

ARTÍCULO ORIGINAL

## Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia

Luz Helena Alba<sup>1</sup>, Raúl Murillo<sup>2</sup>, Nelci Becerra<sup>3</sup>, Nelson Páez<sup>4</sup>, Alejandra Cañas<sup>5</sup>, Catalina Mosquera<sup>1</sup>, Juan Sebastián Castillo<sup>6</sup>, Natalia Camacho<sup>1</sup>, Javier Gómez<sup>1</sup>, Plutarco García-Herreros<sup>7</sup>, Luis Gabriel Bernal<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia

<sup>2</sup> Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia

<sup>3</sup> Consultorios Médicos Universitarios, Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia

<sup>4</sup> Fundación Neumológica Colombiana, Bogotá, D.C., Colombia

<sup>5</sup> Unidad de Neumología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia

<sup>6</sup> Grupo de Investigación Clínica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia

<sup>7</sup> Unidad de Neumología, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia

Lugar de ejecución: Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia

**Introducción.** El tabaquismo es el principal factor de riesgo para enfermedades crónicas que constituyen la mayor carga en Colombia.

**Objetivos.** Generar recomendaciones de práctica clínica sobre eficacia y seguridad del tratamiento para la cesación de la adicción al tabaco en adultos colombianos.

**Materiales y métodos.** Se hizo una adaptación basada en la metodología ADAPTE. Se buscaron guías de práctica clínica en Medline, EMBASE, CINAHL, LILACS y Cochrane. Se evaluó la cesación a seis meses para consejería breve e intensiva, terapia de reemplazo nicotínico, bupropión, vareniclina, clonidina, nortriptilina, acupuntura, hipnosis, homeopatía y la combinación de tratamientos. Se utilizó el *German Instrument for Methodological Guideline Appraisal* (DELBI) para evaluar las guías de práctica clínica. Se seleccionaron las guías con puntaje mayor de 60 % en rigor metodológico y aplicabilidad en Colombia. Las preguntas sin evidencia fuerte se llevaron a consenso.

**Resultados.** Se encontraron 925 referencias, se preseleccionaron 17 guías de práctica clínica y se escogieron 5 para adaptación. La consejería breve e intensiva, la terapia de reemplazo nicotínico, el bupropión, la nortriptilina y la vareniclina son eficaces en la cesación de tabaquismo (incrementó 5,1 % a 22,7 %). Los tratamientos alternativos no tienen eficacia demostrada en la cesación. El uso simultáneo de diferentes formas de terapia de reemplazo nicotínico es la única combinación con eficacia demostrada (OR 1,9; IC<sub>95%</sub>: 1,3-2,7).

**Conclusiones.** Existen diversas alternativas con eficacia demostrada para dejar de fumar. Los incrementos en las tasas de cesación son variables y la duración del efecto necesita mayor seguimiento. Para aplicar la consejería breve e intensiva en Colombia, se deben usar formatos estándar. Se requieren evaluaciones económicas para valorar el impacto y seleccionar las mejores intervenciones en el contexto colombiano.

**Palabras clave:** tabaco, tabaquismo, nicotina, cese del tabaquismo, cese del uso de tabaco, guías de práctica clínica como asunto

doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i2.651>

### Recommendations for smoking cessation in Colombia

**Introduction:** Chronic diseases represent the greatest burden of disease in Colombia for which smoking is the major risk factor.

**Objectives:** To provide clinical practice recommendations based upon efficacy and safety of smoking cessation therapies for Colombian adults.

**Materials and methods:** An adaptation of clinical practice guidelines (CPG) based on the ADAPT methodology was performed. We searched CPG on Medline, EMBASE, CINAHL, LILACS, and Cochrane databases. Six months' cessation rates were appraised for brief and intensive counseling,

#### Contribución de los autores:

Luz Helena Alba, Natalia Camacho, Javier Gómez y Raúl Murillo: escritura del protocolo de investigación, documento de alcance y objetivos, búsqueda de la literatura.

Juan Sebastián Castillo: orientación metodológica en la aplicación de la metodología ADAPTE y búsqueda de la literatura.

Luz Helena Alba y Raúl Murillo: escritura del presente artículo.

Todos los autores calificaron la 'evidencia', realizaron la extracción de datos e intervinieron en diferentes fases del proceso de adaptación de la guía nacional, y revisaron el manuscrito.

nicotine replacement therapy (NRT), bupropion, varenicline, clonidine, nortriptyline, acupuncture, hypnosis, homeopathy, and combined treatments. CPG were evaluated with DELBI and selected when having a score above 60% for methodological rigor of development and applicability to the Colombian health system. Formal consensus was performed for questions without strong evidence.

**Results:** 925 references were found, 17 CPG were pre-selected and 5 selected for adaptation. Brief and intensive counseling, NRT, bupropion, nortriptyline, and varenicline are effective for smoking cessation (cessation rates augment 5.1%-22.7%). Alternative therapies have not demonstrated cessation efficacy. Concomitant use of different NRT is the only combination with demonstrated efficacy (OR 1.9, 95%CI 1.3-2.7).

**Conclusions:** Several alternatives for giving up tobacco smoking have confirmed efficacy. The absolute difference in cessation rates is variable among therapies and duration of effect requires further research. Brief and intensive counseling necessitate standardized formats for their implementation in Colombia. Economic evaluations are required to assess costs and benefits and to select the most suitable interventions for Colombia.

**Key words:** tobacco, smoking, nicotine, smoking cessation, tobacco use cessation products, practice guideline as a topic.

doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i2.651>

El tabaco es la primera causa de discapacidad y muerte por enfermedad crónica prevenible, y es responsable de alrededor de 4,9 millones de muertes cada año a nivel mundial. Se espera que para el año 2020 ocurran 8,4 millones de muertes asociadas a este factor si no se toman medidas para su control; los países en desarrollo soportarán la mayor carga, con más del 70 % de las defunciones proyectadas (1).

En Colombia mueren anualmente cerca de 20.000 personas por causas atribuibles al cigarrillo (2) y las enfermedades crónicas, con los problemas de origen cardiovascular a la cabeza, representan hoy la principal causa de muerte y años de vida saludable perdidos (3). Los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 sugieren que se ha presentado una reducción en las prevalencias de tabaquismo en el país, con cifras reportadas de 12,8 % en adultos (4); no obstante, no es posible tener certeza frente a las tendencias debido a que las metodologías de los estudios previos son diferentes.

Hay datos que demuestran que las medidas más efectivas para el control del tabaquismo se encuentran en el nivel de las políticas públicas y corresponden al incremento de precios, el control total de la publicidad y el patrocinio, y la reglamentación sobre espacios libres de humo,

entre otras (5). Estas medidas han sido promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo (6) y, recientemente, el gobierno colombiano promulgó una nueva legislación por la cual se adoptan las medidas contempladas en el convenio marco de la OMS, incluyendo la cesación (7).

Los tratamientos de cesación adquieren relevancia en el terreno de la salud pública, habida cuenta de que la mayoría de las acciones descritas se dirigen a reducir la demanda de tabaco en jóvenes mediante la prevención de la iniciación en el hábito de fumar, pero tienen un limitado efecto entre quienes ya son fumadores. Se han evaluado diferentes alternativas terapéuticas para dejar de fumar, incluyendo diversas formas de consejería y tratamientos farmacológicos (8); además, algunos tratamientos empíricos se han vuelto de uso extendido como apoyo a la cesación.

La información que sustenta las intervenciones para la cesación ha sido compilada en un número importante de guías de práctica clínica; no obstante, los métodos para elaborar guías siguen en permanente evolución, sin que exista una metodología estándar, lo que hace que la mayoría de estos ejercicios se vean con limitaciones a la luz de los parámetros actuales. Además, intervenciones como la consejería varían ampliamente en sus definiciones y su abordaje entre guías, igual que las combinaciones de tratamientos, haciendo frecuente encontrar diferencias que no son fáciles de conciliar en estos aspectos entre las guías publicadas.

Por otra parte, la magnitud del efecto clínico para algunas intervenciones podría no reflejarse en una

Correspondencia:

Luz Helena Alba, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Carrera 7 N° 40-62, Hospital San Ignacio, octavo piso, Bogotá, D.C., Colombia.  
Teléfono: (571) 320 8320, extensión 2843  
[lalba@javeriana.edu.co](mailto:lalba@javeriana.edu.co)

Recibido: 20/02/12; aceptado:08/11/12

efectividad real en la rutina de los servicios de salud, situación usualmente no analizada debido, entre otras razones, a que la evaluación económica ha sido prácticamente inexistente para la construcción de guías. En consecuencia, el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia inició la construcción de una guía de práctica clínica que propone la adaptación de recomendaciones clínicas a partir de las guías previamente publicadas, sumada a un análisis económico, para generar recomendaciones definitivas ajustadas al contexto colombiano. En el presente manuscrito se presentan los resultados del proceso de adaptación de recomendaciones clínicas a partir de una revisión sistemática de la literatura científica.

### **Materiales y métodos**

Se conformó un equipo multidisciplinario con participación de expertos en medicina preventiva, neumología, salud pública y epidemiología clínica, pertenecientes a distintas instituciones públicas y privadas.

Debido a la cantidad de guías de práctica clínica existentes sobre el tema y a la gran calidad de varias de ellas, se hizo un proceso de adaptación utilizando la propuesta metodológica de la colaboración ADAPTE (9), sugerida para uso en Colombia por la guía metodológica para el desarrollo de guías del Ministerio de Salud y Protección Social (10).

