del equipo de salud (04). Ministerio de Salud. 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 luego de 6 o más meses RR 1,00 (IC95% 0,72 a 1,39). <i>Calidad global de la evidencia: baja.</i> 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 opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo ya que mejora la calidad de vida y sobrevida y que el beneficio neto esperado justificaría 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 que trata este grupo de personas. Por todo ello, el panel alcanzó consenso en mantener la fuerza de esta recomendación como fuerte a favor.
50	Fuerte	En personas que fuman y que presentan patología oncológica se recomiendan las intervenciones de cesación (conductuales y farmacológicas) ya que muy probablemente aumenten la tasa de cesación. 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 efectividad de la quimioterapia. Para aplicaciones prácticas de esta recomendación ver: ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con enfermedad oncológica? Guía para lectura rápida del equipo de salud (02). Ministerio de Salud. 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% (IC95% 1,1 menos a 11,3 más) en personas con enfermedades oncológicas. 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 opinó que la intervención que se propone podría ser aceptada por la población objetivo y que el beneficio neto esperado justificaría la utilización de los recursos que conlleva ya que mejora la calidad de vida y sobrevida y disminuye el riesgo de aparición de un segundo tumor. El panel consideró que la intervención analizada es de fácil implementación y que los y las 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

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. El sistema GRADE ha identificado cinco situaciones paradigmáticas en las cuales se garantizan recomendaciones 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 cada recomendación, considera todos los desenlaces. El sistema GRADE recomienda que para esta evaluación general se considere la importancia relativa de todos 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 afectaría la recomendación, se conserve el mejor puntaje. Esta última opción es la utilizada generalmente en las GPC de la DNAIENT.

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 (y sus juicios de la calidad de la evidencia aparecen en las explicaciones) y descripción narrativa de los resultados (*¿qué pasa?*).

La calidad de la evidencia admite ser traducida 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 puede acompañar de adjetivos que expresan la magnitud del efecto como “ligera”, “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.
- La calificación de la calidad de la evidencia para cada desenlace (puede variar entre desenlaces).
- El *¿Qué pasa?*: una valoración sobre la magnitud del efecto absoluto y la certeza en la evidencia.
- Las explicaciones: en caso de ser necesario, acerca de la información en la tabla.

SoF 1. Interrogar consumo de tabaco y registrarlo comparado con no hacerlo en personas que fuman

Población: personas que fuman

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: interrogar consumo de tabaco y registrarlo

Comparación: no hacerlo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin intervención	Interrogar y registrar	Diferencia		
Tasa de intervención del equipo de salud Nº de participantes: (9 ECA) ¹	OR 3,1 (2,2 a 4,2)	3,7% ²	10,6% (7,8 a 13,9) ¹	6,9% más (4,1 más a 10,2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Interrogar y registrar el consumo muy probablemente aumente la tasa de intervención por parte del equipo de salud.
Tasa de cesación Nº de participantes: (3 ECA) ¹	OR 2,0 (0,8 a 4,8)	3,7% ²	7,1% (3 a 15,6)	3,4% más (0,7 menos a 11,9 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^{a,b}	Interrogar y registrar el estatus de fumador muy probablemente aumente la tasa de cesación.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). **CI:** Intervalo de confianza

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Riesgo de sesgo.
- El efecto incluye la posibilidad de no beneficio, pero la imprecisión es aceptable por lo cual no se disminuye.

Referencias

- Fiore M, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, EE.UU. 2000.
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013.

SoF 2a. Consejo médico comparado con no hacerlo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: consejo médico
Comparación: no consejo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin consejo médico	Consejo médico	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 3 años Nº de participantes: 13724 (17 ECA) ^{1,b}	RR 1,66 (1,42 a 1,94)	3,7%	6,2% (5,3 a 7,2)	2,5% más (1,6 más a 3,5 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	El consejo médico muy probablemente aumente la tasa de cesación

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
CI: Intervalo de confianza
RR: Razón de riesgo

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- a. Riesgo de sesgo: tres estudios eran aleatorizados por cluster y cuatro estudios presentaban sesgo de selección ya que se asignaba la intervención por día de la visita.
- b. Los comparadores incluyeron ninguna intervención, cuidado habitual, pregunta sobre el estado tabáquico o automonitoreo del consumo.

Referencias

- 1. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013.

SoF 2b. Consejo, asesoría y/o estrategias para dejar provistas por enfermería comparado con no hacerlo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: Atención ambulatoria
Intervención: consejo, asesoría y/o estrategias para dejar provistas por enfermería
Comparación: cuidado habitual

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin consejo	Consejo	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 18 meses Nº de participantes: 20.881 (44 ECA) ¹	RR 1,29 (1,21 a 1,38)	12,2%	15,7% (14,7 a 16,8)	3,5% más (2,6 más a 4,6 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	El consejo, asesoría y estrategias para dejar provistas por enfermería muy probablemente aumenten la tasa de cesación

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. Incluye interrogar, aconsejar y proveer plan de acción en intervención breve e intensiva

Referencias

1. Rice VH, Heath L, Livingstone - Banks J, Hartmann - Boyce, J. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017.

SoF 3. Consejo y consejería práctica provistos por el equipo de salud comparado con no hacerlo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: consejo y consejería práctica provistos por equipo de salud

Comparación: cuidado habitual

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin intervención	Consejo y consejería	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 24 meses Nº de participantes: 7294 (8 ECA) ¹	OR 1,74 (1,33 a 2,27)	6,0% ²	10,0% (7,8 a 12,6)	4,0% más (1,8 más a 6,6 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Las intervenciones de cesación provistas por odontólogos aumentan la tasa de cesación.
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 1614 (6 ECA) ²	RR 2,30 (1,33 a 3,97)	6,0%	13,8% (8 a 23,7)	7,8% más (2 más a 17,8 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	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.

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. Riesgo de sesgo alto o no claro en todos los estudios.

Referencias

1. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2012.
2. Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, Bond CM. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.

SoF 4. Intervenciones basadas en estadios de cambio comparado con otras intervenciones o con no hacerlo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: Atención ambulatoria
Intervención: intervenciones basadas en estadio de cambio
Comparación: otras intervenciones o cuidado habitual

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin intervención	Estadios de cambio	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: (12 ECA) ¹	RR 1,32 (1,17 a 1,48)	3,7% ²	4,9% (4,3 a 5,5)	1,2% más (0,6 más a 1,8 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Los materiales de autoayuda basados en estadio de cambio probablemente aumenten la tasa de cesación.
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: (13 ECA) ¹	RR 1,24 (1,08 a 1,42)	3,7% ²	4,6% (4 a 5,3)	0,9% más (0,3 más a 1,6 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	El acompañamiento conductual basado en estadio de cambio probablemente aumente la tasa de cesación comparada con cuidado habitual u otras intervenciones.

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

a. Riesgo de sesgo no claro en la mayoría de los estudios

Referencias

1. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2010.
2. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013.

SoF 5. Intensidades de entrevista motivacional comparado con cuidado habitual en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: entrevista motivacional
Comparación: cuidado habitual

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin o baja intensidad entrevista motivacional	Con entrevista motivacional a baja o alta intensidad	Diferencia		
Tasa de cesación (cesación continua o abstinencia puntual) Evaluado con: autorreporte o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 684 (4 ECA) ¹	RR 0,84 (0,63 a 1,12)	22,4%	18,8% (14,1 a 25,1)	3,6% menos (8,3 menos a 2,7 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	La entrevista motivacional a baja intensidad comparada con ningún tratamiento no modificaría la tasa de cesación
Tasa de cesación (abstinencia continua o cesación puntual) Evaluado con: autorreporte o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 5620 (5 ECA) ¹	RR 1,23 (1,11 a 1,37)	16,8%	20,6% (18,6 a 23)	3,9% más (1,8 más a 6,2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^c	La entrevista motivacional de alta intensidad comparada con baja intensidad, muy probablemente aumente la tasa de cesación.

GRADE Working Group: grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Riesgo de sesgo alto o no precisado en todos los estudios
- El efecto incluye la posibilidad de no beneficio
- Riesgo de sesgo alto en 3 de 5 estudios, modificación en el análisis de sensibilidad al removerlos.

Referencias

- Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.

SoF 6a. Uso de mediciones biológicas de riesgo comparado con no usarlas en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Intervención: mediciones biológicas de riesgo a.

Comparación: no usarlas

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin medición	Con medición	Diferencia		
Tasa de cesación a 6+ meses Evaluado con: autoreporte o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 2368 (5 ECA) ^{1,a}	RR 1,00 (0,83 a 1,21)	15,3%	15,3% (12,7 a 18,5)	0,0% menos (2,6 menos a 3,2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	Las mediciones biológicas monóxido de carbono exhalado o cotinina muy probablemente no tengan ningún efecto en la tasa de cesación.
Tasa de cesación a 6+ meses Evaluado con: Autorreporte o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 2104 (5 ECA) ^{1,d}	RR 0,80 (0,63 a 1,01)	12,5%	10,0% (7,9 a 12,6) ^{a,d}	2,5% menos (4,6 menos a 0,1 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}	Las mediciones biológicas de riesgo basadas en determinación individual de riesgo para cáncer o enfermedad de Crohn no producirían diferencias en la tasa de cesación.

Explicaciones

- De los estudios que reportaban estos datos, la media de edad de los participantes varió entre 31,7 y 53,0 años. La proporción de mujeres varió entre 4% y 65%. La media de número de cigarrillos por día varió entre 11,9 y 29,2. Los pocos estudios identificaron la etapa del fumador presentaban en preparación entre 17 y 37,5%.
- Tres estudios con alto riesgo de sesgo y dos estudios con riesgo de sesgo claro.
- Imprecisión: el IC95% comprende tanto la posibilidad de beneficio como de no beneficio.
- Marcadores genéticos de riesgo para cáncer y enfermedad de Crohn. Un estudio fue en el marco de una clínica de cesación y recibían además la cointervención de COexh.

Referencias

- Clair C, Mueller Y, Livingstone-Banks J, Burnand B, Camain JY, Cornuz J, Rège-Walther M, Selby K, Bize R. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.

SoF 6b. Mediciones biológicas de riesgo comparado con no usarlas, en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Intervención: mediciones biológicas de riesgo ^a.

Comparación: no usarlas

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin medición	Con medición	Diferencia		
Tasa de cesación a 6+ meses Evaluado con: Autorreporte o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 1728 (5 ECA) ¹	RR 1,24 (0,83 a 1,84)	8,5%	10,5% (7,1 a 15,6) ^f	2,0% más (1,4 menos a 7,1 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Las mediciones biológicas de riesgo basadas de detección de daño por fumar (espirometría sola o informada como edad pulmonar) aumentarían poco la tasa de cesación.
Tasa de cesación a 6+ meses Evaluado con: Autorreporte o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 895 (4 ECA) ^{1, c}	RR 1,27 (0,74 a 2,18)	12,7%	16,2% (9,4 a 27,7)	3,4% más (3,3 menos a 15 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Las mediciones biológicas de riesgo basadas en determinación de daño por fumar (espirometría con medición de COexh) aumentaría poco la tasa de cesación.
Tasa de cesación a 6+ meses Evaluado con: Autorreporte o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 691 (2 ECA) ¹	RR 1,56 (0,67 a 3,66)	18,3%	28,6% (12,3 a 67,1) ⁱ	10,3% más (6,1 menos a 48,8 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Las mediciones biológicas de riesgo basadas en detección de daño por fumar (ultrasonido carotídeo) podría aumentar poco la tasa de cesación.

Explicaciones

- Imprecisión: el IC95% comprende tanto la posibilidad de beneficio como de no beneficio.
- Estudios con alto riesgo de sesgo
- Tres de los cuatro estudios media prevalencia puntual. La media de cig/día varió entre 20 y 29,2. Los ámbitos fueron variados: APS, centro de veteranos y clínica de cesación. Un estudio presentaba un 24,2% de personas fumadoras preparados para dejar. Las intervenciones incluían manuales de autoayuda, información sobre líneas telefónicas para dejar de fumar, conversaciones para explicar los daños de 20 a 50 minutos tanto en la intervención como en el control.

Referencias

- Clair C, Mueller Y, Livingstone-Banks J, Burnand B, Camain JY, Cornuz J, Rège-Walther M, Selby K, Bize R. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019

SoF 7. Intervenciones breves comparado con cuidado habitual en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: atención primaria
Intervención: intervenciones breves.
Comparación: cuidado habitual

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin intervención	Intervención breve	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: (36 ECA) ^{1,a}	OR 1,78 (1,44 a 2,21)	3,7% ²	6,4% (5,3 a 7,9)	2,7% más (1,5 más a 4,1 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Las intervenciones breves (consejo de cesación, intervención motivacional, consejería práctica, 5 A, etc.) aumentan la tasa de cesación

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

OR: Razón de momios

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- a. Las intervenciones breves incluidas tenían en promedio 43 minutos totales de duración. Comprendían consejo de cesación, intervención motivacional, consejería práctica, 5 As, etc.

Referencias

1. Wray JM, Funderburk JS, Acker JD, Wray LO, Maisto SA. A Meta-Analysis of Brief Tobacco Interventions for Use in Integrated Primary Care. Nicotine & Tobacco Research; 2018.
2. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013.

SoF 8a. Consejería individual intensiva o apoyo conductual presencial intensivo comparado con intervención breve presencial en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: Atención ambulatoria

Intervención: consejería individual o apoyo conductual presencial de alta intensidad

Comparación: consejería individual o apoyo conductual presencial de baja intensidad

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Intervención Breve	Intervención Intensiva	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 2.920(11 ECA) ¹	RR 1,29 (1,04 a 1,52)	12,7%	16,4% (13,2 a 19,4)	3,7% más (0,5 más a 6,6 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	La consejería individual de alta intensidad (mayor número y tiempo de contactos) aumenta la tasa de cesación.
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 21.997(63 ECA) ²	RR 1,15 (1,08 a 1,22)	19,7%	22,7% (21,3 a 24,1)	3,0% más (1,6 más a 4,3 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Fármacos y apoyo conductual presencial de alta intensidad (mayor número de contactos) aumenta la tasa de cesación.
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 4.018(8 ECA) ²	RR 1,20 (1,02 a 1,43)	17,4%	20,9% (17,7 a 24,9)	3,5% más (0,3 más a 7,5 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Fármacos y más de cuatro contactos de apoyo presencial aumentan la tasa de cesación.
tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 1063(8 ECA) ²	RR 1,05 (0,70 a 1,57)	18,6%	19,5% (13 a 29,2)	0,9% más (5,6 menos a 10,6 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Fármacos y apoyo conductual presencial de más de 8 contactos probablemente aumente la tasa de cesación, comparado con 1 a 3 contactos.
tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 9579(18 ECA) ²	RR 1,10 (1,01 a 1,19)	21,6%	23,8% (21,8 a 25,7)	2,2% más (0,2 más a 4,1 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Fármacos y apoyo conductual presencial de 4 a 8 contactos aumenta la tasa de cesación comparado con 1 a 3 contactos.

Explicaciones

- a. Los márgenes del intervalo de confianza incluyen la posibilidad de ausencia de efecto

Referencias

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017.
2. 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 of Systematic Reviews; 2019.

SoF. 8b. Tratamiento grupal vs comparadores en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: Atención ambulatoria
Intervención: tratamiento grupal
Comparación: varios comparadores

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		comparador	Tratamiento grupal	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 a 60 meses Nº de participantes: 1098 (9 ECA) ^{1,a}	RR 2,60 (1,80 a 3,76)	6.7%	17.5% (12.1 a 25.3)	10.8% más (5,4 más a 18,6 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	El tratamiento grupal comparado con la ausencia de intervención aumenta la tasa de cesación.
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 a 60 meses Nº de participantes: 4395 (13 ECA) ^{1,b}	RR 1,88 (1,52 a 2,33)	5.8%	10.9% (8.8 a 13.5)	5.1% más (3 más a 7,7 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO °	El tratamiento grupal comparado con la provisión de materiales escritos de autoayuda muy probablemente aumente la tasa de cesación.
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 a 60 meses Nº de participantes: 7601 (16 ECA) ¹	RR 1,25 (1,07 a 1,46)	7.9%	9.9% (8.5 a 11.6)	2.0% más (0,6 más a 3,7 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO °	El tratamiento grupal muy probablemente aumente la tasa de cesación comparado con el consejo breve o charlas de concientización
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 a 60 meses Nº de participantes: 980 (6 ECA) ¹	RR 0,99 (0,76 a 1,28)	18.1%	18.0% (13.8 a 23.2)	0.2% menos (4,4 menos a 5,1 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO °	El tratamiento grupal y el tratamiento individual presencial muy probablemente tengan efecto similar en la tasa de cesación

Explicaciones

En la mayoría de los estudios el tiempo total de la intervención grupal tuvo un rango entre 300 a 1080 minutos, las reuniones se distribuyeron entre 2 a 12 semanas.

Explicaciones

- a. En la mayoría de los estudios el tiempo total de la intervención grupal tuvo un rango entre 300 a 1080 minutos, las reuniones se distribuyeron entre 2 a 12 semanas.
- b. El tiempo total de la intervención grupal tuvo un rango entre 240 a 960 minutos, las reuniones se distribuyeron en un rango entre 3 semanas a 6 meses, la mayoría entre 5 a 8 semanas.
- c. Riesgo de sesgo en la asignación y ocultamiento del tratamiento.

Referencias

- 1. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017.

SoF 8.c. Consejería individual comparado con cuidado habitual, consejo breve o folletería en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: Atención ambulatoria
Intervención: consejería individual
Comparación: cuidado habitual, consejo breve o folletería

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Consejo breve o folletería	Consejería individual	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 24 meses Nº de participantes: 11.100 (27 ECA) ¹	RR 1,57 (1,40 a 1,77)	7,0%	11,0% (9,8 a 12,4)	4,0% más (2,8 más a 5,4 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	La consejería individual aumenta la tasa de cesación comparada con cuidado habitual, consejo breve o folletería,

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Referencias

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017.

SoF 9. Intervenciones provistas por más de un tipo de profesional sanitario comparado con no intervención en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: intervenciones provistas por más de un tipo de profesional sanitario (no incluye medicación)

Comparación: no intervención

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%) Diferencia	Certeza	Qué pasa
Tasa de cesación Seguimiento: rango 6 meses a 3 años Nº de participantes: (37 ECA) ¹	Comparado con la no intervención: la intervención provista por un tipo de profesional sanitario aumenta la tasa de cesación OR 1,8 IC95% 1,5 a 2,2; la intervención provista por dos tipos de profesionales aumenta la tasa de cesación OR 2,5 IC95% 1,9 a 3,4; y la provista por tres tipos de profesionales OR 2,4 IC95% 2,1 a 2,9.		⊕⊕○○ BAJA ^a	Las intervenciones provistas por dos o tres tipos de profesionales sanitarios podrían aumentar de manera similar la tasa de cesación.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

OR: Razón de momios

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- a. Riesgo de sesgo muy serio: inclusión de estudios aleatorizados por clusters. Posible efecto confundidor del tiempo total de la intervención como factor de aumento de la cesación.

Referencias

1. Michael C. Fiore (Panel Chair), Carlos Roberto Jaén, (Panel Vice Chair), Timothy B. Baker (Senior Scientist) y col. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services; 2008.

SoF 10. Consejería para la modificación del comportamiento comparado con cuidado habitual u otras intervenciones en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: consejería para la modificación del comportamiento

Comparación: cuidado habitual u otras intervenciones

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin consejería	Con consejería	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 585 (3 ECA) ¹	RR 1,29 (0,90 a 1,85)	19,0%	24,5% (17,1 a 35,1)	5,5% más (1,9 menos a 16,1 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	La consejería para la modificación del comportamiento muy probablemente aumente la tasa de cesación comparada con cuidado habitual
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Nº de participantes: 850 (6 ECA) ¹	RR 2,05 (1,09 a 3,86)	11,1%	22,7% (12,1 a 42,8)	11,6% más (1 más a 31,7 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	La consejería para la modificación del comportamiento muy probablemente aumente la tasa de cesación comparada con otras intervenciones (ejercicio, educación, consejo médico)
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 12 meses a 12 meses Nº de participantes: 71 (1 ECA) ¹	RR 6,17 (0,76 a 48,68)	2,8%	17,1% (2,1 a 100)	14,4% más (0,7 menos a 132,4 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	La consejería para la modificación del comportamiento junto con bupropión aumentaría la tasa de cesación comparada con algún acompañamiento de soporte más bupropión.

Explicaciones

- a. Imprecisión: los márgenes del intervalo de confianza incluyen la posibilidad de ausencia de efecto.
- b. Riesgo de sesgo de selección

Referencias

1. Denison E, Underland V, Mosdøl A, Vist GE. Cognitive therapies for smoking cessation: a systematic review. The Norwegian Institute of Public Health; 2017.

SoF 11. Línea proactiva comparado con intervención mínima/cuidado habitual en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: Intervenciones sistémicas
Intervención: línea proactiva
Comparación: intervención mínima/cuidado habitual

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		intervención mínima/cuidado habitual	Línea proactiva	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 30 meses Nº de participantes: 30.246 (51 ECA) ¹	RR 1,27 (1,20 a 1,36)	9,7%	12,3% (11,6 a 13,2)	2,6% más (1,9 más a 3,5 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Las líneas proactivas aumentan la tasa de cesación comparadas con intervención mínima o cuidado habitual.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Referencias

1. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, and Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013.

SoF 12a. Consejería individual o grupal por teleconsulta comparado con consejería individual por teléfono en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: consejería individual o grupal para modificación de comportamiento por telemedicina

Comparación: consejería individual por teléfono

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Línea telefónica	Con teleconsulta	Diferencia		
Tasa de cesación a 6+ meses Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 608 (2 ECA) ^{1,a}	RR 2,15 (0,38 a 2,04)	7,2%	15,4% (2,7 a 14,6) ^a	8,2% más (4,4 menos a 7,5 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	La consejería individual o grupal para modificación de comportamiento por teleconsulta muy probablemente sea tan efectiva como la consejería telefónica en aumentar la tasa de cesación a 6+ meses.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- Los estudios se realizaron en mayores de 18 años, que fuman 5 o más cig/día. En un estudio (Kim 2018) se trataba de personas con VIH que se hallaban en el estadio de paso a la acción y en el otro (Richter 2015) 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 PC o celular y fue comparada con consejería telefónica en todos los estudios usando software IMO o Polycom con componentes de entrevista motivacional o terapia cognitivo conductual
- El intervalo de confianza incluye la posibilidad de no efecto.

