

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención, diagnóstico y tratamiento del **CONSUMO DEL TABACO Y HUMO AJENO** en el primer nivel de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-108-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, Piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC.

Editor General,
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención**, México: Secretaría de Salud; 2009.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: F17. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco

GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención

Coordinadores :		
Dra. María Teresa Oviedo Gómez.	Licenciada en psicología. Especialista en psicología en atención primaria de salud. Maestra en psicología general experimental. Doctora en psicología de la salud.	Consejo Nacional contra las Adicciones.
M. en C. María Luisa Peralta Pedrero.	Médico familiar.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
M. en A. Héctor Javier González Jácome.	Medicina interna. Administración y políticas públicas.	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA.
Autores:		
Dra. María Teresa Oviedo Gómez.	Licenciada en psicología. Especialista en psicología en atención primaria de salud. Maestra en psicología general experimental. Doctora en psicología de la salud.	Consejo Nacional contra las Adicciones.
Psic. Aldegunda González Aguilar.	Licenciada en psicología. Especialista en el tratamiento de las adicciones. Maestra en psicología de las adicciones.	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
Psic. Rocío Romero Reséndez.	Licenciada en psicología.	Centros de Integración Juvenil, A. C.
Psic. Diana Esparza Lozada.	Licenciada en psicología. Especialista en psicoterapia grupal integral.	Petróleos Mexicanos.
Dr. Eduardo Federico Riquelme García.	Médico psiquiatra. Paidopsiquiatra y terapeuta familiar.	Centros de Integración Juvenil, A. C.
Dra. Eryka del Carmen Urdapilleta Herrera.	Licenciada en psicología. Maestra en psicología. Especialista en psicoterapia psicoanalítica. Doctora en psicología de la salud, en el área de adicciones.	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
Dr. Mario González Zavala.	Médico psiquiatra. Especialista en manejo de adicciones.	Instituto Nacional de Psiquiatría.
Dra. Natalia Morales.	Médico psiquiatra. Especialista en manejo de adicciones.	Instituto Nacional de Psiquiatría.
M. en C. María Eugenia Velasco Contreras.	Médico internista. Maestra en ciencias de la salud y epidemiología clínica.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Dr. José Luis Vázquez Martínez.	Médico cirujano. Especialista en el tratamiento de las adicciones.	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
Psic. José Vicente Castro Ávalos.	Licenciado en psicología. Especialista en terapia familiar sistémica.	Consejo Nacional contra las Adicciones.
Dra. Elodia Guadalupe León Nandayapa.	Médico psiquiatra. Especialista en manejo de adicciones.	Instituto Nacional de Psiquiatría.
M. en A. Miguel Ángel Medina Gutiérrez.	Licenciado en psicología. Maestro en psicología.	Universidad Nacional Autónoma de México.
M. en A. Héctor Javier González Jácome.	Medicina interna. Administración y políticas públicas.	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA.
Miguel Ángel Colín Mercado.	Medicina interna.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Josefina Cortés Miranda.	Psicología.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Marco Antonio Fernández Corzo.	Neumología.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Alberto Alejandro Flores Ibarra.	Neumología.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Dr. David Leonardo Hernández Santillán	Medicina familiar	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA.
Irma Lince Frías.	Epidemiología.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
María Teresa Romero Espinoza.	Trabajo social.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Azalea Toltecatl Pérez	Enfermería.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Francisco Javier Valdivia Ibarra	Médico familiar.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
María del Socorro Velásquez Téllez.	Estomatóloga pediátrica.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
José Raymundo Rodríguez Moctezuma.	Medicina interna.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Silvia Sánchez Ambríz.	Médico familiar.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Validación interna.		
Lic. Angélica Ocampo Ocampo	Licenciada en Psicología. Especialista en adicciones.	Hospital General de México.
Lic. Tania Villa Hernández	Licenciada en Psicología.	Hospital General de México
Revisión interinstitucional.		
	Revisión cruzada entre diversas dependencias de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social.	