El proceso de adaptación comprendió las fases de preparación, adaptación y revisión. En la etapa de preparación, se conformó el grupo de trabajo y se definieron el objetivo y el alcance de la guía. Durante la adaptación se establecieron las preguntas clínicas de interés, se hizo una revisión sistemática de guías de práctica clínica, se unificaron los sistemas de calificación de recomendaciones procedentes de las guías seleccionadas, se llevó a cabo un consenso formal de expertos y se consolidó un documento preliminar.

### **Búsqueda de la literatura científica**

Se buscaron guías de práctica clínica en idiomas inglés, español, portugués y francés, en las bases de datos Medline (a través de Ovidsp™ - enero 1950 a junio 2010), EMBASE (enero 1947 a junio 2010), CINAHL, LILACS y Cochrane (anexo 1). Se hizo también una búsqueda manual ampliada en sitios electrónicos de quienes desarrollan y compilan guías de práctica clínica y en sitios especializados en tabaco. Además, se incluyó literatura gris identificada mediante comunicaciones personales y referenciación cruzada de documentos encontrados.

La población objeto fueron hombres y mujeres adultos mayores de 20 años, fumadores actuales, entendiendo como tal toda persona que ha fumado más de 100 cigarrillos en la vida y ha consumido cualquier cantidad de cigarrillos durante el último mes. Se excluyeron guías de práctica clínica dirigidas a población adolescente, mujeres embarazadas o en período de lactancia, personas con trastornos de salud mental o trastornos de adicción a otras sustancias psicoactivas, así como guías dirigidas a poblaciones especiales como pacientes hospitalizados.

Las intervenciones clínicas evaluadas comprenden la consejería breve e intensiva, medicamentos (sustitutos de nicotina, bupropión, vareniclina, clonidina, nortriptilina), tratamientos alternativos (acupuntura, hipnosis, homeopatía) y la combinación de medicamentos y de estos con la consejería. No se incluyeron intervenciones en fase de investigación. Los resultados clínicos primarios evaluados fueron tasas de cesación a seis meses y seguridad de las intervenciones.

Debido a la aparición reciente de nuevos medicamentos, se seleccionaron las guías publicadas a partir de enero de 2005 y la búsqueda de guías se actualizó a diciembre de 2011.

Para la selección inicial de la literatura científica, se leyeron los títulos y los resúmenes de forma pareada, identificando los manuscritos relacionados con las intervenciones y criterios mencionados; luego, se procedió a obtener el texto completo.

### **Calificación de la evidencia**

Las guías que cumplieron criterios de inclusión fueron evaluadas de manera independiente por un experto clínico y uno metodológico, con el instrumento DELBI (*German Instrument for Methodological Guideline Appraisal*) (11). Los dominios evaluados comprenden alcance y objetivos de la guía, participación de diferentes actores en su elaboración, rigor metodológico en el desarrollo, claridad en la presentación del documento, aplicabilidad general, independencia editorial del grupo de trabajo y aplicabilidad en el contexto colombiano. Para la calificación, se utilizó una escala de 0 a 100, y para seleccionar las guías que se adaptarían, se estableció como punto de corte un puntaje mayor de 60 % en los dominios de rigor metodológico y aplicabilidad en el contexto colombiano.

En los tópicos de tratamientos alternativos y combinación de medicamentos, se incluyeron

estudios primarios complementarios a la información procedente de guías de práctica clínica, empleando para su evaluación los parámetros de SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) (12) y homologando los niveles de evidencia y grados de recomendación con los del proceso de adaptación (cuadro 1).

### Adaptación de la guía

El proceso incluyó la comparación de recomendaciones entre guías, la evaluación de su pertinencia al contexto, la evaluación de su vigencia en la literatura y el grado de aceptabilidad y aplicabilidad (9). Se incluyeron los siguientes tópicos: eficacia y seguridad de la consejería corta e intensiva; eficacia y seguridad del tratamiento con sustitutos de nicotina, bupropión, vareniclina, nortriptilina y clonidina; eficacia y seguridad del tratamiento con combinación de medicamentos y el uso de medicamentos con consejería; y eficacia y seguridad de los tratamientos alternativos (hipnoterapia, acupuntura y homeopatía).

Se unificaron los sistemas de calificación de las guías seleccionadas para lograr comparabilidad en la fuerza de la recomendación, acorde con las equivalencias presentadas en el cuadro 1. El nivel de evidencia de las intervenciones fue catalogado como fuerte o débil, dependiendo de si la recomendación se encontraba sustentada en evidencia experimental de calidad apropiada o procedía de estudios con un riesgo de sesgo importante.

### Consenso de expertos

Las preguntas para las que no se encontró un nivel de evidencia fuerte fueron llevadas a consenso formal de expertos. El consenso de expertos tuvo participación de especialistas clínicos, salubristas,

representantes de la sociedad civil organizada, e instituciones públicas y privadas.

El método formal de consenso incluyó la presentación de evidencia y de la propuesta de recomendaciones, su discusión y su votación cerrada e iterativa. Se trabajaron preguntas sobre el tipo de profesionales que deben brindar la consejería corta e intensiva, la pertinencia de utilizar un modelo estándar de consejería corta para el país, el modelo de consejería corta que se debe emplear, el entrenamiento apropiado para dar consejería y la dosis adecuada para la prescripción de vareniclina.

Se llevó a cabo un máximo de tres rondas de discusión y votación de cada pregunta. Para evaluar el grado de acuerdo con cada recomendación, se registró la votación individual en cada ronda en una escala ordinal de 9 puntos. Se asumió el consenso con una votación en el rango intercuartílico 8-9 y se empleó un criterio estadístico de diferencia entre medianas con la prueba de Kruskal-Wallis para las preguntas con dos o más distractores. Solo los profesionales que utilizan la tecnología correspondiente participaron en la votación de cada pregunta.

### Resultados

Inicialmente se seleccionaron 17 guías de práctica clínica (figura 1) (13-29). Ocho guías cumplieron los estándares de calidad definidos (puntaje mayor de 60 % en los dominios de rigor metodológico y aplicabilidad en el contexto colombiano) (figura 2) (13-19,22); tres de las ocho guías fueron excluidas por diferentes razones, quedando finalmente cinco guías para la adaptación (cuadro 2) (13-17). Las recomendaciones sobre intervenciones breves contenidas en la guía sobre este tema del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)

**Cuadro 1.** Equivalencia de niveles de evidencia de las guías de práctica clínica fuente

Fortaleza de la recomendación	Equivalencia	Niveles de evidencia					
		Fiore	NICE	New Zealand Ministry of Health	CEMBE	Deutch Institute for Health	SIGN
Fuerte	Evidencia de ensayos clínicos de alta o moderada calidad. Incluye revisiones sistemáticas y metaanálisis de ensayos clínicos	A	1++	1++	1a	A1	1++
			1+	1+	1b	A2	
Débil	Evidencia procedente de ensayos clínicos de baja calidad, de estudios observacionales de tipo cohortes o casos y controles	B	1-	1-	1c	B	1+
			2++	2++			2+
			2+	2+			2+

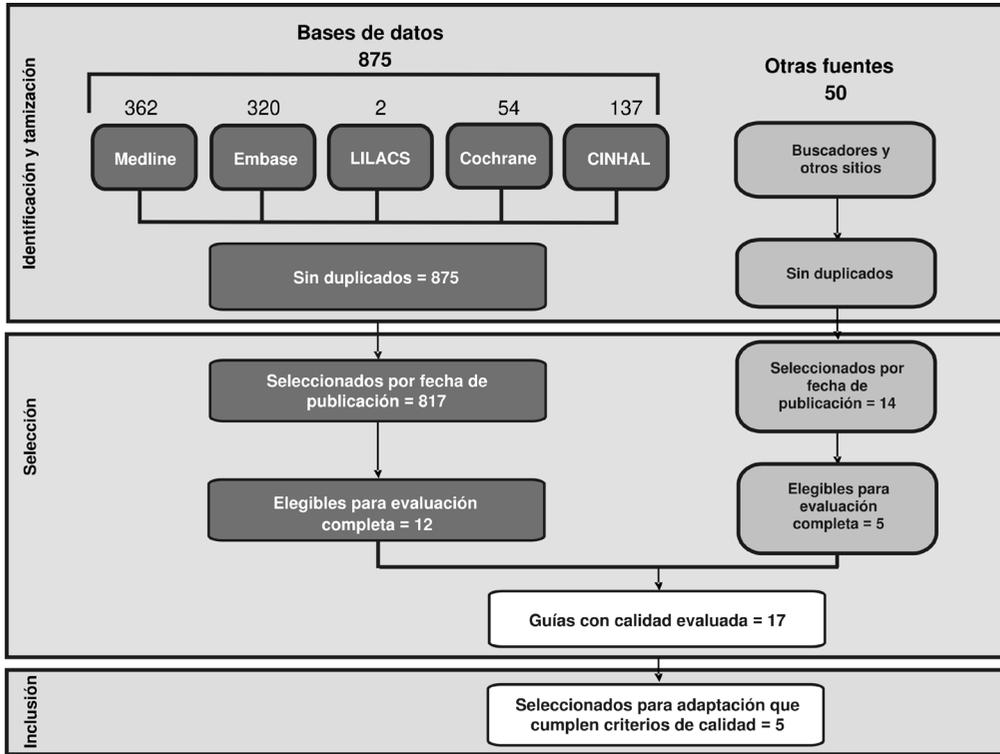
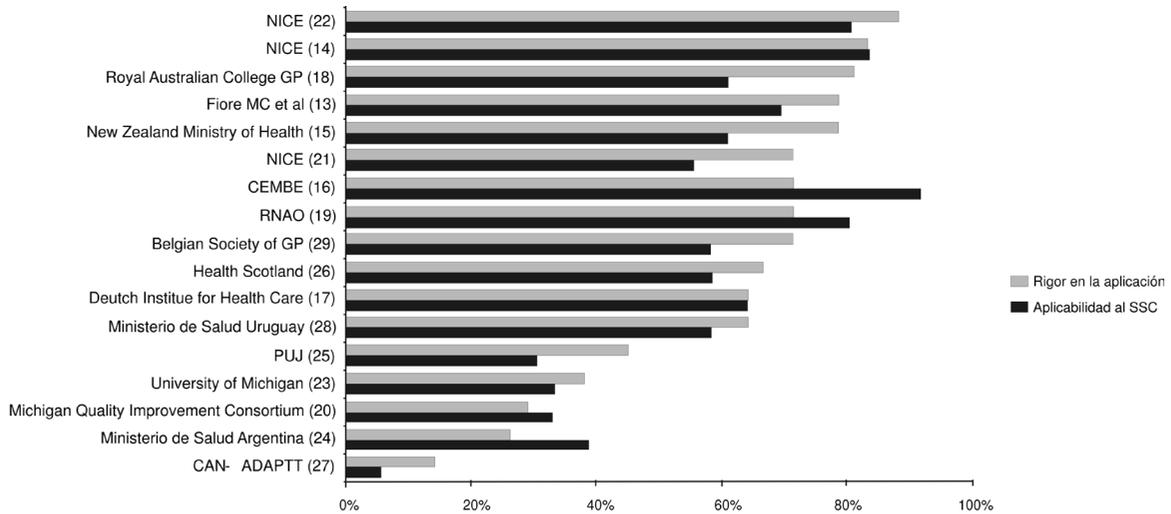