Referencias

- Tzelepis F, Paul CL, Williams CM, Gilligan RK, Byrnes E, Byaruhanga J, McFadyen T, Wiggers J. Real-time video counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.

SoF 12b. Intervenciones interactivas basadas en Internet comparado con no intervención/otras intervenciones en personas fumadoras de 18 o más años

Población: personas fumadoras

Configuración: Atención ambulatoria

Intervención: Intervenciones interactivas basadas en Internet. 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.

Comparación: no intervención/otras intervenciones

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Línea telefónica	Con teleconsulta	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 1 a 12 meses Nº de participantes: 3992 (4 ECA) ¹	RR 1,60 (1,15 a 2,21)	6,1%	9,7% (7 a 13,4)	3,6% más (0,9 más a 7,3 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Las intervenciones interactivas basadas en Internet muy probablemente aumenten la tasa de cesación comparadas con la ausencia de intervención.
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 1 a 12 meses Nº de participantes: 904 (4 ECA) ¹	RR 1,35 (0,97 a 1,87)	10,7%	14,4% (10,3 a 19,9)	3,7% más (0,3 menos a 9,3 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}	Las intervenciones interactivas basadas en Internet podrían ser equivalente a la atención presencial para la tasa de cesación
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 1 a 12 meses Nº de participantes: 1347 (2 ECA) ¹	RR 0,95 (0,79 a 1,13)	27,5%	26,1% (21,7 a 31,1)	1,4% menos (5,8 menos a 3,6 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}	Las intervenciones interactivas basadas en Internet podrían ser equivalentes a la atención por líneas telefónicas para la tasa de cesación
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 1 a 12 meses Nº de participantes: 688 (2 ECA) ¹	RR 2,10 (1,25 a 3,52)	10,4%	21,9% (13 a 36,7)	11,5% más (2,6 más a 26,3 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Las intervenciones interactivas basadas en internet son efectivas comparadas con materiales impresos.

Explicaciones

- Riesgo de sesgo indeterminado: todos los autores pertenecen a empresas que prestan servicios de cesación vinculados a la intervención evaluada.
- Riesgo de sesgo: tres de los cuatro ECA presentaban dudoso o alto riesgo de sesgo al menos en uno de los cinco criterios evaluados (riesgo de selección, riesgo de sesgo de reporte, etc.).
- Imprecisión: el IC95% pasa la línea del no efecto.

Referencias

- Graham AI, Carpenter KM, Cha S, Cole S, Jacobs MA, Raskob M, Cole-Lewis H. Systematic review and meta-analysis of Internet interventions for smoking cessation among adults. Substance Abuse and Rehabilitation; 2016.

SoF 13. Intervenciones basadas en celulares comparado con controles en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: intervenciones basadas en celulares

Comparación: controles

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Comparador	Basado en celulares	Diferencia		
Tasa de cesación a 6 meses o más (SMS más Apps) Evaluado con: autorreporte y/o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 11.885 (12 ECA) ^{1,a}	RR 1,67 (1,46 a 1,90)	5,6%	9,3% (8,1 a 10,6)	3,7% más (2,6 más a 5 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Las intervenciones basadas en celulares (traccionada por efectividad de SMS) aumentan la tasa de cesación a 6 meses o más comparadas con intervenciones de baja intensidad
Tasa de cesación a 6 meses (App) evaluado con: Autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 3079 (5 ECA) ²	RR 1,00 (0,66 a 1,52)	7,7%	7,7% (5,1 a 11,7)	0,0% menos (2,6 menos a 4 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}	Las aplicaciones de celulares inteligentes no aumentarían la tasa de cesación comparadas con apoyo de baja intensidad
Tasa de cesación a 12 meses Evaluado con: autorreporte Seguimiento: rango 3 12 meses Nº de participantes: 2415 (1 ECA) ^{3,b}	OR 1,49 (1,22 a 1,83)	18,7%	25,6% (22 a 29,7)	6,8% más (3,2 más a 10,9 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Una aplicación basada en valores, testimonios, ludificación y aceptación aumenta la tasa de cesación a 12 meses comparada con una aplicación basada en información sobre riesgo y evitación de situaciones gatillo.

Explicaciones

- Las intervenciones fueron mayormente envío de mensajes de texto solos o combinados con visitas o videos, también se incluyeron aplicaciones en el celular. 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 personas adultas, uno en VIH + y dos en población de aborígenes maoríes. Un solo estudio fue aleatorizado por conglomerados. 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.
- La App efectiva se basaba en el modelo de terapia de aceptación y compromiso que incluía valores, testimonios, ludificación y aceptación de las situaciones comparada con una aplicación basada en expectativas, información de riesgo, recompensas y evitación de las situaciones gatillo (GPC EE.UU.).
- Imprecisión muy seria: la estimación central es 1 y el IC95% muestra la posibilidad tanto de beneficio como de no beneficio.

Referencias

- Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2016.
- Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y, Dobson R. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.
- Jonathan B. Bricker, PhD, Noreen L. Watson, PhD, Kristin E. Mull, MS, Brianna M. Sullivan, MS, Jaimee L. Heffner, PhD. Efficacy of Smartphone Applications for Smoking Cessation. A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med; 2020.

SoF 14. Materiales de autoayuda comparado con ausencia de autoayuda en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: materiales impresos
Comparación: no entrega de materiales

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Comparador	Autoayuda	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 13.241 (11 ECA) ¹	RR 1,19 (1,03 a 1,37)	5,1%	6,0% (5,2 a 7)	1,0% más (0,2 más a 1,9 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	En ausencia de otras intervenciones, los materiales de autoayuda genéricos podrían aumentar mínimamente la tasa de cesación
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 14.359 (10 ECA) ¹	RR 1,34 (1,19 a 1,51)	6,7%	9,0% (8 a 10,1)	2,3% más (1,3 más a 3,4 más)	⊕⊕⊕○ MODERAD A ^a	Los materiales de autoayuda diseñados específicamente para distintas poblaciones muy probablemente aumenten la tasa de cesación solos o con una visita de explicación del programa.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
CI: Intervalo de confianza
RR: Razón de riesgo

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- El 40% de los estudios tenían riesgo de sesgo alto o no claro.
- Evidencia indirecta: Los estudios fueron realizados en países de altos ingresos y podrían no aplicarse del mismo modo en nuestro medio.

Referencias

- Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.

SoF 15a. Apoyo conductual y fármacos comparado con apoyo no presencial y fármacos en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: apoyo conductual presencial (intervención breve, consejería práctica, materiales escritos) y fármacos

Comparación: apoyo no presencial y fármacos

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Comparador	Fármacos con apoyo conductual	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 23.331 (65 ECA) ¹	RR 1,15 (1,08 a 1,22)	17,1%	19,7% (18,5 a 20,9)	2,6% más (1,4 más a 3,8 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	El apoyo conductual asociado a fármacos muy probablemente aumente la tasa de cesación comparado con poco apoyo y fármacos.
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Nº de participantes: 1.309 (8 ECA) ²	RR 1,53 (1,06 a 2,19)	23,3%	35,6% (24,7 a 50,9)	12,3% más (1,4 más a 27,7 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	La consejería para la modificación de comportamiento junto con reemplazo nicotínico podría aumentar la tasa de cesación comparada con consejo breve y reemplazo nicotínico

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- La mayoría de los estudios tenían riesgo de sesgo en la aleatorización y la asignación de tratamiento.
- Riesgo de sesgo no claro.

Referencias

- 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 of Systematic Reviews; 2019.
- Denison E, Underland V, Mosdøl A, Vist G. Cognitive therapies for smoking cessation: a systematic review. The Norwegian Institute of Public Health; 2017.

SoF. 15b. Consejería para la modificación del comportamiento más bupropión comparado con bupropión en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: bupropión más consejería para la modificación del comportamiento

Comparación: bupropión con otras intervenciones de bajo acompañamiento

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Comparador	Consejería más bupropión	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 71 (1 ECA)	RR 6,17 (0,76 a 48,68)	2,8%	17,1% (2,1 a 100)	14,4% más (0,7 menos a 132,4 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	La consejería para la modificación del comportamiento junto con bupropión muy probablemente aumente la tasa de cesación comparada bupropión.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza;

RR: Razón de riesgo

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- Imprecisión: no reúne el tamaño óptimo de la información. Un solo estudio con 71 sujetos.

Referencias

- Denison E, Underland V, Mosdøl A, Vist GE. Cognitive therapies for smoking cessation: a systematic review. The Norwegian Institute of Public Health; 2017.

SoF 16. Fármacos para la cesación comparado con no usar en personas fumadoras de menos de 10 cig/día

Población: personas fumadoras de menos de 10 cig/día

Configuración: ambulatoria

Intervención: fármacos

Comparación: no usar

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin Fármacos	Con Fármacos	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: abstinencia continua Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 93 (1 ECA) ¹	RR 4,97 (1,49 a 16,53)	8,3%	41,4% (12,4 a 100)	33,1% más (4,1 más a 129,4 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	En personas fumadoras de menos de 10 cig/día, vareniclina podría aumentar la tasa de cesación.
Tasa de cesación Evaluado con: abstinencia puntual Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 32 (1 ECA) ²	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).				⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	Existe incertidumbre si los fármacos para la cesación (parches o vareniclina) son efectivos para dejar de fumar en personas fumadoras de menos de 10 cig/día.
Tasa de cesación Evaluado con: COexh y cotinina en saliva Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 775 (1 ECA) ³	OR 1,31 (0,84 a 2,02)	10,9%	13,8% (9,3 a 19,7)	2,9% más (1,6 menos a 8,9 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{d,e,f}	Los chicles de nicotina no aumentarían la tasa de cesación en personas fumadoras de menos de 10 cigarrillos a 6 meses.

Explicaciones

- Estudio con riesgo de sesgo.
- Imprecisión: no cumple con criterio del tamaño de la información por lo que los intervalos de confianza son excesivamente amplios.
- Imprecisión muy seria por escaso n (no cumple criterio de TOI).
- Riesgo de sesgo: pérdida en el seguimiento. Los resultados autorreportados se correspondían con las determinaciones de COexh y cotinina en la mitad de los casos.
- Evidencia indirecta: estudio en afroamericanos. Esta población se reconoce como típicamente personas fumadoras de pocos cigarrillos por ser metabolizadores lentos de nicotina.
- Imprecisión: los extremos del IC95% incluyen tanto la probabilidad de efecto como de no efecto.

Referencias

- Ebbert JO, Croghan IT, Hurt RT, Schroeder DR, Taylor Hays J. Varenicline for Smoking Cessation in Light Smokers. Nicotine & Tobacco Research; 2016.
- Marcel A. de Dios, Bradley J. Anderson, Cassandra Stanton, Daniel A. Audet and Michael Stein. Project IMPACT: A pharmacotherapy pilot trial investigating the abstinence and treatment adherence of Latino light smokers. J Subst Abuse Treat; 2012.
- Mayo, Jasjit, S., Ahluwalia, Kolawole, Okuyemi, Nicole, Nollen, Won, S., Choi, Harshona, Kaur, Kim, Pulvers, Matthew, S.. The effects of nicotine gum and counseling among African American light smokers: a 2x2 factorial design. Addiction; 2006.

SoF 17. Parches de nicotina comparado con placebo o control en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: Atención ambulatoria
Intervención: parches de nicotina
Comparación: placebo o control

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin parches	Parches	Diferencia		
Tasa de cesación evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 23.976 (49 ECA) ^{1,a}	RR 1,64 (1,53 a 1,75)	9,2%	15,1% (14 a 16,1)	5,9% más (4,9 más a 6,9 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Los parches de nicotina comparados con placebo o control aumentan la tasa de cesación
Tasa de cesación evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 7.310 (15 ECA) ¹	RR 1,76 (1,54 a 2,02)	8,2%	14,5% (12,7 a 16,6)	6,3% más (4,4 más a 8,4 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Los parches de nicotina son efectivos para aumentar la tasa de cesación asociados a la intervención breve.
Tasa de cesación evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 12.709 (25 ECA) ¹	RR 1,63 (1,47 a 1,81)	8,6%	14,1% (12,7 a 15,7)	5,4% más (4,1 más a 7 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Los parches de nicotina son efectivos para aumentar la tasa de cesación en intervención intensiva.
Cefalea Seguimiento: 6 meses Nº de participantes: 4036 (1 ECA) ³	Los parches de nicotina producen cefalea en un 11,3% (233/2022) comparado con el placebo 9,9% (199/2014).				⊕⊕⊕⊕ ALTA	Los parches de nicotina producen cefalea con baja frecuencia respecto del placebo.
Irritación local evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: (49 ECA) ²	El efecto adverso del parche es la sensibilidad cutánea y la irritación local que puede afectar hasta al 54% de los usuarios pero que es usualmente leve y raramente lleva a abandonar el parche.				⊕⊕⊕⊕ ALTA	Los parches de nicotina producen irritación cutánea local leve.

Explicaciones

- a. La media de duración del tratamiento en los estudios es de 9 semanas (3 a 12 semanas). En general muestra el parche de 21 mg/24 hs y algunos estudios con 14 mg/24 hs acorde a la cantidad de cigarrillos fumados.

Referencias

- Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2018.
- 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 of Systematic Reviews; 2019.

3. 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.

SoF 18. Chicles de nicotina comparado con placebo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: ambulatoria

Intervención: chicles de nicotina

Comparación: placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Control	Chicles de nicotina	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autoreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 22581 (56 ECA) ^{1,a}	RR 1,49 (1,40 a 1,60)	10,0%	14,9% (14 a 16)	4,9% más (4 más a 6 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Los chicles de nicotina aumentan la tasa de cesación comparado con el placebo. ^b
Tasa de cesación Evaluado con: autoreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 11257 (17 ECA) ¹	RR 1,66 (1,46 a 1,88)	6,5%	10,8% (9,5 a 12,2)	4,3% más (3 más a 5,7 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Los chicles de nicotina aumentan la tasa de cesación en el marco de la intervención breve.
Tasa de cesación Evaluado con: autoreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 6891 (18 ECA) ¹	RR 1,32 (1,18 a 1,49)	12,1%	16,0% (14,3 a 18)	3,9% más (2,2 más a 5,9 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Los chicles de nicotina aumentan la tasa de cesación en el marco de la intervención intensiva individual. ^c
Efecto adverso: Hipo Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: (1 ECA) ²	Los chicles se asocian a hipo (14% vs 0% en el placebo)				⊕⊕⊕⊕ ALTA	Los chicles de nicotina aumentan el hipo.

Explicaciones

- a. En seis de los ocho estudios, los parches comenzaron a usarse en la fecha propuesta para dejar de fumar (día D).
b. La tasa de cesación sostenida a 12 meses fue RR 1,43 IC95% 1,31 a 1,56.
c. El RR de los chicles en el marco de la intervención intensiva grupal fue: RR1,57 IC95% 1,4 a 1,76.

Referencias

1. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2018.
2. T Blondal. Controlled trial of nicotine polacrilex gum with supportive measures. Archives of Internal Medicine; 1989.

SoF 19. Comprimidos dispersables de nicotina comparado con placebo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: ambulatoria tanto venta libre como prescripción
Intervención: comprimidos dispersables de nicotina
Comparación: placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Placebo	Comprimidos dispersables de nicotina	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: abstinencia continua Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 4439 (8 ECA) ^{1,a}	RR 1,52 (1,32 a 1,74)	12,9%	19,6% (17,1 a 22,5)	6,7% más (4,1 más a 9,6 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Los comprimidos de nicotina dispersables son efectivos para dejar de fumar.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
CI: Intervalo de confianza
RR: Razón de riesgo

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- a. Los estudios incluían comprimidos dispersables de 1, 2 y 4 mg, según las indicaciones del fabricante o mediciones de dependencia física (ej. tiempo al primer cigarrillo de la mañana).

Referencias

1. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2018.

SoF TRNx. Terapia de reemplazo nicotínico (TRN) comparado con no usarla en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: ambulatoria

Intervención: terapia de reemplazo nicotínico (TRN)

Comparación: no usarla

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin TRN	TRN	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autoreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 64640 (133 ECA) ^{1,a}	RR 1,55 (1,49 a 1,61)	10,5%	16,2% (15,6 a 16,8)	5,7% más (5,1 más a 6,4 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Las TRN aumentan la tasa de cesación comparado con el placebo.
Eventos cardiovasculares mayores (muerte CV, IAM y ACV no fatales – ECVm-) Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 11.647 (21 ECA) ²	RR 1,38 (0,58 a 3,26)	0,1%	0,2% (0,1 a 0,4)	0,1% más (0,1 menos a 0,3 más)	⊕⊕○○ BAJA ^b	Las TRN podrían producir aumento de ECVm muy infrecuentemente.
Palpitaciones/dolor torácico Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 11.074 (15 ECA) ²	RR 1,88 (1,37 a 2,57)	1,4%	2,6% (1,9 a 3,6)	1,2% más (0,5 más a 2,2 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Las TRN producen palpitaciones/dolor torácico con baja frecuencia.

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- De los 133 estudios comprendidos en el metaanálisis, los/as participantes fueron típicamente personas adultas, fumadoras 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 personas fumadoras de menos de 10 o de 30 o más cigarrillos.
- El IC95% comprende tanto la posibilidad de daño como de beneficio. El número de eventos es muy bajo.

Referencias

- Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2018. .
- Edward J. Mills, Kristian Thorlund, Shawn Eapen, Ping Wu, and Judith J. Prochaska. Cardiovascular Events Associated With Smoking Cessation Pharmacotherapies. A Network Meta-Analysis. Circulation; 2014.

SoF 20. Bupropión (150 a 300 mg) comparado con placebo o control en personas fumadoras

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Control	Bupropión	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 13.728 (44 ECA) ¹	RR 1,62 (1,49 a 1,76)	11,5%	18,7% (17,2 a 20,3)	7,1% más (5,6 más a 8,8 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Bupropión aumenta la tasa de cesación
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 2.042 (3 ECA) ¹	RR 1,08 (0,93 a 1,26)	23,0%	24,9% (21,4 a 29)	1,8% más (1,6 menos a 6 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA _a	Bupropión 300 y 150 mg muy probablemente aumentan la tasa de cesación de modo similar.
Efectos adversos serios Seguimiento: rango 2 a 12 meses Nº de participantes: (33 ECA) ¹	RR 1,30 (1,00 a 1,69)	1,9%	2,5% (1,9 a 3,2)	0,6% más (0 menos a 1,3 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA _a	Bupropión probablemente produzca infrecuentemente efectos adversos serios respecto al placebo.
Efectos adversos psiquiátricos Seguimiento: rango 2 a 12 meses Nº de participantes: (11 ECA) ¹	RR 0,60 (0,28 a 1,28)	0,7%	0,4% (0,2 a 0,9)	0,3% menos (0,5 menos a 0,2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA _a	Bupropión muy probablemente no incremente la tasa de eventos psiquiátricos serios comparado con el placebo.
Eventos adversos neuropsiquiátricos Evaluado con: cuestionarios ^b Seguimiento: rango 12 a 24 semanas Nº de participantes: 4.020 (1 ECA) ²	Sin patología psiquiátrica 22/989 con bupropión (2,2%) reportaron eventos psiquiátricos moderados y severos vs 24/999 (2,4%) con placebo. La diferencia de riesgo fue de -0,08 (IC95% -1,37 a 1,21). Con patología psiquiátrica (71% trastorno anímico unipolar o bipolar, 20% ansiedad y 9% psicosis) estos eventos fueron reportados por 68/1017 (6,7%) en el grupo de bupropión y 50/1015 (4,9%) en el grupo placebo. La diferencia de riesgo de 1,78 (IC95% -0,24 a 3,81)				⊕⊕⊕○ MODERADA _a	Bupropión muy probablemente no aumente los efectos adversos neuropsiquiátricos en población general pero probablemente los aumente en población con padecimiento mental previo comparado con placebo.
Efectos adversos cardiovasculares mayores Seguimiento: rango 12 a 52 semanas Nº de participantes: 4.020 (1 ECA) ³	HR 0,5 (0,1 a 2,5)	0,4%	0,2% (0 a 1)	0,2% menos (0,4 menos a 0,6 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA _a	Bupropión no se asocia a mayor riesgo de efectos adversos cardiovasculares comparado con placebo.

Explicaciones

- Imprecisión: el IC95% atraviesa la línea de no efecto pudiendo comprender tanto la posibilidad de protección como daño.
- Cuestionarios sobre ansiedad/depresión, hostilidad, alucinaciones, ideación suicida, etc.

Referencias

1. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Antidepressants for smoking cessation; 2014.
2. 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.
3. Neal L. Benowitz, Andrew Pipe, Robert West, J. Taylor Hays, Serena Tonstad, Thomas McRae, David Lawrence, Lisa St Aubin, Robert M. Anthenelli. Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers. A Randomized Clinical Trial. JAMA InternMed; 2018.

SoF 21. Vareniclina comparado con placebo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: Atención ambulatoria
Intervención: vareniclina
Comparación: placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Placebo	Vareniclina	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 12.625 (27 ECA) ¹	RR 2,24 (2,06 a 2,43)	11,1%	25,0% (23 a 27,1)	13,8% más (11,8 más a 15,9 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Vareniclina aumenta la tasa de cesación
Presencia de depresión Evaluado con: Cuestionario Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 16.189 (36 ECA) ¹	RR 0,94 (0,77 a 1,14)	2,4%	2,3% (1,9 a 2,7)	0,1% menos (0,6 menos a 0,3 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Vareniclina muy probablemente no aumente la presencia de depresión
Presencia de ideación suicida Evaluado con: Cuestionario Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 11.193 (24 ECA) ¹	RR 0,68 (0,43 a 1,07)	0,7%	0,5% (0,3 a 0,7)	0,2% menos (0,4 menos a 0 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Vareniclina muy probablemente no aumente la presencia de ideación suicida
Eventos cardiovasculares mayores (ECVM) Evaluado con: Muertes cardiovascular, IAM, ACV Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 4.030 (1 ECA) ²	HR 0,29 (0,05 a 1,68)	1,7%	0,5% (0,1 a 2,9)	1,2% menos (1,7 menos a 1,2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Vareniclina muy probablemente no aumente ECVM

Explicaciones

- a. El rango del intervalo de confianza incluye tanto la posibilidad de daño como de protección.

Referencias

1. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2016.
2. Neal L, Benowitz, Andrew Pipe, Robert West, J. Taylor Hays, Serena Tonstad, Thomas McRae, David Lawrence, Lisa St Aubin, Robert M. Anthenelli, Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers. A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med; 2018.