ÍNDICE

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta guía.	6
3. Aspectos generales.	7
3.1. Justificación.	8
3.2. Objetivo.	9
3.3. Definición.	10
4. Evidencias y recomendaciones.	11
4.1. Diagnóstico.	
4.1.1. Valoración Integral. Instrumentos de tamizaje.	12
4.2. Prevención.	
4.2.1. Educación para la salud. Beneficios de mantenerse sin fumar.....	15
4.2. Prevención	
4.2.2. Prevención universal.....	22
4.2.3. Prevención selectiva.....	30
4.3.1. Intervención breve. Etapas del consejo médico.....	35
4.3.2. Intervención intensiva o avanzada.	38
4.3.3. Tratamiento farmacológico	
4.3.3.1. Generalidades.	43
4.3.3.2. Farmacoterapia nicotínica.	44
4.3.3.3. Farmacoterapia no nicotínica.	45
4.3.4. Consideraciones para poblaciones especiales	
4.3.4.1. Niños y adolescentes.	46
4.3.4.2. Mujeres embarazadas.	48
4.3.4.3. Adultos mayores.	50
4.3.4.4. Co-morbilidad psiquiátrica y médica.....	50
4.3. Criterios para la referencia al segundo y tercer nivel de atención.....	53
5. Puntos generales de buena práctica clínica del grupo de trabajo.....	54
6. Anexos:	
I. Historia clínica del consumo de tabaco.	55
II. Fases de cambio y antecedentes.	57
III. Prueba de Richmond.	59
IV. Cuestionario de motivos.	60
V. Prueba de Fagerström.	62
VI. Componentes de la intervención breve	
VII. Tareas del profesional de salud según la fase de cambio.....	63
VIII. Intervenciones motivacionales en fumadores no preparados para dejar de fumar.....	64
IX. Estrategias de motivación para dejar de fumar.	65
X. Estrategias para afrontar situaciones.	66
XI. Dosificación de fármacos para dejar de fumar.	67
7. Bibliografía.....	88
8. Comité académico.....	70
9. Directorios.....	71
10. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.....	72