Figura 1. Resultados de la búsqueda y selección de guías de práctica clínica para la cesación de la adicción al tabaco



NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence  
 CEMBE: Centro de Estudios de Medicina Baseada na Evidencia  
 RNAO: Registered Nurses Asociation of Ontario  
 PUJ: Pontificia Universidad Javeriana  
 CAN-ADAPTT: Canadian action network for the advancement, dissemination, and adoption of practice informed tobacco treatment.  
 A practice based research network.  
 GP: general practitioners

Figura 2. Calificación de las guías que cumplieron los criterios de inclusión para los dominios rigor en la elaboración y aplicabilidad al sistema de salud colombiano

**Cuadro 2.** Calidad de las guías de práctica clínica seleccionadas según la herramienta DELBI

Dominio	Fiore, <i>et al.</i>	NICE	New Zealand Ministry of Health	CEMBE	Deutch Institute for Health Care CBO
Alcance y objetivos	83,3	83,3	66,7	66,7	83,3
Participación	54,2	75,0	87,5	33,3	62,5
Rigor metodológico	78,6	83,3	78,6	64,3	64,3
Claridad en la presentación	87,5	95,8	87,5	75,0	87,5
Aplicabilidad general	77,8	72,2	27,8	61,1	66,7
Independencia editorial	83,3	100,0	91,7	83,3	91,7
Aplicabilidad al contexto colombiano	69,4	83,3	61,1	61,1	63,9

estaban contenidas en la guía del mismo instituto dirigida de manera más amplia a la cesación de tabaquismo en cuidado primario (14,22). La guía del *Royal Australian College of General Practitioners* fue desarrollada en 2004 y presenta una actualización en 2007; sin embargo, esta actualización es de carácter narrativo y no muestra un análisis crítico de la ‘evidencia’ (18). La guía del *Registered Nurses’ Association of Ontario* está dirigida exclusivamente a enfermeras y no incluye manejo farmacológico (19).

A su vez, el consenso tuvo 50 participantes. Las preguntas sobre el tipo de profesional que realiza la tamización y la consejería breve, sobre el uso de un modelo estándar para la consejería breve y sobre la necesidad de entrenamiento para quien brinda la consejería, tuvieron consenso con una mediana de votación de 8,0, 8,5 y 9,0, respectivamente (rangos intercuartílicos: 8-9, 8-9 y 9-9). El uso del modelo de las cinco “aes” en consejería breve, tuvo una mediana de votación de 8 frente a 5 para el modelo ABC (rangos intercuartílicos: 5-9 y 2-8, respectivamente;  $p < 0,05$ ). La prescripción de vareniclina con títulos progresivos a partir de 0,5 mg/día, tuvo una mediana de votación de 8,5 frente a 1,0 para la prescripción estándar de 2 mg/día y, de 5,0, para la prescripción estándar de 1 mg/día (rangos intercuartílicos: 6-9, 1-2 y 1-8,5, respectivamente;  $p < 0,05$ ). La recomendación de consejería intensiva ofrecida por cualquier profesional con entrenamiento no tuvo consenso (mediana de votación: 7 con rango intercuartílico de 6-9).

### **Evidencia de los tratamientos de cesación de la adicción al tabaco**

Las recomendaciones derivadas del proceso de adaptación y del consenso se resumen en el cuadro 3.

#### *Consejería*

La consejería para la cesación de la adicción al tabaco es una actividad comunicativa entre el

profesional de la salud y el paciente, que promueve el diálogo y el desarrollo de capacidades para dejar de fumar. La consejería breve tiene una duración de menos de 10 minutos, mientras que la consejería intensiva supone tiempos de contacto de más de 10 minutos por sesión e, idealmente, cuatro o más sesiones. Además, se describe como intervención breve la identificación sistemática de los fumadores (tamización) (14).

La tamización de fumadores en todos los encuentros con pacientes, independientemente de su motivo de consulta, incrementa las tasas de intervención sobre pacientes fumadores (27,1 %; OR=3,1; IC<sub>95%</sub>: 2,2-4,2), pero no tiene efecto sobre la tasa de abandono del tabaquismo (OR=2,0; IC<sub>95%</sub>: 0,8-4,8) (13).

La consejería corta ha mostrado incrementos de las tasas de cesación a seis meses que fluctúan entre 2,1 % y 5,1 % en ensayos clínicos. La ‘evidencia’ sobre esta forma de consejería se evalúa en relación con su aplicación por parte del médico, sin que exista ‘evidencia’ suficiente sobre su aplicación por otros profesionales; no obstante, en la guía NICE se recomienda que a todos los fumadores se les sugiera dejar de fumar a menos de que existan razones para no hacerlo, como la presencia de condiciones específicas (enfermedad mental) o motivos de consulta que no permitan esta intervención (intenso dolor, fiebre, vómito, etc.) (22).

Un metaanálisis realizado por Fiore, *et al.* (13), anota que el consejo menor de tres minutos no incrementa las tasas de abstinencia (OR=1,3; IC<sub>95%</sub>: 1,01-1,6), mientras que aquel entre tres y diez minutos muestra un incremento de 5,1 % (OR=1,6; IC<sub>95%</sub>: 1,2-2,0). De la misma forma, las intervenciones intensivas mostraron en este análisis mayor efectividad que la consejería breve, con un incremento de 6,1 % (tasas de abstinencia de 22,1 % y 16,0 %, respectivamente. RR=2,3; IC<sub>95%</sub>: 2,0-2,7), al igual que en la revisión realizada por el NICE (RR=1,4; IC<sub>95%</sub>: 1,2-1,6) (13,14).

**Cuadro 3.** Resumen de recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco**A. Recomendaciones basadas en 'evidencia'**

Recomendación	Grado de recomendación	Origen de la recomendación	Magnitud del efecto <sup>1</sup>
Se debe preguntar a todos los pacientes que asisten a un encuentro clínico si fuman, y registrar su respuesta en la historia clínica. Hay que considerar el estatus de fumador como un signo vital.	Fuerte	Fiore, <i>et al.</i> , 2008	27,1 % <sup>2</sup>
Se debe brindar consejería corta, entre 3 y 10 minutos, a todos los fumadores para que dejen de fumar.	Fuerte	Fiore, <i>et al.</i> , 2008 NICE, 2008	5,1 %
Se debe ofrecer consejería intensiva a todos los pacientes fumadores que quieran dejar de fumar.	Fuerte	Fiore, <i>et al.</i> , 2008 NICE, 2008	11,3 %
Los sustitutos de nicotina, la vareniclina, el bupropion SR y la nortriptilina, son tratamientos eficaces para dejar de fumar.	Fuerte	Fiore, <i>et al.</i> , 2008 NICE, 2008 New Zeland, 2007	5,2 % a 19,4 %
La clonidina es un medicamento eficaz para dejar de fumar. Por su perfil de seguridad se debe usar bajo supervisión médica como tratamiento de segunda línea.	Fuerte	Fiore, <i>et al.</i> , 2008	11,2 %
La combinación de parches de nicotina y chicle o spray nasal, es eficaz para dejar de fumar. Esta combinación debe usarse en personas con un alto nivel de dependencia a la nicotina o que hayan tenido falla terapéutica con el uso de monoterapia.	Fuerte	Fiore, <i>et al.</i> , 2008 NICE, 2008	22,7 %
Se debe dar consejería cara a cara (breve o intensiva) asociada a la medicación, en todos los pacientes que estén tratando de dejar el hábito de fumar.	Fuerte	Fiore, <i>et al.</i> , 2008	5,9 % <sup>3</sup>
El uso de parches de nicotina en combinación con bupropión SR no ha mostrado incremento en las tasas de cesación del hábito de fumar, frente al uso de bupropion SR solo.	Fuerte	NICE, 2008	-
La evidencia actual es insuficiente para recomendar, a favor o en contra, el uso de otras combinaciones de medicamentos para la cesación del hábito de fumar.	Fuerte	New Zeland, 2007 Dutch Institute Health Care, 2006 Fiore, <i>et al.</i> , 2008	-
No se debe ofrecer acupuntura, acupresión, terapia láser ni electroestimulación, como tratamiento para la cesación del hábito de fumar.	Fuerte	NICE, 2008	-

1. La magnitud del efecto se expresa como la diferencia entre las tasas de abstinencia a seis meses para la intervención específica comparada con el placebo

2. La magnitud del efecto expresa diferencias en las tasas de intervención. No se observaron diferencias en las tasas de abstinencia.