SoF 23. Espray nasal de nicotina comparado con placebo o control en personas fumadoras con alta dependencia

Población: personas fumadoras con alta dependencia

Configuración: ambulatoria

Intervención: espray nasal de nicotina

Comparación: placebo o control

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		placebo	Espray nasal	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 887 (4 ECA) ^{1,a}	RR 2,02 (1,49 a 2,75)	11,8%	23,9% (17,6 a 32,6)	12,1% más (5,8 más a 20,7 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	El espray nasal de nicotina aumenta la tasa de cesación en fumadores con alta dependencia.
Dependencia al espray nasal de nicotina Seguimiento: media 15 semanas Nº de participantes: (1 ECA) ²	El uso continuo de alguna terapia de reemplazo nicotínico en la semana 15 se relacionó con la tasa de liberación de nicotina de los productos: 2% para el parche, 7% para el chicle, 10% para el espray (p<0,05 para la asociación lineal)				⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	El espray nasal de nicotina probablemente se asocie con desarrollo de dependencia al espray.

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- a. Los estudios comprendían una fecha (día D) para dejar de fumar. Los estudios incorporaron personas fumadoras de entre 22 y 29 cigarrillos/día.
- b. Riesgo de sesgo.

Referencias

1. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2018.
2. Robert West, Peter Hajek, Jonathan Foulds, Fredrik Nilsson, Sylvia May & Anna Meadows. A comparison of the abuse liability and dependence potential of nicotine patch, gum, spray and inhaler. Psychopharmacology; 2000.

SoF 24. Combinación bupropión más terapia de reemplazo de nicotina (TRN) comparado con placebo en personas fumadoras con alta dependencia al tabaco

Población: personas fumadoras de alta dependencia al tabaco

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: combinación bupropión más terapia de reemplazo de e nicotina (TRN)

Comparación: placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Placebo	Combinación	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 1774 (9 ECA) ^{1,a}	RR 1,24 (0,84 a 1,84)	11,3%	14,1% (9,5 a 20,9)	2,7% más (1,8 menos a 9,5 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	La combinación de parches nicotina y bupropión muy probablemente aumente la tasa de cesación en personas fumadoras con alta dependencia
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 1051 (2 ECA) ¹	RR 1,21 (0,81 a 1,81)	26,7%	32,3% (21,6 a 48,3)	5,6% más (5,1 menos a 21,6 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	La combinación de comprimidos dispersables de nicotina y bupropión muy probablemente aumente la tasa de cesación en personas fumadoras con alta dependencia.
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 3487 (12 ECA) ^{1,a,c}	RR 1,19 (0,94 a 1,51)	18,6%	22,1% (15,6 a 28,1)	3,5% más (3 menos a 9,5 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	La combinación de TRN y bupropión muy probablemente aumente la tasa de cesación en personas fumadoras con alta dependencia

Explicaciones

- Los/as participantes en general fumaban más de 20 cigarrillos por día. En el estudio que más pacientes aportó la media de cigarrillos/día entre las ramas del estudio varió entre 25,5 y 28,1 (alta dependencia).
- Imprecisión: los IC95% del efecto pasa el 1 por lo que incluye tanto la posibilidad de beneficio como de daño.
- Comprende estudios que incluían personas con historia de depresión

Referencias

- Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Antidepressants for smoking cessation; 2014.

SoF 25. Combinación de TRN comparado con TRN monoterapia en personas fumadoras con alta dependencia al tabaco

Población: personas fumadoras con alta dependencia

Configuración: ambulatoria

Intervención: combinación de TRN

Comparación: TRN monoterapia

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		TRN monoterapia	Combinación TRN	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 11356 (14 ECA) ¹	RR 1,25 (1,15 a 1,36)	13,9%	17,4% (16 a 18,9)	3,5% más (2,1 más a 5 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	La combinación de TRN aumenta la tasa de cesación ligeramente comparado con la monoterapia de TRN.
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 8992 (12 ECA) ¹	RR 1,23 (1,12 a 1,36)	13,3%	16,3% (14,8 a 18)	3,0% más (1,6 más a 4,8 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	La combinación de parches con alguna TRN rápida (chicles, comp dispersables y espray nasal) aumenta la tasa de cesación ligeramente comparado con los parches de nicotina.
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 2364 (6 ECA) ¹	RR 1,30 (1,09 a 1,54)	15,9%	20,7% (17,3 a 24,5)	4,8% más (1,4 más a 8,6 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	La combinación de TRN probablemente aumente la tasa de cesación ligeramente comparado con nicotina rápida (chicles/comp dispersables/espray nasal)
Efectos adversos Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 2888 (5 ECA) ¹	RR 4,44 (0,76 a 25,85)	0,1%	0,3% (0,1 a 1,8)	0,2% más (0 menos a 1,8 más)	⊕⊕○○ BAJA ^a	La combinación de TRN produciría con baja frecuencia aumento de efectos adversos.

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- a. Imprecisión muy seria: no cumple el tamaño óptimo de la información.

Referencias

1. 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 (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.

SoF 26. Vareniclina más parches de nicotina comparado con vareniclina en personas fumadoras con alta dependencia

Población: personas fumadoras con alta dependencia

Configuración: ambulatoria

Intervención: vareniclina más parches de nicotina

Comparación: vareniclina

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Vareniclina	Vareniclina + parches	Diferencia		
Tasa de cesación a 6 meses (prevalencia puntual) Evaluado con: validación bioquímica Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 776 (2 ECA) ^{1,a}	RR 1,36 (1,07 a 1,72)	33,2%	45,1% (35,5 a 57)	11,9% más (2,3 más a 23,9 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}	Vareniclina más parches de nicotina podría aumentar la tasa de cesación a 6 meses,
Efectos adversos serios (SAE) Evaluado con: Reporte en ensayos clínicos Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 893 (3 ECA) ^{1,d}	RR 1,06 (0,27 a 4,05)	1,0%	1,1% (0,3 a 4,1)	0,1% más (0,7 menos a 3,1 más)	⊕⊕○○ BAJA ^e	La vareniclina más parches aumentaría los efectos adversos serios

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%),

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- Los estudios incorporados en el MA incluyeron pacientes de edades medias de la vida, personas fumadoras de > 20 cig/día y excluyeron pacientes con enfermedades comórbidas incluyendo padecimientos mentales. Uno de los estudios (Ramon, 2014) no encontró efecto significativo (OR 1,17 IC95% 0,4 a 1,9) salvo en personas fumadoras de más de 30 cig/día
- Evidencia indirecta: los estudios excluyeron personas fumadoras con enfermedades comórbidas (EPOC, diabetes, HTA, etc.), coadicciones y padecimientos de la salud mental,
- Imprecisión: no se alcanzó el tamaño óptimo de la información (TOI).
- Los efectos adversos más frecuentemente reportados fueron náuseas, alteraciones del sueño, reacciones cutáneas, constipación y depresión,
- Imprecisión muy seria: los límites del intervalo de confianza incluyen tanto beneficio como aumento de riesgo, No se alcanzó el tamaño óptimo de la información

Referencias

1. Frank T Leone, Yuqing Zhang, Sarah Evers-Casey, A Eden Evins et al. on behalf of the American Thoracic Society Assembly on Clinical Problems Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med; 2020

SoF 27. Combinación de bupropión y vareniclina comparado con vareniclina en personas fumadoras pesadas

Población: personas fumadoras
Configuración: Atención ambulatoria
Intervención: combinación de bupropión y vareniclina
Comparación: vareniclina

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		vareniclina	Combinación vareniclina + bupropión	Diferencia		
Tasa de cesación (Abstinencia continua o puntual) Evaluado con: Autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 1057 (3 ECA) ^{1,a}	RR 1 ,21 (0 ,95 a 1 ,55)	21 ,4%	25 ,9% (20 ,4 a 33 ,2)	4 ,5% más (1,1 menos a 11,8 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}	La combinación de bupropión y vareniclina podría aumentar ligeramente la tasa de cesación comparada con vareniclina.
Efectos adversos serios (SAE) Evaluado con: Reporte en historias clínicas Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 1268 (5 ECA) ^{1,d}	RR 1 ,23 (0 ,63 a 2 ,42)	2 ,3%	2 ,9% (1 ,5 a 5 ,7)	0 ,5% más (0,9 menos a 3,3 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^e	La combinación de bupropión y vareniclina muy probablemente aumente la tasa de efectos adversos serios comparada con vareniclina.

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- a. Los estudios incluyeron porcentajes comparables de varones y mujeres de edades medias de la vida, personas fumadoras de 20 cig/día. Dos de los estudios encontraron mayor efecto en personas fumadoras personas fumadoras de > 20 cig/día y/o alta dependencia.
- b. Dos estudios con riesgo no claro de sesgo.
- c. Imprecisión: no se alcanzó el tamaño óptimo de la información. Los márgenes del intervalo de confianza incluyen la posibilidad de no efecto.
- d. Los efectos adversos más frecuentes fueron ansiedad e insomnio.
- e. Imprecisión: los márgenes del intervalo de confianza incluyen la posibilidad de no efecto.

Referencias

- Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hong B, Lindson N. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2020.

SoF 28. Clonidina comparada con placebo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: clonidina
Comparación: placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Placebo	Clonidina	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 776 (6 ECA) ¹	RR 1,63 (1,22 a 2,18)	14,4%	23,4% (17,5 a 31,3)	9,0% más (3,2 más a 16,9 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Clonidina aumentaría la tasa de cesación
Efectos adversos Nº de participantes: (6 ECA) ¹	El efecto adverso más frecuente fue boca seca, sedación y mareos. Hipotensión ortostática fue reportado en el 10% de los pacientes que tomaron 0,3 mg. El doble de los pacientes que tomaron clonidina, discontinuaron la droga prematuramente por efectos adversos, comparado con el placebo (7%).			⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Clonidina muy probablemente aumenta la tasa de efectos adversos que obligan a discontinuarla.	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- Riesgo de sesgo no claro en todos los estudios.
- Imprecisión: no cumple con el criterio del tamaño óptimo de la información (TOI).

Referencias

2. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. The Cochrane Library; 2008.

SoF 29. Nortriptilina comparada con placebo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: nortriptilina 75 a 150 mg/día
Comparación: placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		placebo	nortriptilina	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 975 (6 ECA) ¹	RR 2,03 (1,48 a 2,78)	9,9%	20,1% (14,7 a 27,5)	10,2% más (4,8 más a 17,6 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Nortriptilina muy probablemente aumente la tasa de cesación
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Nº de participantes: 1644 (4 ECA)	RR 1,21 (0,94 a 1,55)	11,6%	14,1% (10,9 a 18)	2,4% más (0,7 menos a 6,4 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO ^b	La nortriptilina más parche de nicotina muy probablemente aumenten la tasa de cesación comparado con TRN sola.
Efectos adversos Nº de participantes: 975 (6 ECA)	La nortriptilina en tratamiento de la depresión (generalmente dosis mayores a 150 mg/día) se asoció a boca seca, sedación, constipación, retención urinaria y trastornos cardíacos. Las sobredosis pueden ser letales. Las dosis usadas en cesación en general son dosis entre 75 y 150 mg/día la tasa de abandono fue entre el 4% al 12%. No se presentaron efectos adversos serios.				⊕⊕⊕⊕ ALTA	La nortriptilina a dosis entre 75 y 150 mg/día aumenta la tasa de abandonos por efectos adversos.

GRADE Working Group: grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto.

Explicaciones

- a. Imprecisión: no cumple con el criterio de tamaño óptimo de la información (TOI).
- b. Imprecisión: el IC95% atraviesa el 1.

Referencias

1. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2014.

SoF 30. Intervenciones conductuales intensiva comparado con no usarla, para prevenir recaídas

Población: prevenir recaídas

Configuración: ambulatoria

Intervención: intervenciones conductuales intensiva

Comparación: no usarlas

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Control	Intervención conductual intensiva	Diferencia		
Tasa de cesación puntual o sostenida Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 1121 (5 ECA) ^{1,a}	RR 1,06 (0,82 a 1,36)	33,1%	35,1% (27,1 a 45)	2,0% más (6 menos a 11,9 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}	La extensión de intervenciones intensivas desde el día D, podrían mejorar un poco la tasa de recaída.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Los estudios reclutaban y aleatorizaban personas que habían dejado de fumar (en forma asistida o no asistida por el equipo de salud) o personas que iniciaban el tratamiento con un diseño específico de tratamiento post cesación para reducir las recaídas. Los comparadores fueron ninguna o poca intervención respecto a prevención de recaídas, o la existencia de otra intervención sin ese fin.
- Imprecisión: el IC95% comprende tanto la posibilidad del efecto como del no efecto.
- Riesgo de sesgo incierto en la mayoría de los estudios.

Referencias

1. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Chubb E, Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.

SoF 31. Fármacos extendidos comparado con no usarlos para prevención de recaídas

Población: prevención de recaídas (prolongar o iniciar tratamiento desde el día D)

Configuración: ambulatoria

Intervención: fármacos

Comparación: no usarlos

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin fármacos	fármacos	Diferencia		
Tasa de cesación puntual o sostenida Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: 12 a 15 meses Nº de participantes: 553 (4 ECA) ¹	RR 1,04 (0,77 a 1,40)	23,4%	24,3% (18 a 32,7)	0,9% más (5,4 menos a 9,4 más)	⊕⊕○○ BAJA ^a	La terapia de reemplazo nicotínico (TRN) por 4 meses desde la fecha de cesación mejoraría muy poco la tasa de recaída respecto al placebo.
Tasa de cesación puntual o sostenida Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: 12 a 24 meses Nº de participantes: 1697 (9 ECA) ¹	RR 1,15 (0,98 a 1,35)	24,3%	27,9% (23,8 a 32,8)	3,6% más (0,5 menos a 8,5 más)	⊕⊕○○ BAJA ^a	Bupropión entre 4 a 12 meses desde la fecha de cesación mejoraría un poco la tasa de recaída respecto al placebo.
Tasa de cesación puntual o sostenida Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: 12 a 15 meses Nº de participantes: 243 (2 ECA) ¹	RR 1,18 (0,75 a 1,87)	21,5%	25,4% (16,1 a 40,2)	3,9% más (5,4 menos a 18,7 más)	⊕⊕○○ BAJA ^b	La combinación de bupropión con TRN por 4 meses desde el día D, mejoraría un poco la tasa de recaída.
Tasa de cesación puntual o sostenida Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: 12 meses Nº de participantes: 1297 (2 ECA) ¹	RR 1,23 (1,08 a 1,41)	35,3%	43,4% (38,1 a 49,8)	8,1% más (2,8 más a 14,5 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}	Vareniclina por 6 meses desde el día D, podría reducir la tasa de recaída.

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. Imprecisión: el IC95% comprende tanto el beneficio como el fracaso.
- b. Imprecisión: no cumple con el criterio de tamaño óptimo de la información (TOI).
- c. Inconsistencia: expresada por I2 del 82%

Referencias

1. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Chubb E, Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.

SoF 32a. Intervenciones farmacológicas comparado con placebo o no intervención para aumento de peso en personas fumadoras

Población: aumento de peso en personas fumadoras

Configuración: ambulatoria

Intervención: intervenciones farmacológicas (bupropión, terapias de reemplazo nicotínico, vareniclina)

Comparación: placebo o no intervención

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
		placebo	Diferencia		
Diferencia media de peso post cesación evaluado con: medición al año seguimiento: 12 meses Nº de participantes: 252 (4 ECA) ¹	-	-	DM 0,38 kg menor (2 menor a 1,24 más alto)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Bupropión 300 mg/día muy probablemente disminuya la ganancia de peso al año postcesación ^b
Diferencia media de peso post cesación evaluado con: medición al año seguimiento: 12 meses Nº de participantes: 1334 (15 ECA) ¹	-	-	DM 0,42 kg menor (0,92 menor a 0,08 más alto)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	El tratamiento de reemplazo nicotínico muy probablemente disminuya la ganancia de peso al año post cesación ^c
Diferencia media de peso post cesación evaluado con: medición al año seguimiento: 12 meses Nº de participantes: 151 (2 ECA) ¹	-	-	DM 1,11 kg más alto. (0,75 menor a 2,98 más alto)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Vareniclina muy probablemente no disminuya la ganancia de peso al año postcesación

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

DM: Diferencia de medias

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. Los márgenes del intervalo de confianza incluyen la posibilidad de ausencia de efecto.
- b. No hubo diferencias al año entre 150 y 300 mg de bupropión.

- c. 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), espray DM -0,37 kg (IC95% -1,19 a 0,45, 2 estudios), nasal spray + 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 [-4,43, -0,47], 1 estudio); sin embargo al año la diferencia no se mantuvo.

Referencias

1. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2012.

SoF 32b. Intervenciones no farmacológicas comparado con no intervención para aumento de peso en personas fumadoras

Población: aumento de peso en personas fumadoras

Configuración: ambulatorio

Intervención: intervenciones no farmacológicas (ejercicio, programa de peso personalizados, educación nutricional)

Comparación: no intervención

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
			Diferencia		
Diferencia media de peso post cesación Evaluado con: kg. medición al año Seguimiento: 12 meses Nº de participantes: 182 (3 ECA) ¹	-	-	DM 2,07 kg menor (3,78 menor a 0,36 menor)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Los programas de ejercicio muy probablemente disminuyan la ganancia de peso al año postcesación.
Diferencia media de peso post cesación Evaluado con: Kg. medición al año Seguimiento: 12 meses Nº de participantes: 40 (2 ECA) ¹	-	-	DM 2,58 kg menor (5,11 menor a 0,05 menor)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	Los programas individualizados de manejo de peso muy probablemente disminuyan la ganancia de peso al año postcesación
Diferencia media de peso post cesación Evaluado con: Kg. medición al año Seguimiento: 12 meses Nº de participantes: 61 (2 ECA) ¹	-	-	DM 0,21 kg menor (2,28 menor a 1,86 más alto)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^c	La educación nutricional podría disminuir la ganancia de peso al año postcesación
Diferencia media de peso post cesación Evaluado con: Kg. medición al año Seguimiento: 12 meses Nº de participantes: 62 (1 ECA)	-	-	DM 1,3 kg menor (3,49 menor a 0,89 más alto)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^c	La dieta hipocalórica muy probablemente disminuya la ganancia de peso al año postcesación
Diferencia media de peso post cesación Evaluado con: Kg. medición al año Seguimiento: 12 meses Nº de participantes: 76 (2 ECA)	-	-	DM 0,13 kg más alto (0,72 menor a 0,98 más alto)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^c	La terapia cognitivo conductual muy probablemente no disminuya la ganancia de peso al año postcesación

Explicaciones

- a. Inconsistencia: las intervenciones fueron realizadas de distinta manera entre los estudios
- b. Riesgo de sesgo.
- c. Los márgenes del intervalo de confianza incluyen la posibilidad de ausencia de efecto

Referencias

1. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2012.

SoF 33. Cigarrillos electrónicos con nicotina comparado con terapia de reemplazo nicotínico (TRN) en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: Atención ambulatoria

Intervención: Cigarrillos electrónicos con nicotina

Comparación: Terapia de reemplazo nicotínico (TRN)

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		TRN	Cigarrillo electrónico	Diferencia		
Tasa de cesación a 6 o más meses Evaluado con: no consumo de cigarrillo de paquete con validación bioquímica por COexh Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 1498 (3 ECA) ^{1,a}	RR 1,69 (1,25 a 2,27)	8,3%	14,0% (10,3 a 18,7)	5,7% más (2,1 más a 10,5 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}	Los cigarrillos electrónicos con nicotina podrían aumentar el no uso de cigarrillos de paquete comparados con TRN.
Efecto adverso: dependencia/uso crónico de nicotina inhalada-Evaluado con: autoreporte Seguimiento: 12 meses - Nº participantes: 886(1 ECA) ³	Un 80% de personas siguieron usando cigarrillos electrónicos al año mostrando un cambio de tipo de consumo de producto de tabaco. En cambio en la rama TRN solo el 9% presentaba uso al año.				⊕⊕ 8 BAJA ^{b,c}	Los cigarrillos electrónicos con nicotina podrían mantener la dependencia/uso crónico de nicotina inhalada.
Efectos adversos serios Evaluado con: Autoreporte Seguimiento: rango 4 semanas a 1 años Nº de participantes: 727 (2 ECA) ¹	RR 1,37 (0,77 a 2,41)	7,7%	10,5% (5,9 a 18,5)	2,8% más (1,8 menos a 10,8 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^e	Los cigarrillos electrónicos con nicotina muy probablemente aumenten con efectos adversos serios comparados con terapia de reemplazo nicotínico.
Lesiones pulmonares asociado al uso de productos de cigarrillos electrónicos (EVALI) Evaluado con: Reporte de casos Seguimiento: rango 4 a 12 meses Nº de participantes: (216 estudios)	Desde 2012 y en particular desde un brote en 2019 se han informado 2807 casos de lesiones pulmonares asociadas al uso de productos de cigarrillos electrónicos (EVALI) con 68 muertes.				⊕⊕⊕○ MODERADA ^{f,g,h}	Los cigarrillos electrónicos con nicotina aumentarían el riesgo de enfermedad pulmonar grave, discapacidad y muerte por enfermedad asociada (EVALI) con gradiente de gravedad a mayor uso

observacionales) ²					
Efectos adversos no serios Evaluado con: Autoreporte Seguimiento: rango 4 semanas a 6 meses Nº de participantes: 485 (2 ECA) ¹	RR 0,98 (0,80 a 1,19)	44,9%	44,0% (35,9 a 53,4)	0,9% menos (9 menos a 8,5 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{b,d}
Los cigarrillos electrónicos con nicotina tendrían similar tasa de efectos adversos no serios comparado con TRN					

Explicaciones

- Los estudios se realizaron en mayores de 18 años, personas fumadoras de 15 cigarrillos/día en promedio, reclutados en la comunidad o clínicas de cesación, mayoría varones.
- Riesgo de sesgo: falta de cegamientos.
- Imprecisión: no cumple el criterio del tamaño óptimo de información(TOI).
- El intervalo de confianza incluye la posibilidad de un 20% de aumento de riesgo de efectos adversos
- El intervalo de confianza incluye tanto la posibilidad de ausencia como de aumento de riesgo
- Riesgo de sesgo: por estudios no sistemáticos (reportes de casos).
- Evidencia indirecta: Los reportes de EVALI no se limitan a cigarrillo electrónico con nicotina, sino que se refieren también a cannabis, vitamina E y otros tipos de líquidos (incluyen desconocimiento por tanques comprados en la calle).
- Gradiente: los reportes asocian mayor uso con aparición del cuadro.