1. CLASIFICACIÓN

Clasificación GPC SSA-108-08			
Profesionales de la salud	1.4 Cardióloga(o). 1.14 Estomatóloga(o). 1.15 Enfermera(o). 1.19 Geriátra. 1.22 Especialista en medicina del deporte. 1.23 Médico familiar. 1.24 Especialista en medicina física y rehabilitación. 1.25 Médico internista. 1.27 Especialista en medicina preventiva. 1.32 Neumóloga(o). 1.36 Odontóloga(o). 1.41 Otorrinolaringóloga(o). 1.45 Psicóloga(o). 1.46 Psiquiatra.		
Clasificación de la enfermedad	2. CIE-10: F17. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco.		
Categoría de GPC	3.1.1 Primer nivel de atención. 3.2 Consejería. 3.3 Evaluación. 3.4 Diagnóstico y tamizaje. 3.5 Pronóstico. 3.6 Tratamiento. 3.8 Tratamiento farmacológico. 3.9 Tratamiento no farmacológico. 3.11 Prevención. 3.12 Rehabilitación. 3.13 Evaluación del riesgo. 3.15 Educación sanitaria.		
Usuarios potenciales	4.3 Departamentos de salud pública. 4.5 Enfermeras generales. 4.6 Enfermeras especializadas. 4.7 Estudiantes. 4.10 Inhalo terapeutas. 4.11 Investigadores. 4.12 Médicos especialistas. 4.13 Médicos generales. 4.14 Médicos familiares. 4.15 Odontólogos. 4.17 Organizaciones orientadas a enfermos. 4.18 Paramédicos. 4.23 Planificadores de servicios de salud. 4.25 Proveedores de servicios de salud. 4.26 Proveedores de atención en farmacodependencia. 4.27 Psicólogos/profesionistas de la conducta no médicos. 4.28 Técnicos en enfermería. 4.32 Trabajadores sociales.		
Tipo de organización desarrolladora	6.5 Consejo Nacional contra las Adicciones; Centros de Integración Juvenil; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; Instituto Nacional de Psiquiatría; Universidad Nacional Autónoma de México. 6.6 Instituto Mexicano del Seguro Social. 6.7 Petróleos Mexicanos. 6.8 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.		
Población blanco	7.4 Adolescente 13-18. 7.5 Adulto. 7.6 Mediana edad. 7.7 Adulto mayor 65-79. 7.8 Adulto mayor de 80. 7.9 Hombre. 7.10 Mujer.		
Fuente de financiamiento / patrocinador	8.1 Gobierno Federal. 8.4 Mixto: Consejo Nacional contra las Adicciones.		
Intervenciones y actividades consideradas	<p>CIE – 9:</p> <p>92.25 Otra terapia psiquiátrica con fármacos.</p> <p>94.0 Evaluación y pruebas psicológicas.</p> <p>94.08 Otras pruebas y evaluación psicológica.</p> <p>94.09 Determinación del estado mental psicológico, no especificado de otra manera.</p> <p>94.1 Entrevistas, consultas y evaluaciones psiquiátricas.</p> <p>94.19 Otra entrevista y evaluación psiquiátricas. Entrevista psiquiátricas de seguimiento NEOM.</p> <p>94.3 Psicoterapia Individual.</p> <p>94.33 Terapia del comportamiento. Modificación de la conducta.</p> <p>94.35 Intervención en crisis.</p>	<p>94.37 Psicoterapia verbal exploratoria.</p> <p>94.38 Psicoterapia verbal de apoyo.</p> <p>94.39 Otra psicoterapia individual.</p> <p>94.4 Otra psicoterapia y asesoramiento.</p> <p>94.45 Asesoramiento sobre toxicomanía.</p> <p>94.49 Otro asesoramiento.</p> <p>94.5 Remitir (al paciente) hacia rehabilitación psicológica.</p> <p>94.51 Remitir al paciente hacia psicoterapia.</p> <p>94.54 Remitir al paciente hacia la rehabilitación de toxicomanía.</p> <p>94.55 Remitir al paciente hacia rehabilitación de profesional.</p>	<p>94.59 Remitir al paciente hacia otra rehabilitación psicológica.</p> <p>94.6 Rehabilitación y desintoxicación de alcohol y drogas.</p> <p>94.64 Rehabilitación de drogas.</p> <p>94.65 Desintoxicación de drogas.</p> <p>94.66 Rehabilitación y desintoxicación de drogas.</p> <p>94.67 Rehabilitación combinada de alcohol y drogas.</p> <p>94.68 Desintoxicación combinada de alcohol y drogas.</p> <p>94.69 Rehabilitación y desintoxicación combinada de alcohol y drogas.</p>
Impacto esperado en salud	Disminuir la incidencia del consumo de tabaco en población general. Reducir las cifras de población expuesta al humo de tabaco ajeno. Incrementar el porcentaje de personas que abandonan el consumo de tabaco. Incrementar el número de personas atendidas por consumo de tabaco. Reducir las tasas de mortalidad asociadas al consumo de tabaco. Disminuir el número de referencias de casos al segundo y tercer nivel de atención. Incrementar el número de ex fumadores.		
Metodología¹	<p>Definir el enfoque de la GPC.</p> <p>Elaboración de preguntas clínicas.</p> <p>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia.</p> <p>Protocolo sistematizado de búsqueda.</p> <p>Revisión sistemática de la literatura.</p> <p>Búsquedas de bases de datos electrónicas.</p> <p>Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores.</p> <p>Búsqueda manual de la literatura.</p> <p>Número de fuentes documentales revisadas: 46.</p> <p>Guías seleccionadas: 3 del período 2005-2008.</p> <p>Revisiones sistemáticas.</p> <p>Ensayos controlados aleatorizados.</p> <p>Reporte de casos.</p> <p>Validación del protocolo de búsqueda por la Biblioteca del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.</p> <p>Adopción de guías de práctica clínica Internacionales:</p> <p>Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia.</p> <p>Construcción de la guía para su validación.</p> <p>Responder a preguntas clínicas por adopción de guías.</p> <p>Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional.</p> <p>Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones.</p> <p>Emisión de evidencias y recomendaciones*.</p>		
Método de validación y adecuación	Validación del protocolo de búsqueda: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Validación cruzada entre el grupo de expertos del IMSS y el grupo de expertos coordinado por el CONADIC. Revisión externa: Academia Nacional de Medicina.		
Conflictos de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
Registro y actualización	Registro: SSA-108-08 Fecha de actualización:		

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: [HTTP://WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/](http://www.cenetec.salud.gob.mx/).