3. La magnitud del efecto expresa la diferencia en tasas de abstinencia entre la combinación y la medicación sola.

**B. Recomendaciones originadas por consenso**

Recomendación	Grado de recomendación	Origen de la recomendación
No existe evidencia sobre la eficacia de formas específicas de consejería corta y no hay análisis que muestren que una forma específica de consejería corta sea más eficaz que otras; sin embargo, se recomienda adoptar un modelo estándar para dar la consejería corta.	Débil	Consenso
No existe suficiente evidencia que respalde el uso de la hipnosis ni de medicamentos homeopáticos como tratamiento para dejar de fumar.	Débil	Consenso
Todos los profesionales de la salud deben preguntar sobre el estado de fumador, recomendar dejar el hábito y remitir para tratamiento a los pacientes fumadores que quieran dejar de fumar.	Débil	Consenso
Siempre que sea posible, el estado de fumador de quienes no desean iniciar tratamiento de cesación debe registrarse y revisarse cada año.	Débil	Consenso
El modelo más apropiado para la estandarización de la consejería por profesionales de la salud en nuestro medio, es el modelo de las "cinco aes".	Débil	Consenso
Todo trabajador de la salud que ofrezca consejería para la cesación de la adicción al tabaco, debe contar con el entrenamiento apropiado.	Débil	Consenso

La valoración del tiempo total de contacto, calculado como el número de sesiones que se llevaron a cabo multiplicadas por su duración, muestra un incremento progresivo de las tasas de cesación hasta en 17,4 %, con nivel máximo hacia los 300 minutos, luego de lo cual no se observan beneficios adicionales (grupos de análisis: 1-3, 4-30, 31-90, 91-300 y más de 300 minutos; OR de 1,4; 1,9; 3,0; 3,2 y 2,8, respectivamente; IC<sub>95%</sub>: 1,1-1,8; 1,5-2,3; 2,3-2,8; 2,3-4,6 y 2,0-3,9). Igualmente, el número de sesiones muestra una relación entre dosis y respuesta con incremento hasta de 12,3 % en las tasas de cesación (grupos de análisis: 0-1, 2-3, 4-8, >8 sesiones. OR de 1,4, 1,9 y 2,3, respectivamente; IC<sub>95%</sub>: 1,1-1,7; 1,6-2,2; 2,1-3,0) (13).

### Medicamentos

Fiore, *et al.*, hicieron un metaanálisis basado en 80 estudios y encontraron tasas de abstinencia a seis meses con el uso de la terapia de reemplazo nicotínico entre 19,0 % (goma de mascar) y 26,7 % (atomizador nasal); e incrementos absolutos con respecto al placebo entre 5,2 % y 12,9 %, respectivamente (OR: 1,5 y 2,3; IC<sub>95%</sub>: 1,2-1,7 y 1,7-3,0) (13). En otras revisiones sistemáticas se respalda el reemplazo nicotínico como primera línea de tratamiento, con incrementos de la probabilidad de cesación entre 1,5 y 2,0 veces en comparación con placebo (30). Por otra parte, ninguna de las formas de reemplazo nicotínico ha demostrado superioridad sobre las otras (13-17).

Las cinco guías seleccionadas recomiendan el bupropión de liberación lenta (bupropión ST, *sustained-release*) como medicamento de primera línea para la cesación (13-17). En un metaanálisis de Cochrane basado en 36 estudios con 11.000 personas, se compara el bupropión SR con el placebo y se demuestra que las tasas de abstinencia a seis meses se duplican (17 % Vs. 9%; RR: 1,69; IC<sub>95%</sub>: 1,53-1,85) (31). Los metaanálisis de Wu, *et al.*, y el realizado por Fiore, *et al.*, para la guía correspondiente, respaldan los resultados descritos con variaciones menores en sus resultados (13,32).

Fiore, *et al.*, presentan un metaanálisis en el que valoran las tasas de abstinencia a seis meses usando 2 mg de vareniclina al día (cinco estudios) y 1 mg al día (tres estudios), comparada con el placebo (13). Las tasas de abstinencia usando 1 mg al día duplican aquellas obtenidas con el placebo (25,4 % Vs. 13,8 %; OR=2,1; IC<sub>95%</sub>: 1,5-3,0) y los resultados tienden a ser mejores con la dosis de 2 mg al día (33,2 % Vs. 13,8 %; OR=3,1;

IC<sub>95%</sub>: 2,5-3,8); sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre las dos dosis, hallazgo corroborado en una revisión sistemática reciente (OR=1,25; IC<sub>95%</sub>: 1,0-1,5) (33). Debido al reporte de casos en los que se documentaron efectos neuropsiquiátricos y cardiovasculares relacionados con la toma de esta medicación (incremento del riesgo de eventos cardiovasculares en personas con enfermedad de base estable de 0,24 %; OR=1,72; IC<sub>95%</sub>: 1,1-2,7) (34), se recomienda documentar la historia tanto de salud mental como cardiovascular en los pacientes a los que se les piensa prescribir y usar la mínima dosis efectiva según la respuesta clínica de cada sujeto (35). El consenso de expertos recomendó iniciar el uso de vareniclina con 0,5 mg/día, titulando progresivamente esta dosis según la respuesta del paciente y sin exceder de 2 mg/día.

Las guías del Ministerio de Salud de Nueva Zelandia y la del *Deutch Institute for Health Care-CBO*, recomiendan el uso de nortriptilina como tratamiento de primera línea para la cesación del tabaquismo (15,17). Las tasas de abstinencia reportadas a seis meses son similares a las obtenidas con otros medicamentos ampliamente utilizados (22,5% Vs. 10 % con placebo; OR=1,8; IC<sub>95%</sub>: 1,3-2,6) (36). En un metaanálisis realizado por Hughes, *et al.* (cuatro estudios), también se corrobora que las tasas de cesación duplican las obtenidas con placebo (OR=2,34; IC<sub>95%</sub>: 1,61-3,4) (31). La nortriptilina causa sedación, estreñimiento, retención urinaria y otros efectos secundarios menores; no obstante, los ensayos clínicos que evalúan su uso en terapia de cesación no han reportado efectos secundarios mayores (17,36).

La guía de Fiore, *et al.*, y la del Ministerio de Salud de Nueva Zelandia, recomiendan el uso de clonidina como alternativa de segunda línea dado que ha demostrado ser eficaz (abstinencia a seis meses comparada con placebo 25 % Vs. 13,8 %; OR=2,1; IC<sub>95%</sub>: 1,2-3,7) (13), pero ha demostrado igualmente una frecuencia importante de hipertensión arterial de rebote y cefalea. Por esta razón, se debe usar bajo supervisión médica, siempre y cuando no esté contraindicada (13,15,37).

### Combinación de tratamientos

A pesar de que se han estudiado diversas combinaciones de medicamentos (13-17), hasta el momento solo el uso de parches de nicotina (usados por más de 14 semanas) con chicle o atomizador nasal ha demostrado ser superior al uso del

parche como monoterapia (OR=1,9; IC<sub>95%</sub>: 1,3-2,7) (13). Esta combinación debe usarse en personas con un alto nivel de dependencia a la nicotina o que hayan tenido falla terapéutica con el uso de monoterapia (13,14). La información disponible es insuficiente para recomendar el uso combinado de otros medicamentos para la cesación (13-17).

Por otro lado, la administración simultánea de consejería (breve o intensiva) asociada a la medicación, es más efectiva que el uso de medicación aislada (27,6% Vs. 21,7%; OR=1,4; IC<sub>95%</sub>: 1,2-1,6) (13). Igual que para la consejería sola, existe una relación entre dosis y respuesta, entre las tasas de abstinencia y el número de sesiones de consejería llevadas a cabo en combinación con el uso de medicación (13).

#### *Tratamientos alternativos*

La acupuntura y otras técnicas relacionadas (acupresión, terapia láser, electroestimulación) no han demostrado ser superiores al placebo (38); por tanto, las guías revisadas recomiendan no ofrecer esta opción (13-15,17).

La evidencia no muestra beneficios netos de la hipnosis para mejorar las tasas de cesación a largo plazo (13-15,17,39,40); sin embargo, los estudios son escasos, de calidad deficiente, por lo que el consenso de expertos consideró que no existe evidencia suficiente que respalde el uso de la hipnosis como tratamiento para la cesación de la adicción al tabaco.

El uso de medicamentos homeopáticos ha sido menos estudiado. La guía del *Deutch Institute for Health Care-CBO* buscó información sobre preparaciones herbales y medicamentos homeopáticos, sin encontrar estudios controlados. En ausencia de datos para valorar la eficacia de esta intervención, no se justifica el uso de esta opción terapéutica en los fumadores (17).

#### **Aspectos prácticos del tratamiento**

##### *Evaluación de la dependencia*

La evaluación inicial del grado de dependencia a la nicotina no es un requisito para empezar el tratamiento de cesación (13,14,17). Sin embargo, en algunos estudios se ha encontrado que un alto nivel de dependencia se asocia a mayor riesgo de recaídas (41,42); por lo tanto, aunque no existe acuerdo respecto a una única forma de medir esta variable, su consideración es importante para orientar al clínico respecto al plan terapéutico más apropiado para cada paciente (15,16). Debido

a que la adicción al tabaco es una enfermedad crónica, frecuentemente, en las personas más dependientes va a ser necesario realizar múltiples intentos antes de que el sujeto pueda dejar de fumar (13).