Referencias

- Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Butler AR, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2020.
- Andrea M. Jonas, MD, and Rishi Raj, MD. Vaping-Related Acute Parenchymal Lung Injury. A Systematic Review. Chest; 2020.
- Peter Hajek, Anna Phillips-Waller, Dunja Przulj, Francesca Pesola, Katie Myers Smith, Natalie Bisal, Jinshuo Li, Steve Parrott, Peter Sasieni, Lynne Dawkins, Louise Ross, Maciej Goniewicz, Qi Wu, and Hayden J. McRobbie. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. N Engl J Med 2019;380:629-37.

SoF 34. Citisina comparado con placebo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: Atención ambulatoria
Intervención: citisina
Comparación: placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		placebo	citisina	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: validación biológica Seguimiento: rango 2 a 12 meses Nº de participantes: 911 (2 ECA) ¹	RR 3,29 (1,84 a 5,90)	10,1%	33,2% (18,6 a 59,5)	23,1% más (8,5 más a 49,4 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	La citisina podría aumentar la tasa de cesación comparada con placebo.
Efectos Adversos Gastrointestinales Evaluado con: Reporte en ensayos clínicos Seguimiento: rango 2 a 12 meses Nº de participantes: 1478 (4 ECA) ^{1,c}	RR 1,76 (1,28 a 2,42)	7,2%	12,6% (9,2 a 17,4)	5,4% más (2 más a 10,2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	La citisina probablemente aumente la frecuencia de efectos adversos gastrointestinales

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Un estudio con riesgo no claro de sesgo
- Imprecisión: no cumple con el tamaño óptimo de la información (TOI)
- La frecuencia de efectos adversos gastrointestinales varía entre 12 y 50% en los estudios comparado con el placebo.

Referencias

- Peter Hajek, Hayden McRobbie, Katie Myers. Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. Thorax; 2013.

SoF 35a. Acetato de plata, antagonistas de opiodes, cannabinoides o mecamilamina comparado con ausencia de intervención en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: Atención ambulatoria

Intervención: Acetato de plata, antagonistas de opiodes, cannabinoides o mecamilamina

Comparación: ausencia de intervención

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		placebo	Tratamiento activo	Diferencia		
Tasa de cesación al menos a 6 meses (acetato de plata) Evaluado con: validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 785 (2 ECA) ¹	RR 1,04 (0,65 a 1,57)	8,4%	8,8% (5,5 a 13,2)	0,3% más (3 menos a 4,8 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Existe incertidumbre sobre el efecto del acetato de plata sobre la tasa de cesación.
Tasa de cesación al menos a 6 meses (naltrexona) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 1213 (8 ECA) ²	RR 0,97 (0,76 a 1,24)	17,9%	17,3% (13,6 a 22,1)	0,5% menos (4,3 menos a 4,3 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Existe incertidumbre sobre el efecto de la naltrexona sobre la tasa de cesación.
Tasa de cesación al menos a 6 meses (cannabinoides) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 20 semanas a 50 semanas Nº de participantes: 1049 (2 ECA) ³	RR 1,50 (1,10 a 2,05)	10,9%	16,4% (12 a 22,4)	5,5% más (1,1 más a 11,5 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,c}	Los cannabinoides podrían aumentar la tasa de cesación. Han sido retirados del mercado por efectos adversos serios.
Tasa de cesación al menos a 6 meses (mecamilamina) Evaluado con: validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: (2 ECA) ⁴	Un meta-análisis identificó dos estudios: Uno comparó mecamilamina y parches contra parches de nicotina (n=48, tasa de cesación: 37,5% vs. 4,2%). Otro 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.				⊕○○○ MUY BAJA ^{a,d,e}	Existe incertidumbre sobre el efecto de mecamilamina en la tasa de cesación.

Explicaciones

- Estudios con riesgo no claro de sesgo
- Imprecisión muy seria: el intervalo de confianza incluye la posibilidad de efecto no favorable. No se alcanzó el tamaño óptimo de la información
- No se alcanzó el tamaño óptimo de la información
- Evidencia indirecta: en dos de los estudios la mecamilamina se usó juntamente con nicotina
- Imprecisión: no se alcanzó el tamaño óptimo de la información (TOI).

Referencias

1. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2012.
2. Sean P David, Isabella M Chu,Tim Lancaster, Lindsay F Stead,A Eden Evins,Judith J Prochaska. Systematic review and meta-analysis of opioid antagonists for smoking cessation. BMJ Open; 2014.
3. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2011.
4. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 1998.

SoF 35b. Antidepresivos comparado con placebo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: Atención ambulatoria
Intervención: antidepresivos
Comparación: placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		placebo	antidepresivo	Diferencia		
Tasa de cesación para inhibidores de recaptación de la serotonina (IRSS) Evaluado con: Validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 1236 (4 ECA) ¹	RR 0,93 (0,71 a 1,22)	10,5%	9,8% (7,5 a 12,8)	0,7% menos (3,1 menos a 2,3 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Existe incertidumbre sobre si los inhibidores de recaptación de la serotonina (fluoxetina, paroxetina y sertralina) podrían aumentar la tasa de cesación comparados con placebo
Tasa de cesación para inhibidores de la mono amino oxidasa (IMAO) Evaluado con: validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 827 (6 ECA) ¹	RR 1,29 (0,93 a 1,79)	13,0%	16,8% (12,1 a 23,3)	3,8% más (0,9 menos a 10,3 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Existe incertidumbre sobre si los inhibidores de la mono amino oxidasa (moclobemida y selegilina) podrían aumentar la tasa de cesación comparados con placebo
Tasa de cesación para venlafaxina Evaluado con: validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 147 (1 ECA) ¹	RR 1,22 (0,64 a 2,32)	18,4%	22,5% (11,8 a 42,7)	4,1% más (6,6 menos a 24,3 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{b,c}	Existe incertidumbre sobre si la venlafaxina podría aumentar la tasa de cesación comparada con placebo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. La mayoría de los estudios tenían riesgo de sesgo no claro
- b. Imprecisión muy seria: El intervalo de confianza incluye la posibilidad de no efecto. No se alcanzó el tamaño óptimo de información (TOI).
- c. Estudio con riesgo de sesgo no claro

Referencias

1. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2014.

SoF 35c. Betabloqueantes o ansiolíticos comparado con ausencia de intervenciones en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: betabloqueantes (BB) o ansiolíticos
Comparación: ausencia de intervenciones

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		placebo	Ansiolíticos/BB	Diferencia		
Tasa de cesación a 6 meses (betabloqueantes) Evaluado con: autorreporte y/o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 130 (1 ECA) ¹	Se identificó un estudio 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.				⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Existe incertidumbre sobre el efecto de los betabloqueantes sobre la tasa de cesación.
Tasa de cesación a 6 meses (buspirona) Evaluado con: autorreporte y/o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 205 (3 ECA) ¹	RR 0,76 (0,42 a 1,37)	20,2%	15,4% (8,5 a 27,7)	4,8% menos (11,7 menos a 7,5 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Existe incertidumbre sobre el efecto de buspirona sobre la tasa de cesación
Tasa de cesación (diazepam) Evaluado con: autorreporte Seguimiento: media 4,5 meses Nº de participantes: 76 (1 ECA) ¹	RR 1,00 (0,56 a 1,80)	36,8%	36,8% (20,6 a 66,3)	0,0% menos (16,2 menos a 29,5 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Existe incertidumbre sobre el efecto del diazepam sobre la tasa de cesación.

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.
Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. Estudio con riesgo no claro de sesgo
- b. Imprecisión muy seria: Los intervalos de confianza son amplios e incluyen la posibilidad de no efecto. No se alcanzó el tamaño óptimo de la información (TOI).

Referencias

- 1. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2000.

SoF 36a. Acupuntura, electroestimulación o láser comparado con no intervención en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: acupuntura, electroestimulación o láser
Comparación: no intervención

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		comparador	Acupuntura o electroestimulación o láser	Diferencia		
Tasa de cesación a 6 o más meses (acupuntura tradicional) Evaluado con: autorreporte y/o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 1892 (11 ECA) ¹	RR 1,10 (0,86 a 1,40)	10,8%	11,9% (9,3 a 15,2)	1,1% más (1,5 menos a 4,3 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Existe incertidumbre sobre el efecto de la hipnosis en la tasa de cesación a 6 o más meses.
Tasa de cesación a 6 o más meses (electroestimulación) Evaluado con: autorreporte y/o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 402 (2 ECA) ¹	RR 0,87 (0,61 a 1,23)	26,0%	22,6% (15,9 a 32)	3,4% menos (10,2 menos a 6 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Existe incertidumbre sobre el efecto de la electroestimulación en la tasa de cesación a 6 o más meses
Tasa de cesación a 6 o más meses (láser) Evaluado con: autorreporte y/o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 613 (2 ECA) ¹	Los resultados de dos estudios que comparaban láser con láser-simulado mostraron grandes diferencias en los resultados (RR 1,03 IC95% 0,55 a 1,91 y RR 14,18 IC95% 5,92 a 33,94) lo que impidió que fueran sintetizados en un meta-análisis				⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}	La evidencia sugiere que el láser no produce diferencias en la tasa de cesación a 6 o más meses

Explicaciones

- a. Mayoría de estudios con riesgo de sesgo serio.
- b. Imprecisión: no se alcanzó el tamaño óptimo de la información y los márgenes del intervalo de confianza incluyen la posibilidad de no efecto.
- c. Sospecha fuerte de sesgo de publicación.
- d. Inconsistencia.

Referencias

1. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2014.

SoF 36b. Glucosa comparado con placebo en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: glucosa
Comparación: placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		placebo	glucosa	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua) a 6 meses Evaluado con: validación bioquímica Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 928 (1 ECA) ¹	RR 1,08 (0,78 a 1,49)	13,4%	14,5% (10,5 a 20)	1,1% más (3 menos a 6,6 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	La glucosa no aumentaría la tasa de cesación.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Evidencia indirecta: también usaban fármacos de cesación.
- Imprecisión: el IC95% comprende tanto la posibilidad de efecto como de no efecto.

Referencias

1. Robert West, Sylvia May, Andy McEwen, Hayden McRobbie, Peter Hajek and Eleni Vangeli. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. Psychopharmacology; 2009.

SoF 36c. Hipnosis comparado con tratamientos comparables sobre la atención en personas fumadoras

Población: personas fumadoras
Configuración: Atención ambulatoria
Intervención: hipnosis
Comparación: tratamientos comparables sobre la atención

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin hipnosis	hipnosis	Diferencia		
Tasa de cesación a 6 o más meses Evaluado con: autorreporte y/o validación biológica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 957 (6 ECA) ¹	RR 1,21 (0,91 a 1,61)	15,0%	18,2% (13,7 a 24,2)	3,2% más (1,4 menos a 9,2 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Existe incertidumbre sobre si la hipnosis aumenta la tasa de cesación.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Riesgo de sesgo muy serio en la mayoría de los estudios.
- Imprecisión: no se alcanzó el tamaño óptimo de la información (TOI). El intervalo de confianza incluye la posibilidad de no efecto.

Referencias

- Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.

SoF 36d. Terapia aversiva, bioretroalimentación o privación sensorial comparado con ausencia de intervención en personas fumadoras

Población: personas fumadoras

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: terapia aversiva, bioretroalimentación o privación sensorial

Comparación: ausencia de intervención

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (95% CI)	Efectos absolutos anticipados (95% CI)			Certeza	Qué pasa
		comparador	Tratamiento activo	Diferencia		
Tasa de cesación a 6 meses (terapia aversiva) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica seguimiento: rango 6 meses a 24 meses Nº de participantes: 536 (12 ECA) ¹	OR 2,01 (1,36 a 2,95)	22,0%	36,2% (27,7 a 45,4)	14,2% más (5,7 más a 23,4 más)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c,d	Existe incertidumbre sobre el efecto de la terapia aversiva sobre la tasa de cesación. El tabaquismo rápido además implica mayor riesgo de exposición a sustancias tóxicas,
Tasa de cesación a 6 meses (bioretroalimentación) evaluado con: autorreporte o validación biológica Nº de participantes: (10 Estudios observacionales) ²	Una revisión sistemática de la literatura identificó 10 estudios sobre el tema pero no pudo sumarizar los datos por estudios no aleatorizados, ausencia de comparadores y no reporte de tasas de cesación. Los estudios evaluaron resultados intermedios como intensidad del craving (anhelo) o modificaciones de la temperatura corporal o neuroimágenes				⊕○○○ MUY BAJA a,e	Existe incertidumbre sobre el efecto de bioretroalimentación sobre la tasa de cesación
Tasa de cesación a 6 meses (privación sensorial) evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Nº de participantes: (0 ECA) ²	Una búsqueda de la literatura no identificó estudios aleatorizados de privación sensorial para cesación tabáquica				-	No hay estudios aleatorizados del efecto de la privación sensorial sobre la tasa de cesación a 6 meses.

GRADE Working Group grados de evidencia

High certainty: We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect

Moderate certainty: We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different

Low certainty: Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect

Very low certainty: We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect

Explicaciones

- Mayoría de estudios con sesgo no claro
- Inconsistencia: estudios con mayor número de casos muestran menor efecto
- Imprecisión: No se alcanzó el tamaño óptimo de la información
- Sesgo de publicación: asimetría en el funnel plot
- Evidencia indirecta: no se evaluó tasa de cesación en los estudios.

Referencias

1. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2001.
2. N. Pandria, A. Athanasiou, L. Konstantara, M. Karagianni, P. D. Bamidis. Advances in biofeedback and neurofeedback studies on smoking. NeuroImage: Clinical; 2020.

SoF 37. Identificar, aconsejar e intervenir comparado con no hacerlo a los padres que fuman en pediatría

Población: padres que fuman

Configuración: ambulatoria

Intervención: identificar, aconsejar e intervenir

Comparación: no hacerlo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin intervención	Con intervención	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 1 a 12 meses Nº de participantes: 7053 (18 ECA) ^{1,a}	RR 1,34 (1,05 a 1,71)	10,3%	13,9% (10,9 a 17,7)	3,5% más (0,5 más a 7,3 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	Las intervenciones a los padres de las niñas, niños y adolescentes muy probablemente aumentan la tasa de cesación

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. Las intervenciones incluían materiales de autoayuda (12 estudios), Consejería presencial (16 estudios) o telefónica (6 estudios). Dos estudios incluían la prescripción de fármacos. Algunos incluían retroalimentación (feedback) de mediciones de cotinina.
- b. Riesgo de sesgo: en varios estudios no estaba claro el cegamiento.

Referencias

1. Laura J. Rosen, Michal Ben Noach, Jonathan P. Winickoff and Mel F. Hovell. Parental Smoking Cessation to Protect Young Children: A Systematic Review and Meta-analysis. Pediatrics; 2012.

SoF 38. Prevención en APS comparado con no hacerlo para prevenir el inicio de consumo de tabaco en niños, niñas y adolescentes (NNyA)

Población: prevenir el inicio de consumo de tabaco en NNyA

Configuración: ambulatoria, principalmente en contexto de la atención médica y odontológica

Intervención: prevención en APS

Comparación: no hacerlo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin intervención	Con intervención	Diferencia		
Prevención del inicio de consumo de tabaco Nº de participantes: 21.700 (13 ECA) ¹	RR 0,82 (0,73 a 0,92)	9,2%	7,5% (6,7 a 8,5)	1,7% menos (2,5 menos a 0,7 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	La intervención preventiva del inicio del consumo de tabaco en la atención primaria muy probablemente presente un pequeño efecto en la prevención.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. La mayoría de los estudios presentaban riesgo de sesgo.

Referencias

- Shelley Selph, Carrie Patnode, Steffani Bailey, Miranda Pappas, Ryan Stoner, Erica Hart, Roger Chou. Primary Care Relevant Interventions for Tobacco and Nicotine Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. 2019.

SoF 39. Preguntas múltiples comparado con pregunta de respuesta dicotómica para estatus de fumador en embarazadas

Población: embarazadas
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: preguntas múltiples
Comparación: pregunta de respuesta dicotómica

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
			Diferencia		
Tasa de identificación del estatus tabáquico Nº de participantes: 1078 embarazadas (1 ECA) ¹	El reconocerse como fumadora fue más elevado entre las embarazadas al usarse preguntas múltiples (13%) comparado con la pregunta dicotómica fuma? SI/NO (9%).			⊕⊕○○ BAJA ^a	Las preguntas múltiples aumentarían la identificación del estatus de fumadora en mujeres embarazadas que fuman.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. Imprecisión muy seria: no cumple con el tamaño óptimo de la información.

Referencias

1. 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.

SoF 40. Advertir y tratamiento conductual vs no intervenir en fumadoras embarazadas

Población: fumadoras embarazadas
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: advertir y tratamiento conductual
Comparación: no tratamiento

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		control	Intervención	Diferencia		
Tasa de cesación (prevalencia puntual) en embarazo Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica al final del embarazo Nº de participantes: 12432 (30 ECA) ¹	RR 1,44 (1,19 a 1,73)	9,0%	12,9% (10,7 a 15,5)	4,0% más (1,7 más a 6,6 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	La consejería para la modificación del comportamiento aumenta la tasa de cesación durante el embarazo.
Tasa de cesación (prevalencia puntual) en embarazo Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica al final del embarazo Nº de participantes: 629 (5 ECA) ^{1,a}	RR 1,59 (0,99 a 2,55)	7,8%	12,5% (7,8 a 20)	4,6% más (0,1 menos a 12,1 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	La educación sanitaria (en una o varias oportunidades) muy probablemente aumente la tasa de cesación durante el embarazo.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- La intervención 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 PC 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.
- Los márgenes del intervalo de confianza incluyen la posibilidad de ausencia de efecto. Escaso número de casos incluidos en los estudios

Referencias

- Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017.

SoF 41. Mediciones bioquímicas comparado con no realizarlas en fumadoras embarazadas

Población: fumadoras embarazadas
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: mediciones bioquímicas
Comparación: no realizarlas

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin medición	Con medición bioquímica	Diferencia		
Tasa de cesación (prevalencia puntual) en embarazo Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica al final del embarazo Nº de participantes: 355 (2 ECA) ¹	RR 4,39 (1,89 a 10,21)	3,8%	16,8% (7,2 a 39)	13,0% más (3,4 más a 35,2 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Brindar retroalimentación basados en mediciones bioquímicas/biológicas a las mujeres embarazadas aumentaría la tasa de cesación durante el embarazo.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Riesgo de sesgo indeterminado, los estudios fueron realizados por empresas de feedback basados en mediciones bioquímicas.
- Imprecisión: escaso número de casos, amplio intervalo de confianza

Referencias

- Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017.

SoF 42. Tratamiento farmacológico comparado con no tratamiento en fumadoras embarazadas

Población: fumadoras embarazadas
Configuración: atención ambulatoria
Intervención: tratamiento farmacológico
Comparación: no tratamiento o placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Placebo	TRN	Diferencia		
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) en embarazo Evaluado con: validación bioquímica al final del embarazo Seguimiento: rango 9 a 32 semanas Nº de participantes: 2199 (8 ECA) ¹	RR 1,41 (1,03 a 1,93)	8,5%	12,0% (8,8 a 16,5)	3,5% más (0,3 más a 7,9 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	El tratamiento de reemplazo nicotínico junto con apoyo comportamental muy probablemente aumente la tasa de cesación durante el embarazo.
Efectos adversos con TRN en embarazo Seguimiento: media 9 meses Nº de participantes: ECA ¹	El uso de TRN durante el embarazo se relaciona con: 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.				⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	Existe incertidumbre sobre si el uso de TRN podría aumentar o reducir los efectos adversos durante el embarazo.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Riesgo de sesgo: los estudios que reportaban adherencia a la TRN describían uso menor a lo prescrito en dosis y tiempo.
- Imprecisión: no cumple con el tamaño óptimo de la información (TOI).
- Imprecisión: los IC95% comprenden tanto la posibilidad de daño como de beneficio. No cumple con el criterio de tamaño óptimo de la información (TOI).

Referencias

- Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2015.

SoF 43. Tratamiento conductual y/o farmacológico comparado con no tratamiento o cuidado habitual en personas fumadoras con padecimientos mentales

Población: personas fumadoras con padecimientos mentales

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: tratamiento conductual y/o farmacológico

Comparación: no tratamiento o cuidado habitual

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin tratamiento	Con tratamiento	Diferencia		
Tasa de cesación continua (abstinencia prolongada) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 8 semanas a 52 semanas Nº de participantes: 104 (3 ECA) ¹	RR 2,22 (0,52 a 9,47)	3,8%	8,4% (2 a 35,7)	4,6% más (1,8 menos a 32 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Bupropión probablemente aumente la tasa de cesación en personas con esquizofrenia y trastornos bipolares
Tasa de cesación continua (abstinencia prolongada) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 8 semanas a 52 semanas Nº de participantes: 188 (2 ECA) ¹	RR 3,69 (1,08 a 12,60)	4,2%	15,4% (4,5 a 52,5)	11,2% más (0,3 más a 48,3 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	Vareniclina probablemente aumente la tasa de cesación en personas con depresión o trastorno bipolar
Tasa de cesación con TRN (abstinencia prolongada) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: media 3 meses Nº de participantes: 298 (1 ECA) ¹	RR 2,74 (1,10 a 6,81)	4,0%	10,9% (4,4 a 27,1)	6,9% más (0,4 más a 23,1 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	TRN muy probablemente aumente la tasa de cesación en padecimientos mentales esquizofrenia y trastornos afectivos y bipolaridad.

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. El rango del intervalo de confianza incluye la posibilidad de no efecto, El número total de eventos reportado es menor a 300
- b. Imprecisión: no cumple con el criterio de tamaño óptimo de la información (TOI).

Referencias

1. 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.