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

En usuarios de los servicios de salud del primer nivel de atención:

1. ¿Cuáles son los daños a la salud ocasionados por el consumo de tabaco?
2. ¿Cómo se puede prevenir que las personas inicien el consumo de tabaco?
3. Del equipo de salud ¿quién es responsable de llevar a cabo actividades de prevención contra el consumo de tabaco?
4. ¿Se debe realizar tamizaje de personas que consumen o están expuestas al humo de tabaco?
5. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el uso y dependencia del consumo de tabaco?
6. ¿Qué instrumentos de tamizaje y diagnóstico se requieren para la detección del consumo de tabaco?
7. ¿Cuáles son los criterios clínicos para evaluar la dependencia a la nicotina?
8. ¿Qué procedimiento se sigue para valorar físicamente al paciente fumador?
9. ¿Qué procedimiento se sigue para valorar conductualmente al paciente fumador?
10. ¿Cuáles son los criterios clínicos para evaluar la etapa de motivación para el tratamiento?
11. ¿En qué momento es conveniente que el personal de salud realice acciones oportunas para evaluar y detectar el consumo de tabaco?
12. ¿Se deben realizar de manera permanente las acciones de detección temprana de consumo de tabaco?
13. ¿Qué procedimiento de evaluación y atención clínicas se sigue cuando el paciente es un no fumador o bien un ex fumador?
14. ¿Qué procedimiento de evaluación y atención clínicas se sigue cuando el paciente es un fumador pasivo o un fumador de humo ajeno?
15. ¿Qué procedimiento de evaluación y atención clínicas se sigue cuando el paciente fumador no presenta dependencia?
16. ¿Qué procedimiento de evaluación y atención clínicas se sigue cuando el paciente fumador presenta dependencia?
17. ¿Cuándo se recomienda el tratamiento farmacológico?
18. ¿Cuándo está indicada la suspensión del tratamiento farmacológico?
19. ¿Cuáles son los criterios de alta de los pacientes tratados por consumo de tabaco?
20. ¿Cuáles son los criterios de referencia al siguiente nivel de atención de los pacientes dependientes de tabaco?
21. ¿Cuáles son las estrategias de seguimiento y prevención de recaídas en los pacientes tratados por consumo de tabaco?
22. ¿Qué consideraciones deben tomarse en cuenta para tratar pacientes de grupos poblacionales especiales?

3. ASPECTOS GENERALES

La filosofía de esta guía de práctica clínica, se dirige a los integrantes del equipo clínico de salud de todos los niveles de atención y su rol como responsables de otorgar servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para problemas de salud de alta prevalencia en la población mexicana como el tabaquismo que es a su vez el principal factor para el desarrollo y aceleración de complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, además reconocido causal del cáncer en general. Este enfoque hace énfasis en:

- La importancia del equipo multidisciplinario en ese escenario de trabajo,
- El desarrollo de las guías de práctica clínica que recomiendan procedimientos con base en evidencias apoyadas en las mejores prácticas y
- Que la atención generada por las mejores prácticas en la prevención control y tratamiento, del tabaquismo, impactará de manera importante en la relación costo-beneficio de los programas de intervención. (33-37).

La intervención que se presenta en esta guía para prevenir y tratar a las personas con problemas por el consumo del tabaco, describe un proceso que otorga servicios de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento con base en las mejores prácticas existentes en el momento actual.

La utilización de guías de práctica clínica, con base en evidencias, es cada vez más común y se está convirtiendo en un requisito necesario dentro del contexto de la red de servicios de salud. La propuesta en esta guía, pretende dar los elementos necesarios para que la intervención y atención del tabaquismo se dé en todos los ámbitos y niveles de atención debido a la evolución epidémica que lo ha caracterizado.

Diagnóstico. La detección de personas con tabaquismo o exposición al humo de tabaco ajeno debe realizarse en la población usuaria de los servicios de salud, con solo indagar si fuma, esto debe ir seguido de una valoración médica completa para conocer su historial de tabaquismo, su motivación para abandonarlo, detección de complicaciones, establecimiento del tratamiento y seguimiento hasta alcanzar el objetivo que es su suspensión definitiva.

Co-morbilidad. La presencia de trastornos co-mórbidos es un punto pertinente que considera esta guía, no solo por lo que se refiere al diagnóstico, sino porque en sí misma puede influir el proceso de tratamiento. Por ejemplo, una alta proporción de personas fumadoras pueden presentar problemas de salud mental importantes.

La co-morbilidad psiquiátrica no solo representa un trastorno de salud que debe ser tratado, sino que además puede afectar la capacidad de los pacientes para cumplir con las recomendaciones de tratamiento, tanto para el tabaquismo como para el trastorno mental.