##### *Intervenciones en consejería*

No existe información sobre la eficacia de formas específicas de consejería corta y no hay análisis que muestren que una forma específica de consejería corta sea más eficaz que otras (13-15,17). Sin embargo, el consenso de expertos recomendó adoptar un modelo estándar para este tipo de intervención y sugirió adoptar el modelo de las "cinco aes": *averiguar* el uso de tabaco; *aconsejar* dejar de fumar; *analizar* la disposición para dejar de fumar en el corto plazo; *apoyar* al paciente en el intento de cesación y *acordar* el seguimiento (13). El modelo está diseñado para ser aplicado en tres minutos; no obstante, su duración podría ser mayor, pues el apoyo al paciente (A4) puede implicar la prescripción de medicamentos y la decisión sobre sesiones adicionales.

Cuando el tiempo es corto o no se cuenta con el entrenamiento apropiado, Fiore, *et al.*, proponen un modelo que usa componentes de la entrevista motivacional denominado el modelo de las "cinco eres" (*razones* para parar, *riesgos* por continuar fumando, *recompensas* al dejar de fumar, *reparos* o barreras para suspender y *repetición* del mensaje de cesación) (13,43).

Por otra parte, la información sobre el efecto de la utilización del modelo de las fases de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) en relación con otra intervención o con el cuidado habitual, es insuficiente (14,44).

Como se mencionó previamente, la consejería intensiva es efectiva y, por consiguiente, se debe ofrecer a todos los pacientes fumadores que quieran dejar de fumar (13-14). Aunque existen diferentes alternativas para esta intervención, la modalidad con mejores datos y la más utilizada es la resolución de problemas y la generación de habilidades en el fumador, con tasas de cesación que alcanzan el 16,2 % (OR=1,5; IC<sub>95%</sub>: 1,3-1,8) (13). La idea de esta intervención es entrenar a los fumadores para identificar las situaciones que incrementan la probabilidad de fumar (consumo de licor, compartir con amigos fumadores, eventos estresantes, etc.) y desarrollar habilidades para afrontarlas (13).

### *Elección de medicamentos y tiempo de duración del tratamiento*

Para la elección del medicamento y la dosis adecuada para cada paciente, se deben considerar las preferencias de la persona (uso oral, aplicación tópica, chicles, etc.), la historia clínica médica y neuropsiquiátrica para evaluar posibles contraindicaciones, los efectos secundarios de cada sustancia y consideraciones como el grado de dependencia a la nicotina, experiencias previas de cesación y costo del producto, entre otras (13,45). La eficacia de la mayoría de medicamentos ha sido probada a tres y seis meses (13-17); sin embargo, en algunos fumadores la persistencia de los síntomas de abstinencia, la historia de recaídas o el deseo de recibir el fármaco por más tiempo, justificarían extender el tratamiento farmacológico (13).

### **Discusión**

A pesar de las medidas adoptadas, el tabaquismo continúa siendo un problema de salud pública, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos. Si bien las acciones en el nivel político son las más efectivas para su control, estas son las de más difícil implementación en países en desarrollo, en donde la capacidad de cabildeo (*lobbying*) y la influencia de la industria del tabaco son más fuertes.

Los programas de cesación se proponen en el Convenio Marco de la OMS como una de las medidas que contribuyen en el control de este problema (6), debido a la existencia de suficiente información sobre la eficacia de las intervenciones, tal como se corrobora en la revisión adelantada en el presente trabajo (13-17). No obstante, el análisis revela algunas particularidades que merecen tenerse en cuenta para la toma de decisiones en el contexto colombiano.

En primer lugar, existen variaciones importantes en la magnitud del efecto para distintas intervenciones y, en algunos casos, los estudios muestran un bajo incremento de las tasas de abstinencia a pesar de las diferencias estadísticas (cuadro 3). En consecuencia, el efecto clínico y la repercusión en el control de la adicción podrían ser escasos para algunos tratamientos, como la consejería breve y el reemplazo nicotínico, los que en general muestran incrementos de la abstinencia entre 2 y 15 % (cuadro 3).

Uno de los aspectos más críticos en la evaluación de la terapia de reemplazo nicotínico es la duración del efecto. Para la presente guía se utilizó la cesación a seis meses. Las tasas de abstinencia más allá de

los 12 meses en estudios que utilizan el reemplazo nicotínico se mantienen; no obstante, las recaídas tras 12 meses de cesación no muestran diferencias con el placebo y, en general, se estima que el beneficio neto del reemplazo nicotínico a largo plazo está sobreestimado alrededor de un 30 % (46).

Además, el seguimiento de cohortes de población muestra tasas de abstinencia variables, en algunas ocasiones sin diferencia en la recaída entre quienes utilizaron el reemplazo nicotínico y quienes no lo usaron (47,48), y de hecho, con mayores recaídas en fumadores con elevada dependencia frente a quienes no recibieron reemplazo nicotínico. Las cohortes analizadas tienen altas tasas de abandono del tratamiento; aun así, sus datos aportan información sobre el comportamiento de los programas de cesación en el campo de la salud pública. Consecuentemente, sus hallazgos generan inquietud frente a la variabilidad en la población incluida en los ensayos clínicos, en donde la presencia de fumadores crónicos o con alta dependencia no ha sido suficientemente clara. Además, se ha revisado el escaso cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, que sugieren el uso de reemplazo nicotínico por, al menos, seis semanas y la percepción equivocada sobre la magnitud del efecto para este tratamiento que lleva a desestimular a muchos de los fumadores por no encontrar alivio en corto tiempo o en la intensidad esperada (48-50).

En relación con la consejería, existe gran variabilidad en las técnicas y condiciones específicas en las que se ha evaluado, lo que abarca diferentes tipos de proveedor, diferentes formatos y diferentes medios de comunicación. Estas circunstancias no alcanzan a ser analizadas en este manuscrito, pero es claro que afectan la eficacia y deben tenerse en cuenta al momento de implementar este tipo de intervención (13-17).

En general, las divergencias reportadas en la literatura científica llevan a la necesidad de contemplar los estudios económicos y los usos alternos para estas tecnologías. Como se anotó anteriormente, las evaluaciones económicas para la generación de guías de práctica clínica han sido escasas; no obstante, este ejercicio resulta indispensable debido a las dudas que se generan por la baja magnitud de las tasas de cesación, la duración del efecto clínico y los costos que pudieran estar asociados a la implementación y sostenimiento de un programa de salud pública basado en ellas.

En relación con usos alternos, se ha estudiado el papel de la terapia de reemplazo nicotínico como promotora de la cesación y los tratamientos de prevención de la recaída (45). La terapia de reemplazo nicotínico ha sido evaluada en pacientes que no quieren dejar de fumar o manifiestan dificultad para iniciar un tratamiento de cesación, encontrándose un incremento significativo en las tasas de abstinencia a los 12 meses en estudios agregativos (RR=2,06; IC<sub>95%</sub>: 1,3-2,1); no obstante, la magnitud del efecto sigue siendo modesta (abstinencia 5,3 % Vs. 3,2 % en los grupos de intervención y control, respectivamente) (51). Además, en algunos estudios en los que se revisan diversas formas de tratamiento para la prevención de recaídas (consejería, terapia de reemplazo nicotínico, bupropión), no se encuentra un efecto significativo para ninguna de los tratamientos analizados (52).

Contrario a lo descrito para la consejería y la terapia de reemplazo nicotínico, la información sobre el tratamiento farmacológico con otros agentes no ha tenido mayor controversia, a pesar de que el incremento en las tasas de abstinencia al compararse con el placebo son similares a los reportados para el reemplazo nicotínico y la consejería intensiva; no obstante, es de anotar que las tasas de abstinencia son ligeramente mayores para el tratamiento farmacológico (hasta del 30 %) (13-17). Cuatro medicamentos que han probado ser eficaces se encuentran disponibles en Colombia: el que reemplaza la nicotina, el bupropión, la vareniclina y la clonidina. Además, en la revisión llevada a cabo se confirmó la evidencia sobre la eficacia de la nortriptilina, un medicamento de bajo costo que no está disponible en el mercado colombiano.

De otra parte, es de resaltar la falta de eficacia de la combinación del reemplazo nicotínico con bupropión, debido a que la combinación descrita es de uso extendido en nuestro medio. En estudios recientes se ha evaluado nuevamente esta combinación, encontrándose tasas de abstinencia mayores con su uso conjunto después de una semana (46,5 Vs. 37,7; Wald: 3,74; OR=0,69; p=0,05) cuando se compara con la monoterapia (bupropión SR), pero estas diferencias no se mantienen a los 6 y 12 meses de seguimiento (53).

Como se observa, pese a la eficacia demostrada de las distintas opciones terapéuticas (13-17), la recaída y la observancia del tratamiento siguen siendo retos importantes en los tratamientos de

cesación (13). El desarrollo de alternativas, como las vacunas terapéuticas, las nuevas moléculas, la combinación de medicamentos, la reducción progresiva del consumo y el uso de medicamentos en pacientes no motivados, constituyen campos de investigación en desarrollo.

Los hallazgos sobre los tratamientos alternos indican la necesidad de desalentar el uso de aquellos que no hayan sido suficientemente estudiados o que hayan demostrado no tener eficacia (10-13). En un metanálisis reciente se recomienda el uso de acupuntura e hipnoterapia, contradiciendo resultados previos; sin embargo, los autores describen una calidad de los estudios deficiente, una elevada heterogeneidad y un intervalo de confianza no significativo en ambos casos (54). Recientemente, se ha publicado información sobre el cigarrillo electrónico, encontrándose que no tiene efecto en la cesación y sí induce riesgos para la salud; esta alternativa no se incluyó en el análisis, debido a la escasa investigación sobre el tema y a que no se considera un tratamiento de cesación (55).