SoF 44. Intervenciones conductuales y/o farmacológicas comparado con no hacerlo en personas fumadoras con uso problemático de sustancias

Población: personas fumadoras con uso problemático de sustancias

Configuración: ambulatoria

Intervención: intervenciones conductuales y/o farmacológicas

Comparación: no hacerlo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin tratamiento	Con tratamiento	Diferencia		
Tasa de cesación con acompañamiento conductual Evaluado con: abstinencia por validación bioquímica Seguimiento: rango 6 semanas a 12 meses Nº de participantes: 1759 (11 ECA) ¹	RR 1,33 (0,90 a 1,95)	4,7%	6,2% (4,2 a 9,1)	1,5% más (0,5 menos a 4,4 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	El tratamiento comportamental podría aumentar la tasa de cesación en personas con consumo problemático de sustancias
Tasa de cesación con farmacoterapia Evaluado con: validación bioquímica Seguimiento: rango 8 semanas a 6 meses Nº de participantes: 1808 (11 ECA)	RR 1,88 (1,37 a 2,57)	13,6%	25,5% (18,6 a 34,9)	12,0% más (5 más a 21,3 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{c,d}	La farmacoterapia (TRN, bupropión, vareniclina) podría aumentar la tasa de cesación en personas con consumo problemático de sustancias
Tasa de cesación con combinación de farmacoterapia y comportamental Evaluado con: abstinencia por validación bioquímica Nº de participantes: 2229 (12 ECA)	RR 1,74 (1,39 a 2,18)	9,2%	16,0% (12,8 a 20,1)	6,8% más (3,6 más a 10,9 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{c,d}	La terapia combinada podría aumentar la tasa de cesación en personas con consumo problemático de sustancias

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%),

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Imprecisión: el IC95% comprende tanto la posibilidad de beneficio como de daño, Estudios pequeños que no cumplen con el tamaño óptimo de la información Riesgo de sesgo: algunos estudios eran en cluster y otros de listas de espera
- Riesgo de sesgo.
- Imprecisión: no cumple con el criterio de tamaño óptimo de la información (TOI).

Referencias

- Apollonio D, Philipps R, Bero L, Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews; 2016,

SoF 45. Intervenciones de cesación comparado con no hacerlo para en personas fumadorasinternadas

Población: personas fumadoras internadas
Configuración: ambulatoria
Intervención: intervenciones de cesación
Comparación: no hacerlo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin tratamiento	Con tratamiento	Diferencia		
Tasa de cesación a 6 o más meses (consejería) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 5608 (17 ECA) ¹	RR 1,65 (1,44 a 1,90)	18,8%	31,0% (27 a 35,7)	12,2% más (8,3 más a 16,9 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	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.
Tasa de cesación a 6 o más meses (consejería + TRN) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 644 (5 ECA) ¹	RR 1,47 (0,92 a 2,35)	11,2%	16,5% (10,3 a 26,4)	5,3% más (0,9 menos a 15,1 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	Las intervenciones comportamentales con TRN muy probablemente aumentan la tasa de cesación

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
CI: Intervalo de confianza
RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Riesgo de sesgo en la mayoría de los estudios
- Imprecisión: el IC95% incluye tanto la posibilidad de efecto como de no efecto. No cumple criterio de tamaño óptimo de la información (TOI).

Referencias

- Nancy A. Rigotti, Marcus R. Munafo and Lindsay F. Stead. Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Smokers: A Systematic Review. Arch Intern Med; 2008.

SoF 46. Tratamiento conductual y farmacológico comparado con no hacerlo en personas fumadoras con cirugía programada

Población: personas fumadoras con cirugías programada

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: tratamiento conductual y farmacológico (habitualmente con oferta de nicotina)

Comparación: no hacerlo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin tratamiento	Con tratamiento	Diferencia		
tasa de cesación al momento de la cirugía Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 1 a 12 meses Nº de participantes: 210 (2 ECA) ¹	RR 10,76 (4,55 a 25,46)	4,7%	50,8% (21,5 a 100)	46,0% más (16,7 más a 115,4 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	El tratamiento conductual intensivo de múltiples contactos aumentaría la tasa de cesación antes de la cirugía
Tasa de cesación al momento de la cirugía Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 1 a 12 meses Nº de participantes: 1141 (7 ECA) ¹	RR 1,30 (1,16 a 1,46)	38,4%	49,9% (44,5 a 56,1)	11,5% más (6,1 más a 17,7 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Las intervenciones breves aumentan la tasa de cesación antes de la cirugía
Complicaciones postoperatorias Evaluado con: Reporte en estudios clínicos Seguimiento: rango 1 a 12 meses Nº de participantes: 210 (2 ECA) ¹	RR 0,42 (0,27 a 0,65)	46,2%	19,4% (12,5 a 30)	26,8% menos (33,7 menos a 16,2 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Las intervenciones intensivas con múltiples contactos muy probablemente disminuyan las complicaciones postoperatorias
Complicaciones postoperatorias Evaluado con: Reporte en estudios clínicos Seguimiento: rango 1 a 12 meses Nº de participantes: 493 (4 ECA) ¹	RR 0,92 (0,72 a 1,19)	30,8%	28,3% (22,2 a 36,7)	2,5% menos (8,6 menos a 5,9 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	Las intervenciones breves muy probablemente disminuyan las complicaciones postoperatorias

Explicaciones

- a. Imprecisión: no cumple con el criterio de tamaño óptimo de la información (TOI).
- b. Imprecisión: el IC95% incluye tanto la posibilidad de beneficio como de no efecto. No cumple con el criterio de tamaño óptimo de la información (TOI).

Referencias

1. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2014.

SoF 47a. Tratamiento conductual y/o farmacológico comparado con no intervenir en personas fumadoras con enfermedad cardiovascular

Población: personas fumadoras con enfermedad cardiovascular

Intervención: tratamiento conductual y/o farmacológico

Comparación: no tratamiento o placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin tratamiento	Con tratamiento	Diferencia		
Tasa de cesación con bupropión Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 1398 (4 ECA) ¹	RR 1,42 (0,93 a 2,16)	16,1%	22,8% (14,9 a 34,7)	6,7% más (1,1 menos a 18,6 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Bupropión muy probablemente aumente la tasa de cesación
Tasa de cesación con TRN Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 669 (2 ECA) ¹	RR 1,23 (0,86 a 1,76)	13,3%	16,4% (11,4 a 23,4)	3,1% más (1,9 menos a 10,1 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	La terapia de reemplazo nicotínico muy probablemente aumente la tasa de cesación
Tasa de cesación con vareniclina Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 714 (1 ECA) ¹	RR 2,64 (1,72 a 4,06)	7,2%	19,1% (12,5 a 29,4)	11,9% más (5,2 más a 22,2 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Vareniclina aumenta la tasa de cesación
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 1746 (9 ECA) ¹	RR 1,50 (1,15 a 1,97)	26,7%	40,1% (30,7 a 52,6)	13,4% más (4 más a 25,9 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	La consejería para la modificación del comportamiento (telefónica) muy probablemente aumente la tasa de cesación
Tasa de cesación (abstinencia continua o prevalencia puntual) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 912 (5 ECA) ¹	RR 1,68 (1,13 a 2,48)	23,8%	39,9% (26,9 a 58,9)	16,2% más (3,1 más a 35,2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	La consejería para la modificación del comportamiento individual muy probablemente aumente la tasa de cesación

Explicaciones

- a. Los márgenes del intervalo de confianza incluyen la posibilidad de ausencia de efecto
- b. Inconsistencia: heterogeneidad sustancial 50 – 90 %

Referencias

1. Suissa K, Larivière J, Eisenberg MJ, Eberg M, Gore GC, Grad R, Joseph L, Reynier PM, Filion KB. Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients With Cardiovascular Disease: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*; 2017.

SoF 47b. Tratamiento conductual y/o farmacológico comparado con no intervenir en personas fumadoras con enfermedad cardiovascular

Población: personas fumadoras con enfermedad cardiovascular

Intervención: tratamiento conductual y/o farmacológico

Comparación: no tratamiento o placebo

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin tratamiento	Con tratamiento	Diferencia		
Eventos cardiovasculares mayores (ECVM) con vareniclina Evaluado con: (ECVM= muerte CV IAM o ACV no fatal) Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 4030 (1 ECA) ¹	RR 0,37 (0,09 a 1,41)	0.4%	0,1% (0 a 0,6)	0,3% menos (0,4 menos a 0,2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Vareniclina probablemente no aumente los ECVM
Eventos cardiovasculares mayores (ECVM) para bupropión Evaluado con: (ECVM= muerte CV IAM o ACV no fatal) Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 4020 (1 ECA) ¹	RR 1,13 (0,44 a 2,92)	0.4%	0,4% (0,2 a 1,2)	0,1% más (0,2 menos a 0,8 más)	⊕⊕○○ BAJA ^a	Bupropión podría raramente asociarse con ECVM
Eventos cardiovasculares mayores (ECVM) con TRN Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 4036 (1 ECA) ¹	RR 0,50 (0,13 a 2,00)	0,4%	0,2% (0,1 a 0,8)	0,2% menos (0,3 menos a 0,4 más)	⊕⊕○○ BAJA ^a	TRN podría no asociarse con ECVM

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- Imprecisión: el IC95% comprende tanto la posibilidad de protección como de daño

Referencias

1. Neal L, Benowitz, Andrew Pipe, Robert West, J. Taylor Hays, Serena Tonstad, Thomas McRae, David Lawrence, Lisa St Aubin, Robert M. Anthenelli. Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2018; 178 (5):622-631. doi:10.1001/jamainternmed.2018.0397

SoF 48. Tratamiento conductual y/o farmacológico comparado con no tratamiento o cuidado habitual en personas fumadoras con EPOC

Población: personas fumadoras con EPOC

Configuración: Atención ambulatoria

Intervención: tratamiento conductual y/o farmacológico

Comparación: no tratamiento o cuidado habitual

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin tratamiento	Con tratamiento	Diferencia		
Tasa de cesación continua (abstinencia prolongada) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 3562 (1 ECA) ¹	RR 25,38 (8,03 a 80,22)	0,2%	4,4% (1,4 a 13,8)	4,2% más (1,2 más a 13,6 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	El tratamiento conductual aumentaría la tasa de cesación en personas fumadoras con EPOC
tasa de cesación continua (abstinencia prolongada) Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 1429 (4 ECA) ¹	RR 2,53 (1,83 a 3,50)	6,6%	16,8% (12,2 a 23,3)	10,2% más (5,5 más a 16,6 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{c,d}	Los tratamientos farmacológicos asociados a tratamiento comportamental aumentarían la tasa de cesación en pacientes con EPOC
Tasa de cesación con TRN Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: media 12 semanas Nº de participantes: 370 (1 ECA) ^{1,e}	RR 2,60 (1,29 a 5,24)	5,4%	14,1% (7 a 28,3)	8,6% más (1,6 más a 22,9 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{d,f}	La TRN aumentaría la tasa de cesación en personas con EPOC.
Tasa de cesación con bupropión Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 479 (2 ECA) ^{1,g}	RR 1,96 (1,18 a 3,25)	8,7%	17,1% (10,3 a 28,4)	8,4% más (1,6 más a 19,7 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{d,f}	El bupropión aumentaría la tasa de cesación en personas con EPOC.
Tasa de cesación con vareniclina Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: media 12 meses Nº de participantes: 504 (1 ECA) ^{1,h}	RR 3,34 (1,88 a 5,92)	5,5%	18,4% (10,4 a 32,6)	12,9% más (4,9 más a 27,1 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{d,f}	La vareniclina aumentaría la tasa de cesación en personas con EPOC.

Explicaciones

- Riesgo de sesgo en asignación de la intervención
- Imprecisión: IC95% muy amplios que podrían modificar la decisión si nos posicionamos en los extremos.
- Riesgo de sesgo
- Imprecisión: no cumple con tamaño óptimo de la información (TOI).

- e. Las personas con EPOC presentaban una media de VEF1 de 55% y tenían un consumo promedio de 20 cig/día.
- f. Riesgo de sesgo alto o no claro en varios dominios
- g. Las personas con EPOC presentaban una media de VEF1 de 65% y de 73% en cada estudio. El consumo de tabaco era de 24 y 28 cig/día.
- h. Las personas con EPOC presentaban una media de VEF 1 de 61% y fumaban 25 cig/día.

Referencias

1. van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2016.

SoF 49. Tratamiento conductual combinado con fármacos comparado con ninguna intervención o cuidado habitual en personas fumadoras con VIH

Población: personas fumadoras con VIH (virus de inmunodeficiencia humana)

Configuración: atención ambulatoria

Intervención: tratamiento conductual combinado con fármacos

Comparación: ninguna intervención o cuidado habitual

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin tratamiento	Con tratamiento	Diferencia		
Tasa de cesación continua (abstinencia prolongada) mayor a 6 meses Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 1602 (6 ECA) ¹	RR 1,00 (0,72 a 1,39)	8,0%	8,0% (5,8 a 11,2)	0,0% menos (2,2 menos a 3,1 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	El tratamiento conductual combinado con fármacos podría no aumentar la tasa de cesación en personas fumadoras con VIH +
Tasa de cesación a corto plazo Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 4 a 20 semanas Nº de participantes: 1785 (11 ECA) ¹	RR 1,51 (1,15 a 2,00)	7,9%	11,9% (9,1 a 15,8)	4,0% más (1,2 más a 7,9 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{c,d}	Las intervenciones de cesación (tratamiento conductual y fármacos) en personas con VIH + podría aumentar la tasa de cesación

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

RR: Razón de riesgo

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. Riesgo de sesgo alto en un estudio en la asignación de la intervención.

- b. Imprecisión: El IC95% incluye tanto la posibilidad de efecto como de no efecto.
- c. Evidencia indirecta: tiempo corto de seguimiento.
- d. Imprecisión: no cumple con criterio de tamaño óptimo de la información (TOI).

Referencias

1. Pool ERM, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P and Siddiqi K. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2016.

SoF 50. Intervenciones de cesación comparado con no intervenir para personas fumadorascon patología oncológica

Población: personas fumadorascon patología oncológica

Configuración: ambulatoria

Intervención: Intervenciones de cesación

Comparación: no intervenir

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin tratamiento	Con tratamiento	Diferencia		
Tasa de cesación Evaluado con: autorreporte y/o validación bioquímica Seguimiento: rango 6 meses a 12 meses Nº de participantes: 1214 (8 ECA) ¹	OR 1,31 (0,93 a 1,85)	19,1%	23,6% (18 a 30,4)	4,5% más (1,1 menos a 11,3 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Las intervenciones en cesación (comportamental y farmacológica TRN, bupropión, vareniclina) muy probablemente aumenten la tasa de cesación

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

OR: Razón de momios

GRADE Working Group grados de evidencia

Calidad alta: existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad moderada: existe una alta confianza moderada en el estimador del efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia pero existe la posibilidad de que sea diferente.

Calidad baja: la confianza en el estimador del efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de la evidencia.

Calidad muy baja: existe muy poca confianza en el estimador del efecto. Cualquier resultado estimado es incierto

Explicaciones

- a. Imprecisión: el IC95% comprende tanto la posibilidad de efecto como la posibilidad de no efecto

Referencias

1. Smriti Nayan, Michael K. Gupta, Julie E. Strychowsky, Doron D. Sommer. Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in the Oncology Population: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. Otolaryngology– Head and Neck Surgery; 2012.

Resumen narrativo de la evidencia

El panel fue consultado sobre la conveniencia de conservar un resumen narrativo de la evidencia en la 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) evaluó que la presencia de un sistema de **identificación de las personas que fuman** (preguntar estatus y registrar) se asocia a un aumento de la tasa de intervención por parte de los y las 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 personas fumadoras se asoció a un aumento de la tasa de cesación OR 2,0 (IC95%: 0,8 a 4,8) [1].

Múltiples estudios de cohorte y de casos y controles, muestran daño significativo para la salud aún con el consumo de pocas cantidades de cigarrillos como en aquellas personas que **no fuman diariamente** (fuman de modo intermitente, etc.) [24] (tabla 1). Las personas que fuman de este modo cumplen con los criterios de dependencia.

Tabla 1: Riesgos para la salud de pocos cigarrillos. Modificada de Schane y col [24].

Enfermedad	Tabaquismo	Riesgo para la persona que fuma (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 1,50 para varones (1,00 a 2,30)
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 2,40 (1,30 a 4,30)
Cáncer pancreático	< 10 cig/día	RR 1,80 (1,40 a 2,50)
Enfermedades respiratorias		
Infecciones respiratorias bajas	< paquete/día	RR 1,50 para varones RR 1,13 para mujeres
Tos prolongada	< paquete/día	7,7 días en personas que fuman vs 6,8 días en no fumadores
Salud reproductiva		
Retraso en el tiempo a la concepción	1-4 cig/día	OR 1,10 para 6 meses de retraso OR 3,20 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 1,40 (0,80 a 2,50)
Otras enfermedades		
Fractura de tobillo en mujeres	1-10 cig/día	OR 3,00 (1,90 a 4,60)
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 1,60 (1,30 a 2,10)

El **consejo profesional** para dejar de fumar aumenta significativamente la tasa de cesación a 6 meses RR 1,66 (IC95% 1,42 a 1,94)[25]. 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) [26]. Las intervenciones de cesación provistas por profesionales de **odontología** aumentan la tasa de cesación comparado con la ausencia de la intervención OR 1,74 (IC95% 1,33 a 2,27)[27]. Las intervenciones breves (consejo y consejería práctica) impartido por profesionales de **farmacia** 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 [28].

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, se asocia a una tasa de cesación con un RR 1,32 (IC95% 1,17 a 1,48) pero no son más efectivas que la intervención no basada en los estadios de cambio [29]. 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 [29].

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 personas adultas en consulta de atención primaria reveló que la **entrevista** 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)[30]. 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 una menor intensidad RR 1,23 (IC95% 1,11 a 1,37) [30].

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: a) exposición al tabaco: CO exhalado (COexh) o cotinina (saliva o sangre); b) medición de riesgo de enfermar: determinación individual de riesgo para cáncer o enfermedad de Crohn; c) 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) no se asociaron a la tasa de cesación RR 1,00 (IC95% 0,83 a 1,21)[31]. Las mediciones de riesgo de enfermar de cáncer o enfermedad de Crohn no produjeron diferencias en la tasa de cesación RR 0,80 (IC95% 0,63 a 1,00). Las mediciones de detección de daño presentaron 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 personas adultas 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[32].

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) [33]. 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)[34]. 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) [35]. 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) [35].

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) [36]. 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) [36]. 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) [36].

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) [36].

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 una sola disciplina fue del 18,3% (IC95% 15,4 a 21,1), para profesionales sanitarios de 2 disciplinas diferentes

23,6% (IC95% 18,4 a 28,7) y para tres 23% (IC95% 20,5 a 25,9) comparado con ningún/a 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)[37]. 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)[37]. 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)[37].

Es habitual plantear la cesación fijando un **día D** en que la persona que fuma deja definitivamente. Algunas personas que fuman 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[38]. 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) [39].

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) [40].

Una 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) [41]. Los estudios incluyeron personas mayores de 18 años que fumaban 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[42]. 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 y las usuarias 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 personas adultas, 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[43].

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/as. 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[44].

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 1,00 (IC95% 0,66 a 1,52)[45]. En este análisis los mensajes de texto fueron más efectivos que intervenciones mínimas RR 1,54 (IC95% 1,19 a 2,00). 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)[46] 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)[47]. Se ha realizado en nuestro país el estudio piloto de una herramienta de realidad virtual que sugiere la factibilidad de su uso [44].

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 persona fumadora (preparada o no para dejar) [48]. Excluyeron específicamente a las embarazadas y los y las 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 (como 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)[35]. 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)[37]. 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)[37].

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 personas que fuman 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. 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) [49].

Otro estudio realizado por De Dios y col. (n=32) compararon vareniclina, TRN y placebo en latinos: a los 6 meses, de 23 participantes en seguimiento, sólo 3 estaban sin fumar (0 grupo parche de nicotina, 3 con vareniclina y 0 con placebo) [49][50].

Ahluwalia y col. (n=755) evaluaron el efecto de una intervención motivacional y chicles de nicotina contra placebo en afroamericanos/as encontrando que estos no aumentan la tasa de cesación a 6 meses OR 1,31 (IC95% 0,84 a 2,02)[49][51].

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)[35].

Quienes participaron de los estudios fueron típicamente personas adultas, que fumaban 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 personas que fumen 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) [52].

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)[53]. 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[53].

La eficacia de los **chicles de nicotina** fue medida en los resultados de la RS-MA antecitada (56 ECA, n=22.581) usuarios/as de chicles de nicotina aumentan la tasa de cesación comparados con el placebo con un RR 1,49 (IC95% 1,40 a 1,60)[53]. 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% [54].

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)[53].

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) [53]. Los estudios incluyeron personas adultas sanas de edades medias, consumidoras de no menos de 15 cig/día y recibieron apoyo comportamental intensivo. Como intervención se evaluaron dosis 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 spray ($p < 0,05$ para la asociación lineal) [55].

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 [56]. Las dosis de 300 y 150 mg/día (3 ECA de 2.042 casos) probablemente sean efectivas de modo similar RR 1,08 (IC95% 0,93 a 1,26). 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 muy probablemente no aumente los efectos adversos neuropsiquiátricos, en la población general, comparado con placebo mientras que, probablemente, aumente los efectos adversos neuropsiquiátricos en población con padecimiento mental previo [57].

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) [58].

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) [59]. 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) 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 personas que fuman que presentan alta dependencia, acorde a los resultados de una RS-MA (12 ECA con 3.487 sujetos) de la Colaboración Cochrane publicada por Hughes y col. RR 1,19 (IC95% 0,94 a 1,51) [56]. Este efecto se verifica tanto para el uso de parches (9 ECA, $n=1.774$) RR 1,24 (IC95% 0,84 a 1,84); como para comprimidos dispersables (2 ECA, $n=1.051$) RR 1,21 (IC95% 0,81 a 1,81) [56]. Las poblaciones estudiadas constaban principalmente de personas que fuman 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) [60]. La combinación de parches y alguna forma de TRN de rápida absorción como espray, comprimidos dispersables o chicles (12 ECA, n=8.992) ha demostrado ser más efectiva que los parches RR 1,23 (IC95% 1,12 a 1,36) y que los productos de absorción rápida (6 ECA, n=2.364) utilizados en forma aislada RR 1,30 (IC95% 1,09 a 1,50) [60]. 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 sobre la combinación de **vareniclina más parches comparado con vareniclina** que incluyó 2 ECA (n=776) con seguimiento a 6 meses [61]. Los estudios incluyeron personas de edades medias de la vida, que fumaban >20 cig/día y excluyeron aquellas con enfermedades comórbidas como los padecimientos mentales. Si bien meta-analizando dichos estudios, la combinación de vareniclina más parches de nicotina aparece como más efectiva que vareniclina sola para la tasa de cesación RR 1,36 (IC95% 1,07 a 1,72), uno de los estudios no encontró efecto significativo OR 1,17 (IC95% 0,40 a 1,90) salvo en personas fumadoras de más de 30 cig/día, son pocos estudios (no alcanza criterio de tamaño óptimo de la información) y excluye numerosas comorbilidades por lo que resulta evidencia indirecta al generalizar su uso. En cuanto a eventos adversos serios, se evaluaron sobre 3 ECA (n=893) verificando que la vareniclina más parches muy probablemente los aumenten RR 1,06 (IC95% 0,27 a 4,05) [61].