Otro punto importante es el impacto que este modelo de intervención va a tener necesariamente sobre la calidad de la atención. En tanto que los distintos niveles de atención, están diseñados para asegurar que todas las personas con un problema de salud, tengan acceso a los servicios por medio de mejores prácticas, esto no significa que la demanda de los pacientes sea el reflejo de su necesidad.

Aunque indudablemente existen desafíos importantes para la implementación de este modelo, con base en evidencias, es una alternativa a los métodos simplistas que se vienen utilizando para hacer frente a los problemas relacionados con el consumo de tabaco en la población general.

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El consumo de tabaco en nuestro país constituye un problema de salud pública que tiene una alta prevalencia, donde se ven afectados con frecuencia, grupos vulnerables para iniciarse en la adicción como son los niños, jóvenes, mujeres. Por otro lado el tabaquismo favorece el inicio y las complicaciones de padecimientos como sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes mellitus.

La nicotina, sustancia adictiva contenida en el tabaco, no es la única sustancia dañina para el organismo; en el cigarro además de la nicotina se encuentran más de 4000 sustancias, 400 de ellas son muy tóxicas, 45 son cancerígenas, esto explica porqué en 50% de los fumadores causa muerte prematura, en el resto incrementa más de 10 veces su riesgo de presentar cáncer en general y se asocia a más de 25 enfermedades.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA), la prevalencia del consumo de tabaco en población de 12 a 65 años, es del 26.4%, que significan 16 millones de personas, más de 50 millones de expuestos al humo de tabaco ajeno. Asimismo, se ha demostrado que la edad de inicio ha disminuido a los nueve años de edad, y el porcentaje de adolescentes que consumen tabaco es mayor entre las mujeres.

Las consecuencias y daños a la salud, relacionados con el consumo de tabaco a cualquier edad, tienen un impacto importante en el gasto de atención a la salud.

Por lo anterior, la población general está expuesta directa o indirectamente, a los riesgos y consecuencias del consumo de tabaco y su atención debe ser en la comunidad y en los servicios de salud.

Esta guía clínica pretende estandarizar los criterios y procedimientos para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, intervención y referencia oportuna de personas que consumen tabaco y aquellas expuestas a este problema así como, sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de este tema.

Actualmente, en el Sistema Nacional de Salud no existe un instrumento metodológico, basado en evidencias científicas de las mejores prácticas, nacionales e internacionales, que guíe el quehacer del profesional de salud para llevar a cabo acciones de prevención y tratamiento del consumo de tabaco en los servicios de salud, que contribuya a contener este problema de salud pública.

3. ASPECTOS GENERALES

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica **Prevención y tratamiento del consumo de tabaco en el primer nivel de atención** forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre la prestación de servicios para la prevención y el tratamiento del consumo de tabaco.

Son objetivos específicos de esta guía:

1. Brindar herramientas para la protección de población sana y población vulnerable.
2. Otorgar herramientas para la detección temprana de personas que consumen tabaco.
3. Mostrar el procedimiento para que el profesional de salud realice el diagnóstico de manera eficaz y oportuna.
4. Brindar las estrategias de abordaje para el tratamiento del paciente fumador de acuerdo al grado de severidad de consumo.
5. Apoyar al equipo de salud en la toma de decisiones para la referencia de casos al segundo y tercer niveles de atención.

Con la aplicación generalizada del presente instrumento en los servicios del Sistema Nacional de Salud, se pretende incidir en los siguientes indicadores:

1. Disminuir la incidencia del consumo de tabaco en población general.
2. Reducir las cifras de población expuesta al humo de tabaco ajeno.
3. Incrementar el porcentaje de personas que abandonan el consumo de tabaco.
4. Incrementar el número de personas atendidas por consumo de tabaco
5. Reducir las tasas de co-morbilidad asociadas al consumo de tabaco.
6. Reducir las tasas de mortalidad asociadas al consumo de tabaco
7. Disminuir el número de referencias de casos al segundo y tercer niveles de atención.
8. Reducir el daño y los costos de la atención por padecimientos colaterales al consumo de tabaco.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3. ASPECTOS GENERALES

3.3 DEFINICIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas (psicotrópicos y psicofármacos), se define al rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de éstas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco (CIE 10: F17) se encuentran definidos como parte de los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas” (F10 a F19).