La abundante literatura científica indica la intensa actividad de investigación sobre el tema y la existencia de un importante número de guías de práctica clínica indica la relevancia de este tópico para la atención en salud en diversas regiones del mundo. Nuestro ejercicio es el primero en hacerse bajo una metodología estándar de adaptación, lo cual representa ahorro de tiempo y recursos, pero tiene varias desventajas, entre las que se destaca la dependencia de la calidad de las guías publicadas para la generación de recomendaciones. En esa medida, la evaluación cuidadosa de las guías encontradas y la adaptación independiente para cada pregunta, son elementos fundamentales, corroborados en el hecho de que las recomendaciones no se originaron de una sola guía sino que cada una debió adaptarse de diversas fuentes dependiendo de la calidad de las mismas referida de manera específica a cada una de las preguntas que orientaron el análisis.

Como se anotó, las guías finales fueron seleccionadas teniendo en cuenta su adaptabilidad al sistema de salud colombiano; no obstante, la implementación de las recomendaciones puede encontrar barreras, como la no inclusión de los medicamentos o la indicación para la cesación en el Plan Obligatorio de Salud, la falta de disponibilidad de medicamentos, como la nortriptilina, en el mercado nacional, las dificultades para estandarizar el ejercicio y seguimiento de la consejería, y el

bajo nivel de entrenamiento en el tema durante la formación de pregrado (56). Por ello, es deseable trazar un plan de implementación como se sugiere de forma general para todas las guías de práctica clínica.

### Agradecimientos

Agradecemos a Felipe Zamora, Mónica Ballesteros y Daniel Anzola, el apoyo recibido en el componente metodológico de la guía durante diferentes fases del proceso; a Horacio Giraldo, por sus importantes aportes en el componente clínico durante la fase inicial del proyecto.

### Conflictos de interés

Nelson Páez ha recibido patrocinio de Pfizer, Astrazeneca, Glaxo y Bayer para la asistencia a congresos científicos y ha participado en estudios patrocinados por AstraZeneca, Bayer y Schering-Plough. Plutarco García-Herreros recibió patrocinio de Pfizer para la asistencia a congresos. Los restantes autores no declaran conflictos de interés.

### Financiación

La guía fue financiada con recursos de la nación, a través del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia.

### Referencias

1. **Guindon GE, Boisclair D.** Tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco. Documento de trabajo de salud, nutrición y población. N° 6 de la serie Aspectos económicos del control del tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
2. **Mackay J, Eriksen M, Shafey O.** The tobacco atlas. Second edition. Atlanta: Myriad Editores Limitada; 2006.
3. **Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud.** Situación de salud en Colombia: indicadores básicos 2005. Bogotá, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
4. **Ministerio de la Protección Social, Colciencias, CENDEX, S.E.I.S.A.** Encuesta Nacional de Salud 2007. Primera edición. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2009.
5. **The World Bank.** Curbing the Epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington D.C.: The World Bank; 1999.
6. **Organización Mundial de la Salud.** Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
7. **República de Colombia.** Ley 1335 de 2009. Diario Oficial No. 47.417 de 21 de julio de 2009.
8. **Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Bruj J.** Effectiveness of smoking cessation intervention among adults: A systematic review of reviews. *Eur J Cancer Preven.* 2008;17:535-44. <http://dx.doi.org/10.1097/CEJ.0b013e3282f75e48>
9. **The ADAPTE Collaboration.** The ADAPTE process: Resource toolkit for guideline adaptation. Versión 2.0 Fecha de consulta: 15 enero de 2010. Disponible en: <http://www.g-i-n.net/document-store/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-version-2>.
10. **Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Fundación Santa Fe de Bogotá.** Guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la unidad de pago por capitación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2009. Fecha de consulta: 15 enero de 2010. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%A Da%20Metodo%20de%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>.
11. **Association of the Scientific Medical Societies in Germany & Agency for Quality in Medicine.** German Instrument for Methodological Guideline Appraisal (DELBI). Version 2005/2006 + Domain 8 (2008). Fecha de consulta: 20 enero de 2010. Disponible en: <http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/german-guideline-appraisal-instrument-delbi.pdf>.
12. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).** The SIGN guide to the AGREE guideline appraisal instrument (2007). Fecha de consulta: de enero de 2010. Disponible en: <http://www.agreerust.org/>.
13. **Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC.** Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
14. **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).** Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
15. **Ministry of Health.** New Zealand smoking cessation guidelines. Wellington: Ministry of Health; 2007.
16. **Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidencia (CEMBE).** Clinical practice guideline on smoking cessation. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidencia; 2008.
17. **Deutch Institute for Health Care CBO.** Guideline treatment of tobacco dependence. Den Haag (The Netherlands): Deutch Institute for Health Care CBO; 2006.
18. **Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Stillman S, Litt J, et al.** Smoking cessation pharmacotherapy: An update for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners; 2007.
19. **Registered Nurses' Association of Ontario.** Integrating smoking cessation into daily nursing practice. Revised. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario; 2007.
20. **Michigan Quality Improvement Consortium.** Tobacco control. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2007.
21. **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).** Varenicline for smoking cessation. (Technology

- appraisal guidance; no. 123). London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
22. **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)**. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.
  23. **University of Michigan Health System**. Smoking cessation. Ann Arbor: University of Michigan Health System; 2006.
  24. **Ministerio de Salud y Medio Ambiente Argentina**. Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Medio Ambiente Argentina; 2005.
  25. **Duarte A, Mosquera C**. Guía de práctica clínica basada en evidencia (metaanálisis) sobre estrategias para la cesación de tabaco en Colombia (trabajo de grado). Bogotá, D.C.: Pontificia Universidad Javeriana; 2005.
  26. **Health Scotland and ASH Scotland**. Smoking cessation update 2007. Supplement to the 2004 smoking cessation guidelines for Scotland. Scotland: Health Scotland and ASH Scotland; 2007.
  27. **CAN-ADAPTT: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment a practice-based research network**. Dynamic guidelines for tobacco control in Canada. Version 1.0. Ontario: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment a practice-based research network; 2008.
  28. **Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay**. Guía nacional para abordaje del tabaquismo. Montevideo: Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay; 2009.
  29. **Société Scientifique de Médecine Générale**. Recomandations de Bonne Pratique. Arrêtér de fumer. Bruxelles: Société Scientifique de Médecine Générale; 2005.
  30. **Silagy C, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T**. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;1:CD000146. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub3>
  31. **Hughes JR, Stead LF, Lancaster T**. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;1:CD000031. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000031>
  32. **Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ**. Effectiveness of smoking cessation therapies: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2006;6:300. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-6-300>
  33. **Cahill K, Stead LF, Lancaster T**. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;2:CD006103. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub5>
  34. **Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD**. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2011;183:1359-66. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.110218>
  35. **Cahill K, Stead L, Lancaster T**. A preliminary benefit-risk assessment of varenicline in smoking cessation. *Drug Saf*. 2009;12:119-35. <http://dx.doi.org/10.2165/00002018-200932020-00005>
  36. **Wagena EJ, Knipschild P, Zeegers MP**. Should nortriptyline be used as a first-line aid to help smokers quit? Results from a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2005;100:317-26. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.00998.x>
  37. **Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N**. Clonidine for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;3:CD000058. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000058.pub2>
  38. **White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J**. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;1:CD000009. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000009.pub3>
  39. **Carmody TP, Duncan C, Simon JA, Solkowitz S, Huggins J, Lee S, et al**. Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine Tob Res*. 2008;10:811-8.
  40. **Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF**. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;10:CD001008. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001008>
  41. **Judge K, Bauld L, Chesterman J, Ferguson J**. The English smoking treatment services: Short-term outcomes. *Addiction*. 2005;100:46-58. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01027.x>
  42. **Bauld L, Judge K, Platt S**. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: Observational study. *Tob Control*. 2007;16:400-4. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2007.021626>
  43. **Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL**. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;1:CD006936. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub2>
  44. **Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, et al**. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ*. 2003;326:1175-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7400.1175>
  45. **Fiore MC, Baker TB**. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1101512>
  46. **Etter JF, Stapleton JA**. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: A meta-analysis. *Tob Control*. 2006;15:280-5. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2005.015487>
  47. **Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K**. The English smoking treatment services: One-year outcomes. *Addiction*. 2005;100:59-69. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01028.x>
  48. **Alpert HR, Connolly GN, Biener L**. A prospective cohort study challenging the effectiveness of population-based medical intervention for smoking cessation. *Tob control*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050129>
  49. **Schiffman S, Ferguson SG, Rohay J, Gitchell JG**. Perceived safety and efficacy of nicotine replacement therapies among US smokers and ex-smokers relationship with use and compliance. *Addiction*. 2008;103:1371-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02268.x>

50. **Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R.** Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction*. 2004;99:1042-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00754.x>
51. **Wang D, Connock M, Barton P, Fry-Smith A, Aveyard P, Moore D.** 'Cut down to quit' with nicotine replacement therapies in smoking cessation: A systematic review of effectiveness and economic analysis. *Health Technol Assess*. 2008;12:1-135.
52. **Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T.** Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1) CD003999. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003999.pub2>
53. **Piper ME, Federman EB, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, Fiore MC.** Efficacy of bupropion alone and in combination with nicotine gum. *Nicotine Tob Res*. 2007;9:947-54. 1 <http://dx.doi.org/10.1080/14622200701540820>
54. **Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ.** Alternative smoking cessation aids: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*. 2012;125:576-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.09.028>,
55. **Walker N, Bullen C, McRobbie H.** Reduced-nicotine content cigarettes: Is there potential to aid smoking cessation? *Nicotine Tob Res*. 2009;11:1274-9. <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntp147>
56. **Alba LH.** Perfil de riesgo de los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. *Universitas Médica*. 2009;50:143-55.