La **combinación de bupropión y vareniclina** podría aumentar ligeramente la tasa de cesación comparada con vareniclina según los resultados de una RS-MA (3 ECA, n=1.057) publicada por Howes en 2020 RR 1,21 (IC95% 0,95 a 1,55) [62]. 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) [62]. 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 personas que fuman 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) [63].

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 (4 ECA, n=1.644) RR 1,21 (IC95% 0,94 a 1,55), sin embargo, aumentaría la tasa de abandono entre el 4% al 12% (boca seca, sedación, constipación, retención urinaria, etc.)[56].

Prevención de recaídas

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 personas que fuman de edades medias sin enfermedades asociadas de importancia. La extensión de las intervenciones conductuales intensivas desde el día D (5 ECA, n=1.121) se asocia con reducción de la tasa con RR 1,06 (IC95% 0,82 a 1,36)[48].

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 (4 ECA con n=553) RR 1,04 (IC95% 0,77 a 1,40); bupropión por 4 a 12 meses (9 ECA con n=1.697) RR 1,15 (IC95% 0,98 a 1,35) y vareniclina por 6 meses (2 ECA con n=1.297) RR 1,23 (IC95% 1,08 a 1,41). También la combinación de bupropión con TRN (2 ECA con n=243) RR 1,18 (IC95% 0,75 a 1,87). 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 [48].

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 mediados por la nicotina en el sistema nervioso central, entre otros [64,65].

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 (4 ECA, n=252) la DM de peso corporal fue -0,38 kg (IC95% -2 kg a 1,24 kg). En el caso de TRN (15 ECA, n=1.334) globalmente la DM -0,42 kg (IC95% -0,92 kg a 0,08 kg). Para cada TRN fue: chicles (4 estudios) DM -0,58 kg (IC95% -1,02 a -0,13), parches (10 estudios) DM -0,45 kg (IC95% -0,70 a -0,20), spray (2 estudios) DM -0,37 kg (IC95% -1,19 a 0,45), spray nasal + parches (1 estudio) DM 0,90 kg (IC95% -1,54 a 3,34). 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); al año la diferencia no se mantuvo. Para vareniclina (2 ECA, n=151) el resultado fue DM 1,11 kg más alto (IC95% -0,75 kg a 2,98 kg)[66].

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 [66].

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 personas mayores de 18 años, que fumaban 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 sino de dependencia o consumo crónico de nicotina[67].

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 [68].

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 (2 ECA, n=911) encontrando una tasa de cesación favorable con RR 3,29 (IC95% 1,84 a 5,90), con incidencia de efectos adversos gastrointestinales leves, generalmente náuseas (4 ECA, n=1.478) RR 1,76 (IC95% 1,28 a 2,42)[69].

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 (3 ECA, n=205) el resultado fue RR 0,76 (IC95% 0,42 a 1,37) y para benzodiacepinas (diazepam, 1 ECA, n=76) RR 1,00 (IC95% 0,56 a 1,80)[70]. **Betabloqueantes.** Hughes y col. (2000) parabetabloqueantes identificó sólo un ECA (n=130) con tres ramas que comparó oxprenolol (R 5,31 (IC95% 0,68 a 41,74) y metoprolol (R 7,52 (IC95% 1 a 56,66) contra placebo [70]. **Acetato de plata.** La RS-MA publicada por Lancaster y col. evaluó al acetato de plata (2 ECA, n=785) para dejar de fumar RR 1,04 (IC95% 0,65 a 1,57)[71]. **Antidepresivos.** La RS-MA publicada por Hughes y col. (2014), evaluó el uso de antidepresivos para la cesación tabáquica: IMAO (moclobemida y selegilina, 6 ECA, n=827) RR 1,29 (IC95% 0,93 a 1,79), IRSS (fluoxetina, paroxetina y sertralina, 4 ECA, n=1.236) RR 0,93 (IC95%

0,71 a 1,22) y venlafaxina (1 ECA, n=147) RR 1,22 (IC95% 0,64 a 2,32)[56]. **Naltrexona.** La RS-MA publicada por David y col. en 2014 para la eficacia de antagonistas de los opioides (8 ECA, n=1.213) mostró una relación entre naltrexona y tasa de cesación de RR 0,97 (IC95% 0,76 a 1,24)[72]. **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 [73].

Cannabinoides. Distinto es el caso de los cannabinoides para los cuales la RS-MA publicada por Cahill y col. (2 ECA, n=1049) mostró una asociación para los cannabinoides (ej. rimonabant) y la tasa de cesación de RR 1,50 (IC95% 1,10 a 2,05) pero han sido retirados del mercado por efectos adversos serios[74].

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. (n=928) sobre glucosa para la cesación con RR 1,08 (IC95% 0,78 a 1,49)[75]. La RS-MA de White y col. en 2014 exploró la eficacia de la acupuntura tradicional (11 ECA, n=1892) y opciones relacionadas: **acupuntura tradicional:** RR 1,10 (IC95% 0,86 a 1,40), **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)[76].

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[77].

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 a la persona al daño del tabaco [78]. 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 [79].

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 [80].

Una RS-MA de Rosen y col. publicado en 2012 (18 ECA, n=7.053) evaluó la eficacia de las **intervenciones centradas en las madres y 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 madres y padres fue efectiva RR 1,34 (IC95% 1,05 a 1,71) para que dejen de fumar [81].

La dependencia de la nicotina se establece rápidamente en el inicio de la experimentación del tabaco [82–84]. 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) [85]. Los 13 ECA incluidos con 21.700 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.

El mismo Grupo de Trabajo de Servicios de Prevención de EE.UU. (*U.S. Preventive Services Task Force*) no recomienda el uso de medicaciones para la cesación en adolescentes ya que no son medicaciones aprobadas por la agencia regulatoria de dicho país (*Food and Drug Administration* -FDA-) para esta población y no se encontraron diferencias en las tasas de cesación al final del seguimiento en los únicos tres ensayos clínicos identificados (n=788 uno con reemplazo nicotínico y dos con bupropión)[49].

Embarazadas

Las **preguntas múltiples** aumentarían la identificación del estatus de fumadora en personas 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 [86,87]: “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 [88]. 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% [89].

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 [90]. La prevalencia de tabaquismo medida por autorreporte o mediciones biológicas en un estudio multicéntrico en hospitales públicos de Argentina y Uruguay fue del 11% entre 796 mujeres embarazadas en nuestro país [91]. En otro estudio multicéntrico que incluyó 678 casos, la prevalencia de tabaquismo por autorreporte 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 [92].

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) [91]. 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 (30 ECA, n=12.432) fue efectiva RR 1,44 (IC95% 1,19 a 1,73)[93]. La intervención de educación sanitaria variaba y combinaba dos o varias de las siguientes: utilización de COexh para concientización; cartas desde la clínica o médica/o concientizando de los daños del tabaquismo durante en el embarazo, consejo de 10 a 20 minutos; entrega de folleto a la mujer y la familia; manual de modificación comportamental; contrato individual de la fecha y designación de otra persona 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 (5 ECA, n=629), en una o varias oportunidades para aumentar la tasa de cesación durante el embarazo fue RR 1,59 (IC95% 0,99 a 2,55)[93].

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 personas embarazadas (2 ECA, n=355) aumenta la tasa de cesación durante el embarazo RR 4,39 (IC95% 1,89 a 10,21)[93].

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[94]. 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 (8 ECA, n=2.199) RR 1,41 (IC95% 1,03 a 1,93). En cuanto a la seguridad, el uso de TRN durante el embarazo y los desenlaces de interés sobre la madre y su hijo/a 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[95].

Salud mental

Las personas con **padecimientos mentales** tienen mayor prevalencia e intensidad de tabaquismo que la población general [96]. 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 [97]. Una RS-MA publicada por Pearsall y col. en 2019 (3 ECA, n=104) 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). En cuanto a vareniclina en personas con depresión o trastorno bipolar (2 ECA, n=188) su eficacia fue RR 3,69 (IC95% 1,08 a 12,60) y para TRN en esquizofrenia y trastornos afectivos y bipolaridad (1 ECA, n=298) RR 2,74 (IC95% 1,10 a 6,81) para la tasa de cesación [98]. 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 [57].

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 (11 ECA, n=1.759) fue RR 1,33 (IC95% 0,90 a 1,95) y de la farmacoterapia (TRN, bupropión, vareniclina, 11 ECA, n=1808) RR 1,88 (IC95% 1,37 a 2,57) comparado con no intervenir. Para la combinación de terapias comportamentales y farmacológicas (12 ECA, n=2.229) tuvo un RR de 1,74 (IC95% 1,39 a 2,18)[99].

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 personas que fuman que se **internaron** mostró que la consejería (17 ECA, n=5.608), que incluía intervenciones intensivas (incluyendo contacto durante la internación y contacto tras el alta de más de un mes de duración), es efectiva para la tasa de cesación RR 1,65 (IC95% 1,44 a 1,90). También encontraron que las intervenciones comportamentales combinadas con TRN (5 ECA, n=644) muy probablemente aumentan la tasa de cesación RR 1,47 (IC95% 0,92 a 2,35) comparadas con no intervenir durante la internación [100]. 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 las personas incluidas habían sido internadas por causas cardiológicas como infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca o cirugía de revascularización miocárdica.

Las personas que fuman tienen mayor riesgo de complicaciones postoperatorias y la cesación preoperatoria puede ser efectiva para disminuir tal riesgo[90]. Una RS-MA Cochrane publicada por Thomsen y col. en 2014 evaluó el tratamiento conductual y farmacológico (habitualmente con oferta de nicotina) en personas fumadoras en situación **preoperatoria** 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 (2 ECA, n=210) fueron RR 10,76 (IC95% 4,55 a 25,46) y para las intervenciones breves (7 ECA, n=1.141) RR 1,30 (IC95% 1,16 a 1,46), para las intervenciones intensivas con múltiples contactos (2 ECA, n=210) las complicaciones postoperatorias disminuyeron con RR 0,42 (IC95% 0,27 a 0,65) al igual que con las intervenciones breves (4 ECA, n=493) RR 0,92 (IC95% 0,72 a 1,19)[101].

El consumo de tabaco 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) [24,90]. 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 (9 ECA, n=1.746) para la modificación del comportamiento (telefónica) RR 1,50 (IC95% 1,15 a 1,97); consejería para la modificación del comportamiento individual (5 ECA, n=912) RR 1,68 (IC95% 1,13 a 2,48); bupropión (4 ECA, n=1.398) RR 1,42 (IC95% 0,93 a 2,16); TRN (2 ECA, n=669) RR 1,23 (IC95% 0,86 a 1,76); y vareniclina (1 ECA, n=714) RR 2,64 (IC95% 1,72 a 4,06)[102]. 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 [100]. 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 (1 ECA, n=4030) RR 0,37 (IC95% 0,09 a 1,41); bupropión (1 ECA, n=4020) RR 1,13 (IC95% 0,44 a 2,92) y TRN (1 ECA, n=4036) RR 0,50 (IC95% 0,13 a 2,00)[58].

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 personas adultas mayores de 40 años en centros urbanos de Argentina [103]. La cesación tabáquica ha demostrado disminuir la mortalidad y la morbilidad, al disminuir la velocidad de deterioro de la función respiratoria [104]. 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 (1 ECA, n=3.562) RR 25,38 (IC95% 8,03 a 80,22) y combinado con tratamiento farmacológico (4 ECA, n=1.429) RR 2,53 (IC95% 1,83 a 3,50). En cuanto a los fármacos de primera línea han mostrado efectividad en la tasa de cesación en personas con EPOC: TRN (1 ECA, n=370) RR 2,60 (IC95% 1,29 a 5,24), bupropión (2 ECA, n=479) RR 1,96 (IC95% 1,18 a 3,25) y vareniclina (1 ECA, n=504) RR 3,34 (IC95% 1,88 a 5,92)[105]. Quienes fueron

evaluados/as se hallaban mayormente en la quinta década de vida, y sufrían de enfermedad leve a moderada.

Las **personas que fuman que presentan VIH positivo** tienen mayores tasas de mortalidad y peor calidad de vida que las personas VIH positivas no fumadoras [106–108]. Quienes fuman con serología positiva para el VIH se hallan en mayor riesgo de presentar enfermedad neumocócica invasiva, infecciones oportunistas y neumotórax espontáneo respecto a personas no infectadas [109–113]. Están motivados para dejar de fumar en forma comparable a cualquier otra población [114]. En una encuesta realizada a 128 infectólogos/as en nuestro país, se encontró que el 89% recomendaba dejar de fumar pero sólo un 23% aplicaba estrategias de cesación [115]. 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 (11 ECA, n=1.785), la eficacia fue RR 1,51 (IC95% 1,15 a 2,00), pero al evaluar la tasa de cesación continua a 6 o más meses (6 ECA, n=1.602) el impacto es menor: RR 1,00 (IC95% 0,72 a 1,39) [116].

Es importante impulsar la cesación a las personas que fuman y padecen **cáncer** porque esto mejora la calidad de vida, disminuye el riesgo de desarrollar un segundo tumor y permite mejorar su sobrevivencia [90] [117,118]. Seguir fumando se asocia a mayor toxicidad y menos efectos de los tratamientos [119–121]. Un MA demostró que personas 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 aquellas 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) [122]. La recaída en el tabaquismo se produce en un 42% de quienes presentan cáncer de pulmón [123]. 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 [124,125]. Una RS-MA publicada por Nayan y col. en 2013, evaluó la tasa de cesación en personas con patología oncológica (cánceres de tórax, cabeza y cuello, laringe/faringe y la esfera ginecológica). Las intervenciones en cesación (comportamental y farmacológica TRN, bupropión, vareniclina) resultaron ser efectivas para la cesación (8 ECA, n=1.214) OR 1,31 (IC95% 0,93 a 1,85) comparadas con no intervenir [126].

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/a pasivo/aa (si hay convivientes que fuman 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. En el algoritmo de la presente guía (figura 2) se conserva la mnemotecnia de las 5 A.

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 **Actúe**; o bien en tres pasos: **A**verigüe, **A**conseje y **Derive**; **A**verigüe, **A**conseje y **Actúe**. Otra forma de resumir los componentes de la intervención es el **ABC** (**A**sk: Averigüe, **B**riefAdvice: Aconseje, **C**essationSupport: Actúe).

Ayudar a quienes están listos para dejar de fumar 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.

Figura 2. Algoritmo para la cesación tabáquica de la GPC Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2020.

Algoritmo para la Cesación Tabáquica

basado en la Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2020



Criterios de dependencia y abuso

Criterios del Manual de clasificación de los padecimientos mentales (DSM 5) sobre "trastornos por consumo" (abuso y dependencia)[127]:

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 de la persona que fuma, 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 que fuman. 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 la persona 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; lo cual es normal en la adicción. 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 profesional.

La ambivalencia no es totalmente racional por lo cual es importante mantenerse cerca de los sentimientos, valores y creencias de la persona. **Las expectativas o creencias** sobre los posibles resultados tanto positivos como negativos pueden basarse en mitos, resultados y experiencias previas tanto propias como de otras personas que fuman.

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. 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.

La **confrontación, en cuanto estilo, no es adecuada** para promover la motivación. La persona que fuma, al sentir que se le imponen los valores desde afuera, puede generar una reacción adversa con aumento de la resistencia a cambiar. 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. 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, que cuando la persona que fuma presente 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 automotivación puede ser más o menos explícita.

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. Implicar a la persona que fuma es imprescindible a la hora de encontrar soluciones a sus 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 a la persona que fuma 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[128]).**

Expresar Empatía	• Recuerde que la aceptación facilita el cambio y aumenta la autoestima • Comprenda los sentimientos y perspectivas de las personas que fuman sin juzgar, criticar o culpabilizar: la ambivalencia es normal. • Trate a la persona que fuma como aliada y no como oponente. • 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? • 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? • Respete que cada persona tenga sus propias razones para cambiar.
-------------------------	---

Escuchar de manera reflexiva	• Escuche reflexivamente: acepte y comprenda la perspectiva de las personas que fuman sin que esto signifique estar de acuerdo con ella. • Mantenga una actitud reflexiva, aunque la persona muestre resistencia: • Refleje las palabras y significados de la persona que fuma; utilice sus mismas palabras para entrar más fácilmente en su marco interno. • Resuma los principales puntos de lo charlado. • Acepte como normales los sentimientos y las inquietudes de la persona que fuma (temor a engordar, a volverse irritable o a perder atractivo) • Apoye la autonomía y el derecho a elegir o rechazar el cambio. • Responda de una manera comprensiva y de modo válido para la persona que fuma.
Explicitar la discrepancia	• Ayude a tomar conciencia de las consecuencias del fumar y su discordancia con lo deseado en muchos aspectos de la vida. Ej.: valora la calidad de vida y el cigarrillo es una amenaza para ello. • Analice la discrepancia entre la conducta actual -con sus consecuencias- y los objetivos más importantes que desea lograr. Ej.: hace cosas para estar saludable, pero fuma, hace muchas cosas para cuidar a sus hijos e hijas, pero fuma delante de ellos/as. • Refuerce y apoye las razones propias para dejar de fumar de cada persona.
Evitar la Discusión	• No dé la impresión de tener respuestas para todo, esto lleva al paciente a un rol pasivo, o bien a no sentirse comprendido. • Las preguntas ayudan a explicitar la ambivalencia y a que la persona que fuma se plantee resolverla. • 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? • Sepa que atacar los argumentos del fumador genera defensividad. • Exprese los beneficios acorde a lo que le interesa a la persona.

Darle un giro a la resistencia	• Tenga en cuenta que las percepciones pueden cambiar y así crear un nuevo momento de cambio. • Evite el estilo confrontativo (no se trata de convencer). • Evite dar órdenes o poner “etiquetas”. • No mantenga una relación entre “experto” y “paciente”. • No imponga puntos de vista, sólo sugiéralos.
Fomentar la autoeficacia	• Manifieste confianza en la posibilidad de éxito ya que esto aumenta la sensación de autoeficacia de la persona. • Fomente el compromiso para el cambio: “hay tratamientos efectivos” • Repase la experiencia y los éxitos pasados para utilizarlos como base de aprendizaje para este intento actual. • Pacte pequeños avances hacia el cambio: • Llamar a la línea telefónica de ayuda 0800-999-3040 • Leer información (ej. página web) sobre estrategias y beneficios de dejar de fumar. • Cambiar el patrón de consumo (no fumar en lugares cerrados o en el auto). • Preguntar a conocidos que lo lograron cómo lo hicieron.

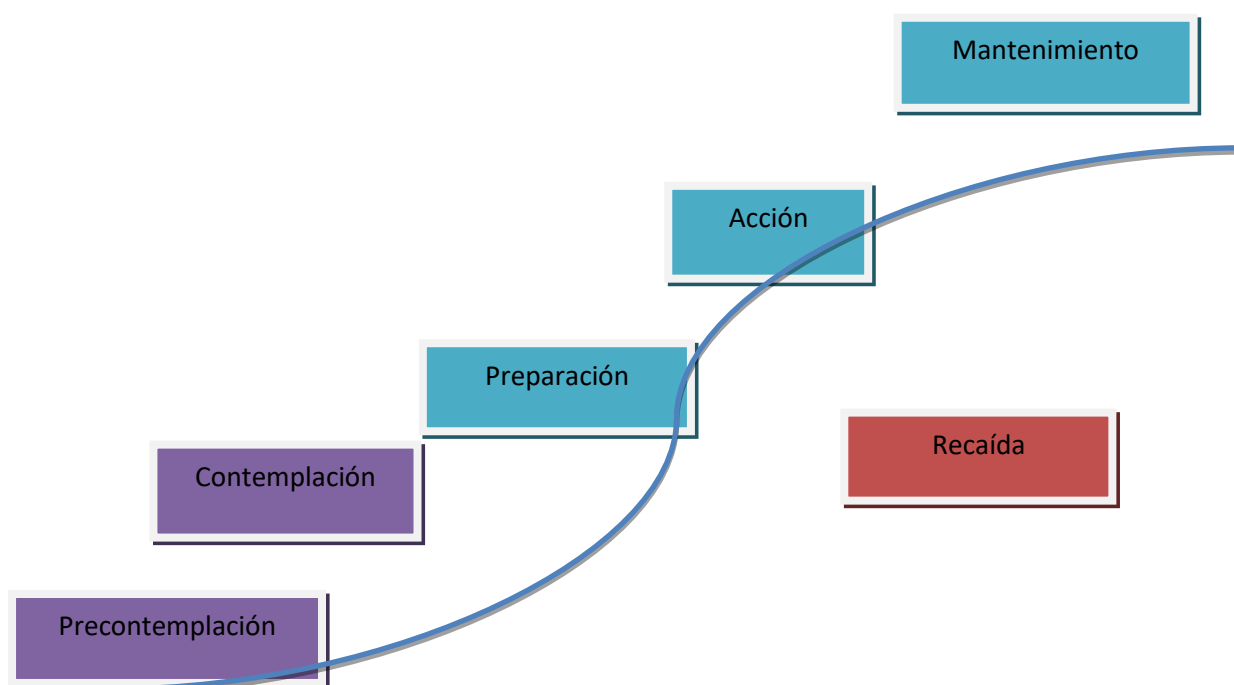
Estadios de cambio: estar listo/a –o no– para dejar de fumar

Las intervenciones en cesación, comprenden la valoración de la disposición de la persona que fuma ante el cambio (si está o no preparada para dejar). En este sentido, el modelo transteorético tiene un uso muy extendido y aceptado. Describe cinco estadios: **precontemplación**, **contemplación**, **preparación**, **acción** y **mantenimiento** (figura 3). 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 [129].

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 las preguntas abiertas son la estrategia principal.

Las personas en **preparación** están listas a realizar un intento de dejar de fumar 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 3. *Los estadios de cambio* (modificado de www.prochange.com)



En las intervenciones derivadas de este modelo aplican varios elementos a partir de la identificación del estadio en que se encuentre la persona respecto a seguir fumando y se requiere la reevaluación en distintos momentos del proceso.

Se puede sintetizar en que las personas están listas para dejar de fumar 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.