En la cuarta edición revisada del **Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV**, se clasifica como “*Trastornos relacionados con nicotina (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno abstinencia, inducido por nicotina)*”. Son criterios para dependencia de sustancias, “un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de doce meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado;
 - (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas):
 - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia;
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

4.1 DIAGNÓSTICO

4.1.1 VALORACIÓN INTEGRAL. INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Que algún miembro del equipo de salud le pregunte al paciente si consume tabaco, es una medida sencilla que triplica la posibilidad de que dicho paciente acepte un tratamiento para dejar de fumar.

1+
Guía de práctica clínica.
Fiore MC, 2000

R

Interrogar sistemáticamente a todos los pacientes que acudan a la consulta sobre el consumo de tabaco y registrar esta información en la historia clínica (ver anexo I.)

A
Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007

R

Para abordar adecuadamente el tabaquismo, es necesario conocer hasta qué punto el paciente está dispuesto a dejar de fumar y cuáles son los motivos que le han llevado a desarrollar esa conducta; qué estímulos están intrínsecamente asociados a la conducta tabáquica, la cual como todas las adicciones es una conducta aprendida; y qué aporta la conducta adictiva al paciente (por ejemplo, mecanismo de afrontamiento a las situaciones de estrés o de frustración, factor de sociabilidad, control del estado de ánimo,...) y de qué recursos alternativos puede disponer el paciente. Estos aspectos se pueden explorar en primer lugar mediante la entrevista directa al paciente, en la que es muy importante conocer los intentos previos para dejar de fumar y, en ese caso, las causas de las anteriores recaídas.

B
Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007 .

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R	Para un mejor abordaje diagnóstico-terapéutico del tabaquismo hay que considerar que el abandono del consumo de tabaco no debe ser valorado como un hecho puntual en la vida del fumador, sino como un proceso dinámico que pasa por una serie de etapas por las que el paciente podrá transitar, ir y venir hasta lograr la abstinencia. <i>Prochaska y DiClemente, 1983.</i>	B Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. <i>Sociodrogalcohol, 2007.</i>
E	Los estadios de cambio del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente han mostrado ser un elemento claramente predictivo de adherencia y eficacia del tratamiento. <i>Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994.</i>	1+ Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. <i>Sociodrogalcohol, 2007</i>
R	Utilizar el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente para ayudar a los fumadores en el proceso de abandono de consumo de tabaco (ver anexo II).	B Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. <i>Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.</i>
R	Para conocer la motivación del fumador puede utilizarse el test de Richmond. Éste consta de cuatro sencillas preguntas, y valora entre 0 y 10 el grado de motivación, aunque debemos señalar que aún no está validado en la población mexicana (anexo III).	B Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. <i>Sociodrogalcohol, 2007</i>
R	Además de conocer por qué el paciente quiere dejar de fumar, es importante hacerle reflexionar sobre los motivos por los que fuma (ver anexo IV).	B Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. <i>Sociodrogalcohol, 2007</i>
E	El grado de dependencia que produce la nicotina es variable, dependiendo por una parte del producto que se consume y por otra de la relación que se establezca entre la persona y el tabaco.	1+ Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. <i>Sociodrogalcohol, 2007</i>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



El test de Fagerström de dependencia de la nicotina (*FTDN; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991*) está formado por seis ítems y ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre. La puntuación oscila entre 0 y 10. Puntuaciones altas (seis ó más) indican un alto grado de dependencia; sin embargo, unas puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia (ver el anexo V).

1+

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007



Para evaluar la dependencia física por la nicotina deben emplearse los criterios diagnósticos de la CIE-10 (sistema clasificatorio de la Organización Mundial de la Salud para todas las enfermedades) la cual lo incluye en el apartado F17 bajo la denominación Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de tabaco. También se pueden consultar los criterios del DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*).