## ANEXOS

### Anexo 1. Estrategias de búsqueda de guías de práctica clínica para la cesación de la adicción al tabaco

---

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) <1950 to Present>  
Search strategy:

---

1 exp "tobacco use cessation"/ or exp smoking cessation/ (15096)  
2 ((tobacco or smoking) adj3 cessation\*).mp. (20089)  
3 guideline.pt. (14740)  
4 practice guideline.pt. (14330)  
5 consensus.ti. (10315)  
6 "recommendation\*".ti. (17557)  
7 "standard\*".ti. (53443)  
8 guideline.ti. (4853)  
9 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (98767)  
10 (or/1-2) and 9 (362)

---

Database: EMBASE Classic+EMBASE <1947 to 2010 June 01>  
Search Strategy:

---

1 exp smoking cessation/ or exp smoking cessation program/ (20645)  
2 ((tobacco or smoking) adj3 cessation\*).mp. (22535)  
3 consensus.ti. (8764)  
4 "recommendation\*".ti. (14714)  
5 "standard\*".ti. (40449)  
6 guideline.ti. (4177)  
7 or/3-6 (66667)  
8 (1 or 2) and 7 (320)

---

Database: EBSCO Host CINAHL Plus  
Search Strategy:

---

1 MH "smoking cessation+" (7858)  
2 TX smoking cessation\* (9930)  
3 TX tobacco cessation\* (448)  
4 TI consensus OR "recommendation\*" OR "standard\*" OR guideline (26069)  
5 S1 or S2 or S3 (9994)  
6 S4 and S5 (137)

---

Database: LILACS - Latin American and Caribbean Health Sciences + PAHO - PAHO HQ Library Catalog + WHOLIS - World Health Organization Library Information System Search Strategy:

---

1 (([mh]"tobacco use cessation") or ([mh]"smoking cessation")) (313)  
 2 [ti]guideline (242)  
 3 [ti]practice and guideline (25)  
 4 [ti]consensus (530)  
 5 [ti]recommendation (78)  
 6 [ti]standard (630)  
 7 (([ti]guideline)) or (([ti]practice and guideline)) or (([ti]consensus)) or (([ti]recommendation)) or (([ti]standard)) (1475)  
 8 #7 AND #1 (2)

---

Cochrane Library (<http://cochrane.org>)  
 Smoking OR tobacco OR smoking cessation OR tobacco use cessation OR tobacco use disorder

---

Clinical Evidence (<http://clinicalevidence.bmj.com>)  
 Smoking OR tobacco OR smoking cessation OR tobacco use cessation OR tobacco use disorder

---

Centre for Reviews and Dissemination, Universidad de York (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/>)  
 Smoking OR tobacco OR smoking cessation OR tobacco use cessation OR tobacco use disorder

---

## Anexo 2. Tablas de evidencia de las guías seleccionadas para adaptación

---

Identificación de la guía	<b>Fiore, 2008 - Estados Unidos</b>
Métodos	El objetivo de la guía fue identificar estrategias efectivas para la cesación del tabaquismo a fin de generar recomendaciones para implementarse en diversos escenarios, incluyendo cuidado primario, clínicas especializadas, hospitales, sitios de trabajo y escuelas. Se hicieron revisiones sistemáticas y metaanálisis para los diferentes tópicos incluidos en la guía. La búsqueda se orientó a ensayos clínicos de asignación aleatoria y se establecieron grados de recomendación de acuerdo con el nivel de evidencia que las soporta. Se constituyó un panel de expertos que avaló las recomendaciones.
Población	Adultos, adolescentes, embarazadas, personas con alteraciones siquiátricas, incluida la adicción a sustancias psicoactivas
Intervenciones	Tamización, tratamiento farmacológico (terapia de remplazo de la nicotina, bupropión, vareniclina, nortriptilina, clonidina, naltrexona, otros antidepresivos, ansiolíticos, beta-bloqueadores), consejería (corta e intensiva), combinación de fármacos y consejería, combinación de medicamentos. Se valoraron ó formatos de intervención, como líneas telefónicas y otros, y sistemas de intervención, como estrategias de entrenamiento y otros aspectos programáticos.
Recomendaciones	Se debe documentar el estado de fumador y tratar a todas las personas fumadoras que contactan los servicios de salud.* Las intervenciones breves son efectivas y se deben ofrecer a todos los pacientes fumadores. *La consejería individual, telefónica y grupal son efectivas y su efectividad se incrementa de acuerdo con la intensidad. Dos componentes de la consejería son especialmente efectivos: la consejería práctica basada en la resolución de problemas y el desarrollo de habilidades y el soporte social. * La terapia de remplazo de la nicotina, bupropión SR y vareniclina, son medicaciones efectivas para dejar de fumar. * Se debe considerar el uso combinado de terapia de remplazo de la nicotina (parches y chicles o <i>spray</i> ). * La combinación de consejería y medicación es más efectiva que el uso de cualquiera de estas opciones de manera independiente. *La consejería telefónica es efectiva en diversas poblaciones y tiene amplia cobertura. *Si un fumador no desea hacer un intento de

cesación, se debe usar la entrevista motivacional para incrementar intentos futuros.  
\* Los tratamientos de cesación son costo-efectivos en relación con otras condiciones clínicas.

Observaciones	Las recomendaciones se ajustan al contexto político del sistema de salud de los Estados Unidos; en esa medida, el panel de expertos modifica la recomendación sobre nortriptilina que surgía de la evidencia. La consejería y otras intervenciones sicosociales se agrupan en una sola categoría. Las formas de brindar el consejo se asumen como subcategorías del mismo (telefónico, grupal, computadorizado, etc.). La hipnosis y la acupuntura se asumen como intervenciones sicosociales y la terapia de aversión como tratamiento del comportamiento.
Calificación	Rigor en la elaboración, 78,6 %; aplicabilidad al sistema colombiano, 69,4 %

Identificación de la guía	<b>NICE, 2008 - Reino Unido</b>
Métodos	El objetivo de la guía fue determinar la forma óptima de proveer servicios de cesación, incluyendo la provisión de terapia de remplazo de la nicotina para los servicios de cuidado primario, farmacias, autoridades locales y sitios de trabajo. Se hicieron cinco revisiones: 1) revisiones sistemáticas y metaanálisis enfocados a los tratamientos de cesación con más amplia divulgación en el Reino Unido (farmacológico y del comportamiento); 2) revisiones, ensayos clínicos controlados y estudios sin asignación aleatoria que evaluaran la eficacia de tratamientos de cesación en el sistema de salud del Reino Unido; 3) revisiones y otros estudios que evalúan la eficacia de intervenciones específicamente orientadas a la cesación en sitios de trabajo en Inglaterra; 4) revisiones y otros estudios de medios de comunicación e intervenciones comunitarias que promueven la cesación o refuerzan los intentos actuales y recientes de cesación en la población general; 5) revisiones y otros estudios de intervenciones para la cesación en las cuales el soporte telefónico fue un componente clave o un adyuvante al consejo breve y pudo ser evaluado de manera independiente a otros componentes. Se evaluó y calificó la evidencia encontrada, la cual determinó los grados de recomendación de la guía. Se hizo una revisión de las evaluaciones económicas y se construyó un modelo de costo-efectividad. Mediante consenso informal, se propusieron las recomendaciones iniciales con base en criterios preestablecidos, incluyendo el soporte de evidencia.
Población	Población general con especial referencia a autoridades locales, sitios de trabajo, grupos de trabajo manual, mujeres embarazadas y comunidades de difícil alcance.
Intervenciones	Tamización, tratamiento farmacológico (terapia de remplazo de la nicotina, bupropión, vareniclina), consejería (corta e intensiva), combinación de fármacos y consejería, combinación de medicamentos. Se valoraron aspectos de los servicios de salud pública, como el análisis de prevalencias de tabaquismo y el enfoque hacia comunidades con deficientes condiciones socioeconómicas o minorías étnicas.
Recomendaciones	*Ofrecer consejería de comportamiento, grupal y medicamentos (terapia de remplazo de la nicotina, vareniclina o bupropión) o una combinación de tratamientos que han demostrado ser efectivos. *Asegurar el entrenamiento y supervisión de los proveedores de soporte del comportamiento. *Asegurar una respuesta rápida, positiva y autoritaria en las líneas de cesación. * Los medicamentos deben ser prescritos como parte de un tratamiento de abstinencia-contingencia. * No prescribir terapia de remplazo de la nicotina, vareniclina ni bupropión en ninguna combinación. * Considerar combinar parches de nicotina con otra forma de nicotina. *No favorecer ninguna medicación sobre otra. *Proveer terapia de remplazo de la nicotina y soporte apropiado a individuos que quieren seguir la estrategia de reducción asistida de nicotina, solo si esto es parte de un estudio de investigación. *Los profesionales de la salud deben identificar y consignar información sobre el estado de fumador. *Los

	fumadores referidos para cirugía deben ser motivados para parar. *Los fumadores hospitalizados deben recibir consejería y, si es apropiado, terapia de remplazo de la nicotina.
Observaciones	Las búsquedas y las recomendaciones se ajustan al contexto específico del sistema de salud del Reino Unido. Considera como breves las intervenciones de hasta 30 minutos e incluye en este concepto acciones diferentes de la consejería realizables en ese tiempo, como la prescripción de fármacos sin otro soporte. Esta guía recoge y actualiza las recomendaciones contenidas en guías previas de NICE: ' <i>Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation (NICE technology appraisal guidance 39)</i> '; ' <i>Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings (NICE public health guidance 1)</i> ', ' <i>Workplace health promotion: How to help employees to stop smoking (NICE public health guidance 5)</i> ', ' <i>Vareniclina for smoking cessation (NICE technology appraisal guidance 123)</i> '.
Calificación	Rigor en la elaboración, 83,3 %; aplicabilidad al sistema colombiano, 83,3 %