Dentro de las estrategias más cercanas a la cesación, se sugiere 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 de 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])

Asesoramiento práctico		
MANEJO DE ESTIMULOS Y DESARROLLO DE HABILIDADES	Reconocer las SITUACIONES de RIESGO de volver a fumar	Es importante que cada persona que fuma identifique sus propias situaciones de riesgo. Estos pueden ser acontecimientos, estados de ánimo y actividades que incrementan el riesgo de fumar o recaída: • Estar con otras personas que fuman • Tomar alcohol, café, bebidas con xantinas (mate, bebidas cola) • Situaciones de disforia y estrés: sentimientos negativos, estar bajo presión o tensión, sentirse angustiado o ansioso. • Accesibilidad y facilitadores de consumo: tener cigarrillos en la casa y convivientes que fuman. • Visitar lugares fuertemente asociados al hecho de fumar (ej.: casinos, reuniones con personas que fuman, etc.)

	Desarrollar HABILIDADES de AFRONTAMIENTO y de RESOLUCIÓN de PROBLEMAS	• Anticiparse y evitar situaciones desencadenantes (ej.: comunicar a otras personas que fuman que por un tiempo evitará algunas reuniones con ellas, o bien solicitar que estas reuniones 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.
APOYO BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALUD	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 alabandono 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.
APOYO SOCIAL Y FAMILIAR	Solicitar SOPORTE SOCIAL y FAMILIAR	• Trabajar sobre la contención familiar y social. • Informar el "Día D" a familiares y amigos/as. • 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 pueden brindar 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 OTRAS PERSONAS QUE FUMAN	• Ser apoyo de otras personas que fuman 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, telefónica o páginas web interactivas. El 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 persona que fuma. 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 un esquema orientativo de uso de TRN como monoterapia (tabla 4). Si se apunta a reemplazar en un 80% la nicotina absorbida del cigarrillo se podrían requerir dosis superiores a estas [130]. 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				
		Chicles 2 mg	Chicles 4 mg	Parches 10 cm ²	Parches 20 cm ²	Parches 30 cm ²
10	10 a 15	4-6	-	1	1	-
20	20 a 30	8-10	6-8	-	-	1
30-40	30 a 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
Parches de nicotina 7, 14 o 21 mg/ 24 hs	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. <u>Efectos adversos más frecuentes</u>: alteración del sueño, sueños vívidos, reacciones cutáneas leves (cambiar el lugar de aplicación cada día). Suspender en caso de reacción severa (menor al 5%). Existe evidencia de seguridad del uso concomitante de parches y la conducta de fumar [130]. <u>Instrucciones</u>: desde el día D. Colocar por la mañana sobre piel sana, seca y limpia (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 a 12 semanas se puede suspender sin descenso de dosis. <u>Presentación</u>: TTS 30 (liberan 21 mg/día nicotina) por 21 parches; TTS 20 (liberan 14 mg/día nicotina) por 21 parches; TTS 10 (liberan 7 mg/día nicotina) por 21 parches.	8 a 12 semanas
Chicles de nicotina 2 y 4 mg	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. <u>Efectos adversos más frecuentes</u>: hipo, eructos, dispepsia, dolor de la articulación temporomandibular. <u>Instrucciones</u>: iniciar desde el día D. Sugerir los de 2 mg en quienes fuman hasta 20 cig/día y los de 4 mg para los que presenten 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. <u>Presentación</u>: cajas de chicles de 2 o de 4 mg por 24 unidades.	8 a 12 semanas
Espray nasal de nicotina 1mg por dosis (0,5 mg por aplicación)	Venta bajo receta. <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 <u>Efectos adversos más frecuentes</u>: irritación nasal moderada o intensa los primeros días y más leve las semanas posteriores. Posible dependencia al espray.	8 a 12 semanas

	<u>Instrucciones:</u> una aplicación en cada fosa nasal (total 1 mg por dosis). Dosis mínima recomendada 8 dosis al día. Límite máximo 40 dosis/día (5 dosis/hora). Aplicar hacia el tabique nasal y no inhalar. <u>Presentación:</u> envases por 200 aplicaciones de 0,5 mg (100 dosis)	
Comprimidos dispersables de nicotina 1 y 2 mg	Venta libre <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. <u>Efectos adversos más frecuentes:</u> hipo, náuseas y pirosis, cefalea y tos. <u>Instrucciones:</u> iniciar desde el día D. Sugerir los de 1 mg en quienes fuman hasta 20 cig/día y los de 2 mg ante alta dependencia. Usar un comprimido cada 1 a 2 horas (hasta 24 comprimidos por día). Dejar que se disuelva en la boca (chupar) de modo intermitente. No tragar ni masticar. Evitar bebidas ácidas (café, jugos cítricos) y alimentos desde los 15 minutos previos y durante su uso. <u>Presentación:</u> envases de 1 o de 2 mg por 36 comprimidos dispersables (pastillas).	8 a 12 semanas
Bupropión	Bajo receta archivada. Exige seguimiento médico. <u>Contraindicaciones:</u> epilepsia, alguna convulsión 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 predispongan a convulsiones (ej: hipoglucemiantes, insulina, teofilina, antipsicóticos, antidepresivos, corticoides sistémicos). IMAO. Alcoholismo activo. <u>Precaución:</u> diabetes, antirretrovirales. <u>Embarazo:</u> droga clase C. <u>Efectos adversos más frecuentes:</u> alteración del sueño, boca seca, cefalea, reacciones alérgicas. Se describen en algunos casos ánimo deprimido y agitación y aparición de hipertensión arterial durante el tratamiento. El efecto adverso más grave es la aparición de convulsiones (1/1000), por lo que todos los comprimidos son de liberación controlada. 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 los costos. NUNCA tomar dos comprimidos juntos. <u>Instrucciones:</u> comenzar 1 a 2 semanas antes de la fecha de abandono del tabaco. Dosis total de 150 mg: 1 comprimido matinal como único tratamiento por 8 a 12 semanas. 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 se tome antes de las 18 hs para evitar el insomnio). La dosis total por día no debe exceder los 300 mg. Recomendar reducir la toma de alcohol. <u>Presentación:</u> comprimidos de 150 mg por 30 y 60.	8 a 12 semanas

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) o evaluar ante portación de arma.

Instrucciones: la primera semana: dosis creciente 0,5 mg por la mañana los primeros 3 días. A partir del 4º día: 0,5 mañana y tarde. A partir de la segunda semana: 1 mg mañana y tarde hasta completar 12 semanas. Planificar DIA D entre los 7 a 10 días de haber iniciado el fármaco. Para reducir insomnio y náuseas, se puede elegir tratamientos de 1 mg/día.

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

Al momento de la edición de la GPC, vareniclina no se encuentra disponible en el mercado por resolución de aspectos vinculados al nivel de nitrosaminas en los comprimidos.

12
semanas

Embarazo

El embarazo es un período especialmente receptivo a los cuidados de la salud. El rol de los y las profesionales de la salud es detectar aquellas personas embarazadas 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 personas embarazadas 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.argentina.gob.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 6. Estrategias de intervención en personas que dejaron de fumar recientemente.

Felicitar por todo éxito y estimular a mantenerse sin fumar

Utilizar preguntas abiertas para facilitar la expresión de aspectos relevantes del abandono:

- Beneficios: para la salud y bienestar; el logro, la independencia al no fumar, económicos, sociales, familiares y otros.
- Cada aspecto de lo logrado: duración sin fumar, sobrellevar la abstinencia, la ventaja de haberse manejado adecuadamente, haber pedido ayuda, haber aprendido. Creatividad para vencer los *cravings*, etc.
- Aspectos negativos vinculados a la abstinencia o de falta de soporte social: cambios en el ánimo, aumento de peso, convivencia con otras personas que fuman, coincidencia con eventos estresantes.
- Comprobar el uso correcto de la medicación si la está tomando: dosis, horarios, efectos adversos, etc.

Comentar los problemas que enfrentan las personas exfumadoras

Falta de apoyo para dejar de fumar:

- Programar visitas o llamadas telefónicas de seguimiento.
- Animar a que llame a la línea telefónica de ayuda 0800-999-3040.
- Ayudar a la persona a identificar apoyo en su entorno.
- Derivarlo a asesoramiento intensivo individual o grupal.

Estado de ánimo negativo y depresión:

- Evaluar la intensidad de los síntomas.
- Ofrecer derivación o tratamiento según los casos.

Síndrome de abstinencia intenso o prolongado:

- Intensificar la consejería y las estrategias farmacológicas: actividad física, tomar agua, actividades relajantes, asociar fármacos, aumentar dosis, etc.

Ganancia de peso:

- Recomendar el inicio/incremento de la actividad física.
- Tranquilizar y explicar que puede haber una leve ganancia de peso autolimitada.
- Insistir en que es más importante lo que está ganando para su salud al dejar de fumar.
- Recomendar una alimentación sana y saludable. Sugerir sustitutos de bajas calorías (caramelos y chicles).
- Mantener los fármacos que retrasan la ganancia de peso (ej. bupropión, TRN).
- Derivar a un especialista en nutrición.

Recaídas puntuales (deslices):

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

Anexos metodológicos

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 fundamentan cada intervención recomendada, mayor explicitación de los desenlaces, mayor explicitación de los marcos de traspaso de la evidencia a la recomendación que incluyen un resumen para cada recomendación y la búsqueda bibliográfica de las preferencias de los pacientes.

ANEXO 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.)[6,131]. 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/ ALCANCE/ TIPO DE PREGUNTA	PACIENTE/ POBLACIÓN/ PROBLEMA	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN CON OTRA INTERVENCIÓN	OUTCOME DESENLACE O RESULTADO	VALORACIÓN/ 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, las personas usuarias y destinatarias. 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 para 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 las personas que fuman, 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 (medicina, enfermería, odontología, farmacéuticos y otros) **interrogue y registre** el estado de fumador/a?
2. ¿Cuál es la eficacia del **consejo de cesación** del equipo de salud?
3. ¿Cuáles son las estrategias **motivacionales** más 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, teleconsultas, 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** para dejar de fumar?
6. ¿Es recomendable tratar **farmacológicamente** a las personas que fuman **pocos cigarrillos**?
7. ¿Cuáles son las intervenciones (farmacológicas, conductuales y sobre actividad física, alimentación, 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 tabáquica?
9. ¿Cuáles son los tratamientos que por evidencia de ineficacia o por falta de evidencia de eficacia (**acupuntura, citisina, benzodiacepinas, etc.**) debe recomendarse en contra?
10. En **embarazadas** ¿Cuáles son las estrategias efectivas y seguras (preguntas múltiples, consejo, consejería práctica, mediciones biológicas, fármacos) para la cesación tabáquica?
11. En **niños, niñas y adolescentes** ¿Cuáles son las estrategias efectivas y seguras para la prevención de inicio en NNyA y para la cesación tabáquica de los padres y madres?
12. ¿Cuáles son las estrategias efectivas para el tratamiento de personas con **enfermedades asociadas** relacionadas particularmente con el consumo de tabaco: en el ámbito de internación, con antecedente de padecimientos mentales, personas internadas, quirúrgicos o con complicaciones postoperatorias, personas con EPOC, con patología cardiovascular, antecedentes de VIH o 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 principal medida de resultado de eficacia fue la **tasa de cesación**, puntual o continua preferentemente con validación bioquímica y/o autorreporte, por 6 o más meses (criterios de Russell) con puntaje 7 (crítico).

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

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

Para la pregunta sobre identificación del estatus de fumador/a 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 de 6 (importante, pero no crítico).

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

El efecto adverso dependencia/consumo crónico de nicotina (por ejemplo, en cigarrillo electrónico) fue calificado con puntaje 7.

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 atribuya un puntaje no crítico.

Dado que los programas provinciales de control de tabaco son claves para la implementación de la GPC en todas las jurisdicciones del país y 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, a todos los referentes provinciales de los programas. Estos acordaron que las preguntas clínicas y desenlaces propuestos eran relevantes para sus jurisdicciones.

ANEXO 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 la persona atendida 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/la profesional experta/o (o alguien con quien 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 tenían o no conflictos potenciales con un cuestionario específico a tal fin con valor 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:
 - a. 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, remunerada o no, en entidades comerciales que tienen 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:
 - Una relación cercana con alguna persona que pueda tener ciertos intereses en la publicación de su estudio o revisión.
 - Una relación de compañerismo o rivalidad académica con alguna persona que pueda tener ciertos intereses en la publicación del estudio o revisión.
 - Ser miembro de un grupo político o de interés especial que pueda tener ciertos intereses en la publicación del estudio o revisión.
 - Una convicción personal o religiosa profunda que pudo haber afectado la publicación del estudio o revisión.

Valoración:

De 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 influía en su participación. Un miembro declaró que en los últimos dos años había actuado como experto en entidades comerciales que tenían 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 DNAIENT.

La totalidad de panelistas participaron de las discusiones y valoraciones por entenderse que más del 75% del panel no declaraba vínculos que sugiriesen potenciales conflictos de interés y el grado de acuerdo se basaba en el 75% del consenso. Se entiende que al contar con un panel numeroso mayoritariamente sin vínculos con la industria farmacéutica se anularon los posibles sesgos a este respecto.

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 desempeñaban como asesores técnicos del PNCT al momento de la actualización. Se declara que el equipo elaborador gozó de independencia editorial en la redacción de las recomendaciones.

ANEXO 3 Búsqueda de la evidencia y análisis de los hallazgos

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”, “recomendaciones”, para el período 2015-2020. Tanto la búsqueda como los resultados fueron revisados de manera independiente por una metodóloga y un metodólogo (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 www.ncbi.nlm.nih.gov, Trip <http://www.tripdatabase.com/>, The Community Guide <https://www.thecommunityguide.org>, Agency for Healthcare of Research and Quality <https://www.ahrq.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/guias

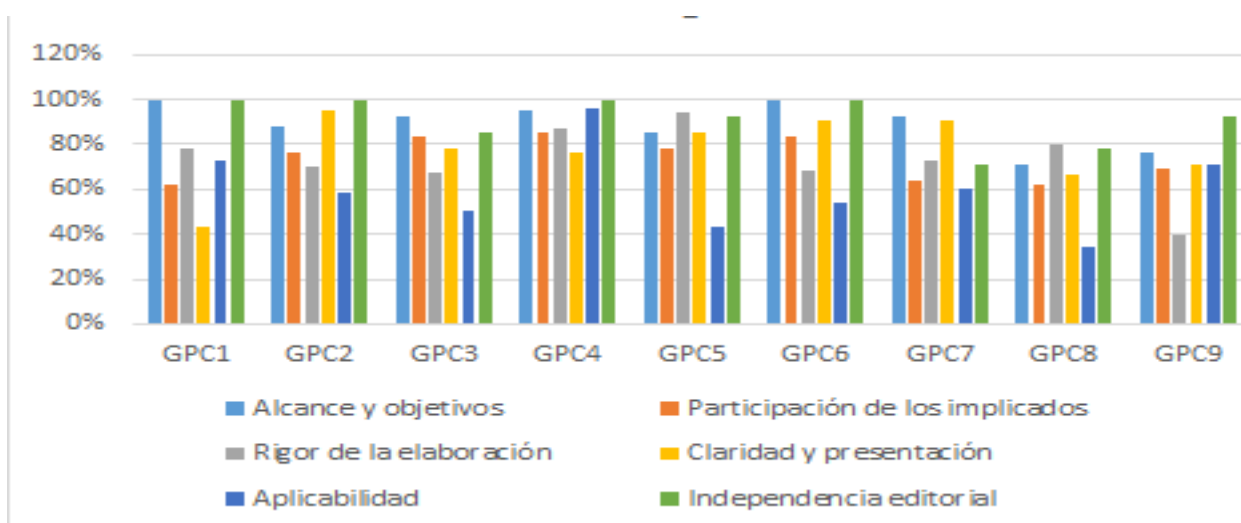
metodologicas.html, Ministerio de Salud de la Nación de Chile, DIPRESE, <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-auge/> Base Internacional de Guías GRADE OPS/OMS sites.bvsalud.org/bigg/biblio/.

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*)[132]. 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 cuatro observadores independientes (BC, NG, BF y MB). Los resultados de la evaluación fueron volcados en una planilla de cálculo Microsoft Excel®. Los desacuerdos entre quienes evaluaron fueron resueltos por consenso simple. El equipo elaborador prefirió usar la evaluación AGREE II + ADOLOPMENT por encima del uso del instrumento AGREE-REX no disponible en español.

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



Para esta guía se seleccionaron como insumo las GPC que, presentando concordancia en los alcances y objetivos con la GPC propuesta, responden a las preguntas clínicas, son de buena calidad metodológica (puntaje superior al 70% en “rigor en la elaboración” con el instrumento AGREE II), brindan las estrategias de búsquedas sistemáticas y tienen disponible la extracción de la evidencia y la construcción de perfiles GRADE (tabla A.2. grilla *adolopment*).

Tabla A.2. Grilla GRADE-adolopment

Guía preseleccionada	Concordancia: alcances y objetivos	Respuesta a las PC	Calificación AGREE II: Rigor de la elaboración	Brinda estrategia de búsqueda	Idioma	Brinda tablas de evidencia a 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 [133]	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 [134]	si	si	71%	no	inglés	no
GPC 3. Clinical Practice Guidelines on Treatment of Tobacco Use Disorder. Ministry of Health. Malaysia. 2016[135]	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 [136]	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 [61]	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 [137].	si	parcial	70%	no	inglés	no
GPC 7. Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo, Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. Chile 2017 [138]	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 [139].	si	parcial	80%	genérica	inglés	no
GPC 9. ENSP Guidelines for treating tobacco dependence. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. 2016 [140]	si	parcial	39%	no	inglés	no

3. Búsqueda exhaustiva y revisión crítica de RS-MA

La respuesta a las preguntas clínicas fue actualizada 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 debe basarse 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 4 Elaboración de las recomendaciones

La **calidad de la evidencia** indica hasta qué punto podemos confiar en que el estimador del efecto es correcto. La **fuerza de una recomendación** significa hasta qué punto podemos confiar en que poner en práctica una recomendación conlleva 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 cuya finalidad es 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 su implementación.

En ese proceso, también se tienen en cuenta la aceptabilidad y factibilidad respecto a recomendar/sugerir cada intervención. Entre los insumos más relevantes que contribuyeron a enriquecer y fundamentar la discusión en el proceso de construcción de las recomendaciones de esta guía se incluyen: las políticas y datos epidemiológicos locales del 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 PNCT; el conocimiento de la situación nacional aportado por el PNCT desde 2003; la mirada de terreno brindada por los y las referentes provinciales; el análisis de los patrones de uso de los parches de nicotina aportados por la cartera nacional; el análisis de estudios nacionales aportados por las sociedades científicas e investigadores/as locales; la experiencia en implementación de múltiples GPC de la DNAIENT en el país (GPC nacionales de: tratamiento de la adicción al tabaco 2008 y 2011; prevención, diagnóstico y tratamiento de la Obesidad 2013, EPOC 2015, HTA 2019, Diabetes Mellitus tipo 2 2019, atención del Infarto Agudo de Miocardio 2020, etc.); y el análisis de preferencias y valores de los pacientes.

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 a 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 la discusión e identificar razones de desacuerdo y hacer las bases de las recomendaciones transparentes a los usuarios de las guías [7].

En la presente actualización, se revisaron las recomendaciones preexistentes, si estas se presentaban de modo conciso y a la vez con suficiente detalle de la acción a seguir. A su vez, se revisó que la secuencia sea 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 general de la sección de tratamiento farmacológico según el 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 la factibilidad de ser implementada (tabla A.3). 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. 3. Definición y alcance de las recomendaciones fuertes y condicionales [141]

Grado de la recomendación/d 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 de las personas o la sociedad. Ayudar a las personas 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

Valoración de los criterios GRADE

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

Criterios valorados:

- C1: calidad de evidencia.
- C2: estimar un balance positivo entre los beneficios para los y las usuarios/as del sistema de salud que traerá aplicar la recomendación y los riesgos con los que puede asociarse.
- C3: estimar que la recomendación será aceptable para las personas a las cuales se aplicará.
- C4: estimar que la aplicación de la recomendación se asociará a un incremento nulo, leve o moderado del uso de recursos, que el sistema de salud podrá asumir y sustentar.
- C5: factibilidad de aplicación.

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 volcada en 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.4.). 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. 4. Factores GRADE para evaluar la calidad de la evidencia [142].

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 Inconsistencia importante (-1) Alguna (-1) o gran (-2) incertidumbre acerca de la que evidencia sea directa Datos escasos o imprecisos (-1) Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1)	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			
Baja	Estudio observacional		
Muy baja	Cualquier otra evidencia		

En todos los casos, el panel acordó con la valoración de la evidencia realizada (C1) aunque en una intervención un panelista aportó evidencia más reciente por lo que se rehízo una tabla SoF. Respecto del C2 alcanzó consenso en todos los casos, es decir, al menos 75% del panel respondió balance positivo o probablemente positivo.

Valoración de los criterios sobre preferencias de las personas, 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 mantener/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 era 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: espray nasal de nicotina como monoterapia, las dos recomendaciones de fármacos de segunda línea sobre clonidina y nortriplina, citisina como opción no avalada y el uso de CoExh en embarazadas. Luego del plenario, 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 5 Participación de pacientes

Se realizó una búsqueda de preferencias de personas que recibieron atención/atendidas que fue informada al panel antes de la ponderación del C3. El panel, evaluó cada recomendación desde su práctica cotidiana sobre dicha aceptación. En el panel además participaron exfumadores/as. Como parte de la revisión externa, un documento preliminar se publicó en las páginas web de las sociedades científicas participantes para favorecer la lectura y revisión de personas que recibieron atención.

Búsqueda bibliográfica sobre preferencias de las personas en cesación tabáquica

Las personas que fuman prefieren opciones farmacológicas efectivas y buenas habilidades comunicacionales en los profesionales que las atienden. Se recabó un estudio de opinión realizado en 123 veteranos de guerra fumadores y en etapa de contemplación [143]. En su mayoría eran hombres, tenían en promedio 13 años de educación formal y el 81% había realizado algún intento de dejar de fumar usando fármacos y un 36% había participado en algún tipo de programa de consejería para la cesación. Se trata de una 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. Fueron encuestados/as 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 mostraron preferencia por las opciones terapéuticas con mayores tasas de éxito.

La mitad de quienes participaron fue encuestada sobre consejería para la cesación: la mayoría sintió que era muy importante contar con profesional con buenas habilidades comunicacionales, que escuche con atención y brinde explicaciones claras y fáciles de entender. También fueron relevantes, la continuidad en el seguimiento y la familiaridad con el/la profesional. Además, el 70% de quienes participaron ponderó como importante que el/la profesional tuviese en cuenta las preferencias de la persona 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 valoró el uso de fármacos con menor riesgo de efectos adversos tanto físicos como psicológicos. Además, la mayoría de quienes participaron 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 que se asocie con una alta tasa de cesación. Otros aspectos de importancia 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 personas fumadoras que intentan dejar de fumar, que utilizan los tratamientos y que lo logran. Una revisión de Cochrane concluyó que la cobertura financiera de los tratamientos de cesación aumenta la proporción de personas fumadoras que intentan dejar de fumar, que utilizan los tratamientos para dejar de fumar y que lo logran [144]. No se detectó un efecto claro sobre la tasa de cesación a partir de los incentivos financieros dirigidos a los y las profesionales sanitarios.