Identificación de la guía	<b>Nueva Zelanda, 2007</b>
Métodos	El objetivo de la guía fue generar recomendaciones basadas en la mejor y más reciente evidencia sobre los tratamientos de cesación del tabaquismo. La guía se basó en las revisiones adelantadas por la colaboración Cochrane y el grupo que desarrolló la guía para la cesación de tabaquismo de los Estados Unidos (Fiore 2008). Además, se hizo una búsqueda complementaria de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados publicados en inglés, con fecha posterior a las revisiones de base. Se consideraron estudios sin asignación aleatoria únicamente cuando no había evidencia de mayor calidad disponible. La evidencia se calificó y las recomendaciones se graduaron de acuerdo con el nivel de evidencia que las soporta.
Población	Población general, grupos étnicos (maorí, asiáticos, pacíficos), mujeres embarazadas y lactantes, adolescentes, pacientes hospitalizados y en periodo preoperatorio, personas que usan servicios de salud mental, usuarios de servicios para el tratamiento de adicciones
Intervenciones	Tamización, consejería breve, consejería intensiva, tratamiento farmacológico (terapia de remplazo de la nicotina, bupropión, vareniclina, nortriptilina), prevención de recaídas, otras intervenciones (hipnosis, acupuntura)
Recomendaciones	* Preguntar y documentar el estado de fumador en todos los pacientes. *Los médicos deben hacer consejería breve al menos una vez al año a todos los fumadores. *Los demás trabajadores de la salud deberían también hacer consejería breve. *Los profesionales de la salud deben buscar entrenamiento apropiado para hacer la consejería. *Se debe ofrecer consejería telefónica. * Se debe proveer soporte cara a cara de forma individual o grupal, en al menos en cuatro sesiones. *Se debe ofrecer terapia de remplazo de la nicotina y usarse por al menos ocho semanas. * La combinación de parches y chicle incrementa las tasas de cesación. * Se puede usar la terapia de remplazo de la nicotina como estímulo a la cesación. *El bupropión puede ofrecerse como medicación efectiva para personas que desean dejar de fumar y puede usarse en quienes tienen enfermedad cardiovascular o respiratoria estable. *Se puede ofrecer nortriptilina y vareniclina a personas que desean parar de fumar. *Hay que ofrecer tratamientos apropiados a poblaciones vulnerables. *Hay evidencia insuficiente para recomendar intervenciones para la prevención de recaídas. * Los materiales de autoayuda deben estar disponibles, pero no deben ser el foco principal de la cesación.
Observaciones	Las recomendaciones siguen un modelo denominado ABC, que implica tamizar ( <i>ask</i> ), brindar consejo breve ( <i>brief advice</i> ) y brindar soporte para la cesación

(*cessation support*). Este último incluye la consejería intensiva (telefónica o cara a cara) y el tratamiento farmacológico. El material de autoayuda se analiza como categoría independiente.

Calificación Rigor en la elaboración, 78,6 %; aplicabilidad al sistema colombiano, 61,1 %

Identificación de la guía	<b>Dutch Institute for Healthcare CBO, 2006 - Holanda</b>
Métodos	La guía se enfoca en el tratamiento de los fumadores en la práctica clínica, por parte de los médicos y otros profesionales involucrados en ello. El objetivo es impactar a los fumadores y recordar el papel de los profesionales de la salud. La guía se basó en las revisiones adelantadas por la colaboración Cochrane, el grupo que desarrolla la guía para la cesación de tabaquismo de los Estados Unidos (Fiore 2008), el grupo NICE (publicadas en la revista <i>Thorax</i> ), la guía para la cesación de Escocia (2000) y las publicaciones realizadas en las revistas <i>Addiction</i> y <i>Tobacco Control</i> . Se hicieron búsquedas adicionales en Medline y Embase para prácticas profesionales específicas. Se adelantó una búsqueda de literatura científica sobre implementación de las guías. Se calificó la evidencia (estudios de intervención y estudios de diagnóstico) y se graduaron las recomendaciones de acuerdo con el nivel de evidencia que las soporta. Se adelantó un análisis de costo-efectividad.
Población	Población general, padres de recién nacidos y niños menores, adolescentes, pacientes con preocupaciones relativas al hábito de fumar, pacientes en periodo preoperatorio, pacientes psiquiátricos, pacientes con adicciones múltiples
Intervenciones	Soporte de comportamiento (consejería breve, consejería intensiva), soporte farmacológico (terapia de remplazo de la nicotina, bupropión, nortriptilina, clonidina), tratamientos alternativos (hipnosis, acupuntura).
Recomendaciones	*Ajustar la intervención al estado de cambio del paciente, tiene evidencia limitada. *Hay relación dosis-respuesta entre la duración del contacto y el efecto. *El material de autoayuda no incrementa (o lo hace escasamente) el efecto de las intervenciones de soporte breves. *Las intervenciones de consejería dirigidas a mujeres embarazadas son efectivas. *La consejería telefónica reactiva es efectiva. *El desarrollo de habilidades y el soporte social tienen las mejores tasas de abstinencia en consejería. *No existe evidencia de la efectividad de la consejería telefónica proactiva como suplemento a la intervención personal o farmacoterapia. * El soporte intensivo es más efectivo que el menos intensivo. * La efectividad de las intervenciones intensivas en adolescentes no ha sido suficientemente demostrada. * Las intervenciones intensivas combinadas con materiales educativos a mujeres embarazadas, son efectivas; sin embargo, no está demostrada la duración de la abstinencia después del embarazo. * Las intervenciones intensivas son efectivas en pacientes hospitalizados o en grupos especiales. *Las intervenciones intensivas deben ser ofrecidas por personas específicamente entrenadas para este propósito. *El efecto de programas de ejercicio y tratamientos alternativos no ha sido suficientemente probado. * Las intervenciones grupales son más efectivas que las individuales menos intensivas. *No es claro si las intervenciones grupales son más efectivas que las individuales intensivas. *La terapia de remplazo de la nicotina es efectiva y no hay diferencia entre las distintas opciones. * No es claro si la combinación de diferentes formas de terapia de remplazo de la nicotina incrementa la efectividad. *El bupropión SR es efectivo. *No es claro que la combinación de bupropión y parches de nicotina sea mejor que los parches solos. *La nortriptilina es efectiva. Su combinación con terapia de remplazo de la nicotina (parches) parece ser más efectiva. * Los tratamientos alternativos no son efectivos. *Los programas de internet dirigidos son un recurso que ayuda. * Los materiales educativos individualizados producen más ex fumadores.
Observaciones	Los materiales de autoayuda se analizan como una categoría independiente.

Calificación	Rigor en la elaboración, 64,3 %; aplicabilidad al sistema colombiano, 64 %
Identificación de la guía	<b>Centro de Estudios de Medicina Basada na Evidencia, 2008 - Portugal</b>
Métodos	El objetivo de la guía es proveer recomendaciones basadas en evidencia científica acerca del tratamiento del uso y dependencia del tabaco. Se buscó literatura científica correspondiente a artículos científicos, libros y páginas de internet. Las bases de datos fueron Medline y Cochrane (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios de efectividad). Se seleccionaron guías de práctica clínica, metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos. Se calificó la evidencia y se graduaron las recomendaciones con base en el nivel de la evidencia que las soporta.
Población	Adultos fumadores y poblaciones especiales: pacientes con enfermedades cardiovasculares, embarazadas, enfermedad siquiátrica, adolescentes, fumadores hospitalizados, pacientes preoperatorios, pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Intervenciones	Intervenciones farmacológicas (terapia de remplazo de la nicotina, antidepresivos, agonistas de receptores nicotínicos, antidepresivos, ansiolíticos, clonidina, antagonistas opioides), tratamientos complementarios (hipnoterapia, acupuntura), intervenciones del comportamiento (material de autoayuda, terapia de grupo, soporte telefónico, consejería individual), prevención de recaídas, terapia aversiva.
Recomendaciones	*Se deben recomendar todas las formas de terapia de remplazo de la nicotina. *Bupropión, nortriptilina y vareniclina son medicaciones efectivas para dejar de fumar. * terapia de remplazo de la nicotina, bupropión, nortriptilina y vareniclina, deben usarse separadamente. *La clonidina es efectiva para dejar de fumar como opción de segunda línea. *Debe suministrarse material de autoayuda a quienes no reciben otra intervención * El fumador motivado puede asistir a terapia grupal. *Debe brindarse consejería telefónica proactiva.* La consejería individual debe ser suministrada por profesionales entrenados y debe durar más de 10 minutos. *El ejercicio físico puede ser recomendado a individuos con mayor intolerancia a los síntomas de abstinencia. *Los médicos deben ofrecer consejería en cesación del tabaco. *Las enfermeras deben proveer intervenciones estructuradas. *Hay que ofrecer tratamientos apropiados a personas con enfermedad cardiovascular, embarazadas, enfermedad psiquiátrica, adolescentes, ancianos, personas hospitalizadas, en el periodo previo a una intervención quirúrgica, pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o grupos raciales y étnicos minoritarios. *Se debe entrenar a los profesionales de cuidado primario que tienen un rol activo en esta área. *Los pediatras deben ofrecer consejería en cesación a los padres, para limitar la exposición ambiental de los niños. *Los profesionales de la salud deben suministrar consejería relacionada con la ganancia de peso que sigue a los tratamientos de cesación. *Deben identificarse tras formas de uso del tabaco y se deber aconsejar fuertemente su cesación.
Calificación	No se incluyen recomendaciones sobre consejería corta. Entre las intervenciones del comportamiento se incluyen el uso de materiales de autoayuda, la terapia grupal y el soporte telefónico.
Observaciones	Rigor en la elaboración, 71,4 %; aplicabilidad al sistema colombiano, 91,7 %