Las personas que fuman que consultan al servicio de emergencias aceptan la oportunidad para recibir información sobre cesación, en particular la TRN. En otro estudio, realizado en personas fumadoras 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 las fumadoras fue el uso de TRN [145]. Con mayor frecuencia eligieron aquellas opciones con menor presencia 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 quienes participaron.

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.

Las personas que fuman y padecen 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 personas fumadoras con patología oncológica, analizó las preferencias, la aceptabilidad y la efectividad de diferentes modalidades de tratamiento de cesación tabáquica. Quienes participaban 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) [146]. El tratamiento grupal consistía (a elección de quien participaba): 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. Por otro lado, el tratamiento a través de celular inteligente consistía en 6 sesiones semanales de 30 minutos por videollamada. Se evaluó la aceptabilidad de las diferentes modalidades de tratamiento mediante un cuestionario realizado en la semana 12 de seguimiento. Usando una escala de 0 a 10, las personas evaluaron 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 autoreporte y la 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 personas adultas 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 para el grupo que eligió SmartQuit de 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.

Mediante el análisis por intención de tratar, 7 de 90 (7,8%) de quienes participaron se encontraban sin fumar a la semana 12. Entre quienes 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% 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 por la facilidad para el uso y la 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 personales, quienes usaron el SmartQuit indicaron un puntaje elevado.

ANEXO 6 Revisión externa

La versión preliminar de esta guía se presentó a la revisión externa a cargo de un panel de cuatro expertos. También se publicó en las páginas web de las sociedades científicas que participaron en la guía, para poder recibir la opinión de actores involucrados en el tratamiento de cesación tabáquica tales como consultores/as de la línea telefónica y profesionales de variadas especialidades así como de la comunidad en general.

Revisores

Carlos Pablo Boissonnet, José Ignacio de Granda-Orive, Carlos González Malla y Karin Kopitowski. Recibieron un documento preliminar en marzo con fecha límite de devolución el 25 de abril de 2021. Describieron la guía con diferentes expresiones generales: rigurosa, excelente, metodológicamente impecable. También afirmaron que la guía cumple con todos los estándares de alta calidad en todos los dominios.

Destacaron la adquisición y jerarquización de la evidencia, así como la posterior formulación de las recomendaciones, que constituyen la base del desarrollo de la GPC. También remarcaron que se construyeron los perfiles de evidencia utilizando el sistema GRADE, resumiendo la evidencia en tablas predeterminadas para cada una de las preguntas con el traspaso de la evidencia encontrada a las recomendaciones a través de la herramienta EtD (*Evidence to Decision*) que ayuda a usar la evidencia de una manera estructurada y transparente informando sobre los juicios que se han hecho y la certeza que los apoya dotando de transparencia la base para las decisiones de los que tienen que tomarlas, facilitando la diseminación de las recomendaciones o decisiones y adaptándolas a su contexto.

Quienes revisaron la GPC concluyeron en que dispone de exhaustividad, ha sido creada con un carácter multidisciplinario y que presenta una explícita justificación de las recomendaciones aportadas, las cuales están muy claramente redactadas (sin ambigüedades), son viables y representan una excelente herramienta para los equipos de salud y usuarios/as del sistema de salud.

En cuanto a aspectos a mejorar, se señalaron:

- *En la R15 se presentaba una discordancia entre la recomendación fuerte, y la conclusión del panel como condicional a favor. Respuesta: fue corregida la frase de la conclusión del panel por FUERTE A FAVOR.*
 - *La R15 se observó una leve discordancia con la R16 y posiblemente con las preferencias de los pacientes. Al ser enviada a revisión externa, dicha recomendación decía: “Se recomienda ofrecer SIEMPRE de manera conjunta tratamiento farmacológico y la consejería 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”.*

- *Respuesta: la redacción original 2011 versaba: “Se recomienda ofrecer de manera conjunta tratamiento farmacológico y la consejería 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”.*
- *Esta R va dirigida a no ofrecer fármacos de forma aislada por lo que el panel intentando reforzar esta idea solicitó colocar la palabra SIEMPRE, sin embargo, esto generó una discordancia ya que da a entender que siempre hay que ofrecer fármacos y esto va en contra de la R16 en quienes fuman menos de 10 cigarrillo, y las recomendaciones en embarazo y en adolescentes y también contra las posibles preferencias de los pacientes que deseen NO utilizar opciones farmacológicas.*
- *Vista las observaciones de la revisión externa, se ajustó nuevamente el texto para remarcar la idea original de no prescribir fármacos de modo aislado:*
- *R15. 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.*
- *Sugerencia de que las tablas SoF compongan un anexo. Respuesta: se incluyen en el cuerpo del documento.*
- *Un revisor señaló que no están claros los valores y preferencias de los pacientes. Esto podría cambiar la fuerza de la recomendación, por ejemplo, en las terapias farmacológicas, existe gran variabilidad en relación a recibir un tratamiento medicamentoso, eso haría que la recomendación sea condicional en lugar de fuerte (principalmente fue señalado para la R15). Respuesta: en el anexo de preferencias hay estudios que señalan que las personas que fuman prefieren fármacos efectivos. El sistema GRADE en su criterio 3 valora la experiencia clínica del panel. También se agregó en la introducción del tratamiento farmacológico una frase que está presente en todas las GPC de la DNAIENT “La elección del fármaco dependerá de las preferencias personales, los costos, la disponibilidad de los mismos y de la experiencia del médico/a que prescribe”.*
- *Un revisor señaló que no están claros los comparadores en la mayoría de las recomendaciones y que se debería aclarar cuál es la alternativa o comparador sobre lo que se está recomendando. Respuesta: el equipo elaborador entiende que esta explicitación haría engorrosa la recomendación y por otra parte el comparador está en las tablas SoF.*
- *Un revisor señaló que no está claro cuál fue la estrategia para minimizar el impacto de los conflictos de interés. Si bien están declarados los potenciales conflictos de interés (ANEXO 2), no se explicita cómo se minimizó su impacto. Un ejemplo de esto, es aclarar si los integrantes del panel podían votar en ciertas recomendaciones o no, estar presentes en las discusiones o no, etc. Respuesta: de acuerdo, se agregó la explicación.*
- *Un revisor señaló respecto a la valoración de la evidencia en la tabla SoF 1: en la explicación de por qué no se baja calidad de evidencia por imprecisión dice (explicación b): El efecto incluye la posibilidad de no beneficio, pero la imprecisión es aceptable por lo cual no se disminuye. No se entiende que la imprecisión sea aceptable si incluye la posibilidad de no beneficio, es más, incluye la posibilidad de que disminuya la tasa de cesación, lo cual claramente baja la confianza en la estimación del efecto y por lo cual considero que la calidad de la evidencia es baja. Respuesta: la SoF 1 respecto al desenlace tasa de cesación (3 ECA) con efecto relativo OR 2,0 (IC95% 0,8 a 4,8), con diferencia para la tasa de cesación de 3,4% más (0,7 menos a 11,9 más) el equipo elaborador concluyó con nivel de certeza moderada que interrogar y registrar el estatus de fumador/a muy probablemente aumente la tasa de cesación (riesgo de sesgo). El sistema GRADE acepta que “para los paneles de las guías la decisión de bajar la calidad de la evidencia por*

imprecisión depende del umbral que representa la base para una decisión de manejo y tomar en consideración el equilibrio entre consecuencias deseables e indeseables. Determinar el umbral aceptable inevitablemente involucra un juicio que debe hacerse explícito (...). Establecer un umbral específico para un estimativo aceptable de un efecto de tratamiento involucrará un juicio en el contexto de factores como efectos adversos, toxicidad medicamentosa y costos"[7]. En este caso si bien no se explicitó el umbral tanto el equipo elaborador como el panel entendieron unánimemente que es una intervención sin efectos adversos ni costos y una acción propia del equipo de salud que va dirigida a su actuar más esencial y que la imprecisión del estimador es mínima y poco plausible que por preguntar se genere el efecto contrario a la cesación por lo que alcanzó acuerdo en el nivel de certeza moderada en relación a preguntar y anotar el estatus del fumador/a.

- *Un revisor señaló que en la R2 sería bueno que se aclare qué tipo de intervención debería ser (características del consejo). Respuesta: en el comentario se explicita algún ejemplo de consejo.*
- *Un revisor señaló que la R4 incluye varias recomendaciones en una: por un lado, se incluye una recomendación de diagnóstico y además una recomendación de tratamiento (modelo de negociación para el cese). Respuesta: esta R va dirigida a los distintos estadios de cambio (Prochaska y DiClemente) y el comparador es la ausencia de uso de esta propuesta.*

Revisión externa metodológica

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, a cargo de tres asesoras: **Clelia Chaves, Verónica Sanguine y Giselle Balaciano.**

La revisión por parte de este equipo incluyó algunos aspectos para mejorar la claridad en la presentación que fueron incorporados (ej. citas bibliográficas, mejoras de algunas frases) y otros aspectos de índole metodológico que fueron discutidos y acordados.

Con respecto a las tablas SoF, se discutieron mejoras de algunos aspectos:

- *La redacción de algunos ¿qué pasa? Respuesta: se aceptaron las sugerencias.*
- *En algunas SoF se repiten los desenlaces y cambian las intervenciones cuando la propuesta original de GRADE es una tabla para cada intervención. Respuesta: así es, pero ya contamos con gran número de tablas SoF y las intervenciones están muy relacionadas.*
- *Se ajustaron, en colaboración con este equipo, algunas valoraciones de la calidad de la evidencia.*

Con respecto a las recomendaciones: se realizó una mejora en la redacción de la R15 para sortear una leve incongruencia en relación a la R16 (ver arriba).

Revisión externa pública general

El documento preliminar fue enviado a todas las sociedades científicas participantes, las cuales lo dieron a conocer a sus asociados/as por diferentes vías (páginas web institucionales, correos electrónicos, etc.). Se

recibieron ponderaciones muy positivas sobre la guía y de su calidad metodológica. También se recibieron varias sugerencias de aclaraciones particularmente en algún comentario de las recomendaciones o solicitud de explicaciones del sistema GRADE particularmente relacionados con la imprecisión según el intervalo de confianza. El periodo de revisión externa cerró el 10 de mayo de 2021.

Revisión externa federal sobre aplicabilidad de las recomendaciones

Los y las referentes de control del tabaco de las provincias y la CABA fueron invitados a valorar la implementabilidad de las recomendaciones:

La gran mayoría de las recomendaciones fueron reconocidas por los y las referentes como fáciles de implementar o que podrían implementarse con modificaciones previas del sistema. Ninguna R fue valorada como difícil de implementar.

Algunas recomendaciones (once condicionales y cuatro fuertes), no alcanzaron acuerdo. Hubo quienes las interpretaron como fáciles de implementar o con pequeñas transformaciones del sistema, y otros/as como que podrían implementarse, pero con transformaciones profundas en el sistema al menos en algún aspecto. Estas R fueron:

- R11: el apoyo telefónico desde la línea nacional: que funciona establemente desde 2004 pero llamardesde celularesacarrea un costoy no es aún una línea con seguimiento proactivo.
- R12: las 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, ya que se requiere de presupuesto, un sistema técnico acorde a las necesidades y personal bien entrenado en este tipo de intervenciones, aunque se pueden utilizar *software* ya existentes.
- R13: la utilización de aplicaciones de teléfonos celulares inteligentes validadas ya que se precisa de inversión y recurso humano que implementen estos cambios digitales.
- R19: el uso del comprimido dispersable de nicotina de 1 mg durante 8 a 12 semanas, que es de venta libre peroque no estaría tan disponible en todas las provincias o no hay tanta experiencia en su uso en algunas partes del país.
- R23: el uso del spray nasal de nicotina en tratamientos de 12 semanas ya que es una medicación de difícil acceso en algunas partes del país y de difícil tolerancia y con riesgo de dependencia.
- R25: en alta dependencia, 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, spray nasal), por ser difícil de implementar por el alto costo de la polimedicación y la suma de reacciones adversas.

- R26 y R27: en alta dependencia la asociación vareniclina con parches de nicotina y la combinación de bupropión y vareniclina por 12 semanas, por aumentar los costos del tratamiento, tanto en el sistema sanitario público, como privado.
- R28 y R29: la clonidina y nortriptilina como fármacos de segunda línea por no encontrarse fácilmente disponible y porque hay opciones más efectivas y poca experiencia en su uso.
- R31: ante riesgo de recaída, prolongar el tratamiento farmacológico por el costo elevado del tratamiento y la cobertura variable.
- R34: citisina, porque si bien podría aumentar la tasa de cesación, ya que no sería fácilmente tolerada, no está disponible y hay muy poca experiencia en el país con su uso.
- R35: en contra del uso de los tratamientos farmacológicos: benzodiacepinas y otros por el fácil acceso a las benzodiacepinas y usos y costumbres inadecuados en su prescripción y demanda.
- R41: en personas embarazadas, las estrategias de retroalimentación relacionadas con mediciones bioquímicas/métodos de diagnóstico (ej. medición de monóxido de carbono exhalado) como medio de concientización y seguimiento de la cesación ya que no es factible implementar en todo el sistema sanitario considerando la diversidad de efectores distribución geográfica niveles de complejidad, falta de cobertura de la prestación.
- R42: el tratamiento farmacológico con terapia de reemplazo nicotínico para aquella embarazada que no logre la cesación con la consejería para el cambio de comportamiento, ya que consideró que hay poca experiencia y que no está tan clara la evidencia de su uso en el embarazo.

ANEXO 7 Plan de implementación de guías de la Dirección

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:

- *Ampliar y difundir el conocimiento para mejorar la calidad de atención.*
- *Cambiar hábitos, actitudes y comportamientos, de modo que los integrantes del equipo de salud apliquen las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, teniendo en cuenta las preferencias de las personas atendidas 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. El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) que implementa la DNAIENT para cumplir con ese

propósito, entiende que los mejores resultados en salud se alcanzan cuando una persona activa y empoderada interacciona con un equipo de salud preparado y proactivo.

El MAPEC propone:

- *Aplicar acciones de promoción y prevención en toda la población a cargo.*
- *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 ENT. Entendiendo por integral el abordaje desde una mirada biopsicosocial, con enfoque de derecho y perspectiva interseccional y por atención integrada, al continuo de cuidados en todos los niveles de atención hasta el final de la vida, integrando estrategias de promoción, prevención y control las ENT y sus factores de riesgo.*
- *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.*
- *Monitoreo de la gestión de procesos y resultados: a través de indicadores que ofrezcan información para diseñar planes de mejora.*
- *Implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia y educación permanente de los equipos de salud para promover equidad y calidad.*

Ese modelo en cuanto a los tratamientos de abandono del tabaquismo, implica promover una adecuada organización de los servicios y de los sistemas de financiamiento que incluya la cesación tabáquica como una acción regular en sus distintas modalidades y formatos en los distintos niveles de atención con énfasis en el primer nivel.

Para alcanzar estos objetivos el MAPEC se estructura en 6 componentes, cuatro de los cuales están fuertemente relacionados con la gestión de la atención (figura A.2.):

Figura A. 2. Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas



Estrategias para la implementación

Los programas de la DNAIENT desarrollan una serie de acciones e instrumentos a fin de impulsar la implementación de las GPC para favorecer la adopción de las recomendaciones 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, con el objetivo de implementar las recomendaciones sobre: personas internadas, embarazadas y/o en periodo de lactancia, personas con padecimientos mentales o consumo problemático de sustancias, personas con EPOC, enfermedad cardiovascular, cáncer o VIH+. En la misma línea, se desarrolló la guía de lectura rápida sobre cigarrillo electrónico [10–16].

Además, como parte de la integración de temas de la DNAIENT, 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/a para aumentar la tasa de intervención del equipo de salud. Otros recordatorios para los y las profesionales han sido diseñados para la aplicación de las recomendaciones fuertes de las GPC y demás documentos desarrollados para facilitar la toma de decisiones en el abordaje de las ENT.

Intervenciones mediadas por pacientes. Siguiendo el objetivo de implementar las GPC y promover el automanejo en las personas con ENT, se desarrollan materiales gráficos y videos educativos. Además, 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 jurisdicciones para impulsar mejoras en los procesos de atención y favorecer la aplicación de las recomendaciones, principalmente las fuertes.

Talleres de implementación de GPC. Desde 2005, el PNCT ofrece talleres de capacitación al equipo de salud sobre cesación tabáquica. Para su implementación, se desarrolló un manual pedagógico tanto para el/la docente como para el alumno/a “Manual de abordaje integral del tabaquismo” (2015). Algunos talleres se focalizaron en las recomendaciones a poblaciones específicas como, por ejemplo, al equipo de salud que atiende a personas embarazadas y en periodo de lactancia.

Capacitaciones al equipo de salud. Se desarrollan cursos virtuales y presenciales a usuarios/as de todo el país con especial foco en el primer nivel de atención (PNA). Desde 2012 se cuenta con un curso en modalidad

virtual “Curso de abordaje integral del tratamiento del tabaquismo” en la plataforma SUMAR, actualizado en 2018. Asimismo, la temática de la cesación tabáquica se integra a los cursos de la DNAIENT en 2021, a través de la Plataforma virtual de Salud (PVS) plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar.

Red de capacitadores. Con el propósito de promover que las capacitaciones y talleres ofrecidos desde la DNAIENT sean replicados, se invitó a los y las 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 personas que fuman. El PNCT ha desarrollado diversas versiones de manuales de autoayuda para que, a través de la lectura, las personas que fuman tengan un acompañamiento en el proceso de dejar de fumar. Además, dentro de los apartados de las páginas web del DNAIENT/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/dircap/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]. Minsiterio 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/2018-10/0000000999cnt-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. Palacios A, Bardach A, Casarini A, Rodríguez -Cairolí F, Espinola N, Balan D, et al. La importancia de aumentar los impuestos al tabaco en Argentina [Internet]. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2020 Dec [cited 2021 Apr 26]. Available from: <https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Argentina.pdf>
 21. World Health Organization Europe. WHO European strategy for smoking cessation policy [Internet]. WHO; 2014 [cited 2021 Apr 26]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/68111/E80056.pdf
 22. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco

use [Internet]. World Health Organization; 2019 [cited 2021 Apr 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>

23. 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
24. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health effects of light and intermittent smoking: a review. *Circulation*. 2010 Apr 6;121(13):1518–22.
25. 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.
26. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Dec 15;12:CD001188.
27. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jun 13;(6):CD005084.
28. 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>
29. 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>
30. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jul 31;7:CD006936.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 31;3:CD001292.
35. 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.
36. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 31;3:CD001007.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 12;(8):CD002850.
41. 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>
42. 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.
43. 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>
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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>
48. 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>
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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>
54. Blöndal T. Controlled trial of nicotine polacrilex gum with supportive measures. Arch Intern Med. 1989 Aug;149(8):1818–21.
55. 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.
56. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 8;(1):CD000031.
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. 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.
61. 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.
62. 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.
63. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD000058.
64. Froom P, Melamed S, Benbassat J. Smoking cessation and weight gain. J Fam Pract. 1998 Jun;46(6):460–4.
65. 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.
66. 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.
67. 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.
68. Jonas AM, Raj R. Vaping-Related Acute Parenchymal Lung Injury: A Systematic Review. Chest. 2020 Oct;158(4):1555–65.
69. 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.

70. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(4):CD002849.
71. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD000191.
72. 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.
73. 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>
74. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Mar 16;(3):CD005353.
75. 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.
76. 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.
77. 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.
78. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD000546.
79. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 14;6:CD001008.
80. 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.
81. 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.
82. 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.
83. O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, Meshefedjian 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.
84. 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.
85. 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.
86. 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.

87. 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.
88. 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.
89. 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.
90. 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.
91. Althabe F, Colomar M, Gibbons L, Belizán JM, Buekens P. [Smoking during pregnancy in Argentina and Uruguay]. Medicina . 2008;68(1):48–54.
92. 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.
93. 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.
94. Wickström R. Effects of nicotine during pregnancy: human and experimental evidence. Curr Neuropharmacol. 2007 Sep;5(3):213–22.
95. 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.
96. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. Annu Rev Public Health. 2017 Mar 20;38:165–85.
97. 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.
98. Pearsall R, Smith DJ, Geddes JR. Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ Open. 2019 Nov 28;9(11):e027389.
99. 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.
100. 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.
101. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 27;(3):CD002294.
102. 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>
103. 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.
 104. 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.
 105. 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.
 106. 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.
 107. 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.
 108. 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.
 109. 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.
 110. 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.
 111. 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.
 112. 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.
 113. Metersky ML, Colt HG, Olson LK, Shanks TG. AIDS-related spontaneous pneumothorax. Risk factors and treatment. *Chest*. 1995 Oct;108(4):946–51.
 114. Nguyen NTP, Tran BX, Hwang LY, Markham CM, Swartz MD, Vidrine JI, et al. Motivation to quit smoking among HIV-positive smokers in Vietnam. *BMC Public Health*. 2015 Apr 3;15:326.
 115. 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>
 116. 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.
 117. 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>

118. 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.
119. 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.
120. 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.
121. Petros WP, Younis IR, Ford JN, Weed SA. Effects of tobacco smoking and nicotine on cancer treatment. *Pharmacotherapy*. 2012 Oct;32(10):920–31.
122. 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.
123. 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.
124. 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.
125. 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.
126. 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.
127. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013. 991 p.
128. Rollnick S, Miller WR, Butler C. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. Guilford Press; 2008. 210 p.
129. 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.
130. 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.
131. Sackett DL. *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. W.B. Saunders Company; 1997. 250 p.
132. Consorcio AGREE. *Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica*. Brouwers MC, editor. The AGREE Research Trust; 2009.
133. 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.

134. 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.
135. Tobacco Control Unit & FCTC Secretariat. Clinical Practice Guidelines - Treatment of Tobacco Use Disorder. Ministry of Health Malaysia; 2016. 102 p.
136. 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>
137. 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.
138. 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.
139. 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.
140. 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>
141. 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.
142. 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.
143. 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.
144. 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.
145. 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.
146. 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>