1+

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007

4.2 PREVENCIÓN

4.2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD. BENEFICIOS DE MANTENERSE SIN FUMAR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la última edición de la clasificación internacional de las enfermedades (ICD-10), ha catalogado al tabaquismo y a la dependencia tabáquica como una enfermedad crónica y adictiva (asigna al tabaquismo la clave F17). La Clasificación Diagnóstica y Estadística de los Trastornos mentales establece criterios uniformes para la clasificación de dependencia de sustancias (ver capítulo 3, Definición).</p> <p><i>CIE-10</i> <i>DSM-IV-TR</i></p>	IV
	<p>El tabaquismo debe ser registrado en los sistemas de información epidemiológica y expediente clínico del paciente como enfermedad.</p>	<p>D Consenso del grupo que elaboró esta guía.</p>
	<p>Se recomienda interrogar sistemáticamente a todos los pacientes que acudan a la consulta en cualquier nivel de atención sobre el consumo de tabaco y exposición al humo del tabaco ajeno y registrar esta información en la historia clínica (ver el anexo I).</p>	<p>A Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. <i>Sociodrogalcohol, 2007</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El abandono del consumo del tabaco no debe considerarse como un hecho puntual en la vida del fumador, sino como un proceso que pasa por una serie de etapas definidas por Prochaska y Di Clemente. Estas fases indican también si el paciente se encuentra o no motivado para intentar la abstinencia.

- **Fase de pre-contemplación:** el fumador no tiene intención de dejar de fumar en los próximos seis meses.
- **Fase de contemplación:** la persona empieza a ser consciente de que existe un problema y participa activamente buscando información y se plantea seriamente dejar de fumar en los próximos seis meses.
- **Fase de preparación:** el sujeto se ha planteado abandonar el consumo de tabaco) en los próximos 30 días.
- **Fase de acción:** los individuos han iniciado conductas para el abandono del tabaco, llegando a lograrlo con éxito (pero llevan sin fumar menos de seis meses).
- **Fase de mantenimiento:** el individuo lleva sin fumar un periodo de seis meses a dos años.
- **Fase de finalización:** si después de la fase de mantenimiento (dos años) no se produce una recaída (ver el anexo 6).

III

Estudio clínico.
Prochaska JO, 1992.

IV

Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas.
Prochaska JO, 1993

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Es conveniente que todo profesional de la salud esté capacitado para reconocer las fases de abandono de la utilización del tabaco.

Las trabajadoras sociales, las asistentes médicas, las enfermeras, los odontólogos, deben (saber) detectar personas con tabaquismo, clasificarlas de acuerdo con la fase de abandono, y en pacientes en etapa de pre-contemplación y contemplación, deben realizar intervenciones grupales y consejos individuales.

Los médicos generales, médicos familiares y médicos especialistas deben aconsejar la abstinencia a pacientes en fase de pre-contemplación y contemplación; los médicos familiares deben ofrecer apoyo a los pacientes en fase de preparación, acción y mantenimiento; a los pacientes que se encuentren en fase de finalización, realizarles un seguimiento anual.

C
Estudio clínico.
Prochaska JO, 1992.

D
Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas.
Prochaska JO, 1993

E

La nicotina es una sustancia que posee una gran capacidad adictiva, ya que activa los receptores nicotínicos específicos cerebrales casi instantáneamente luego de su inhalación.

La herramienta más útil para medir la dependencia química es el test de Fagerström (ver el anexo V). Fue creado en 1978 (Fagerström Tolerante Questionnaire o FTQ) y posteriormente modificado por el mismo autor, quien eliminó las preguntas sobre el contenido de nicotina del cigarro y la profundidad de la "aspiración o golpe", y se publicó en 1991 el: **Fagerström Test for Nicotine Dependence FTND**, que actualmente se utiliza.

Consta de seis preguntas. Se correlaciona con los niveles de nicotina y de monóxido de carbono. Está en discusión, si es predictivo de éxito del tratamiento pero sí es de utilidad para orientar sobre la necesidad y tipo de tratamiento farmacológico (ver el anexo 8).

Ib
A revision of a Fagerström Tolerance Questionnaire
Heatherton TF, 1991.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La versión corta (dos preguntas) del cuestionario de Fagerström ha sido validada y se recomienda para utilizarse en los servicios de primer nivel de atención (ver el anexo 8).

Estudio clínico.
Mallin R, 2002.

Ib



El médico familiar debe realizar el cuestionario de Fagerström para determinar el nivel de dependencia a la nicotina de todo paciente que se encuentre en fase de preparación y acción, con la finalidad de orientar la intervención.

B
A revision of a Fagerström Tolerance Questionnaire
Heatherton TF, 1991

Estudio clínico.
Mallin R, 2002.



El consumo del tabaco es causa de al menos 85% de los casos de cáncer de pulmón, bronquitis crónica y enfisema. El tabaquismo es también causa de cáncer en los siguientes órganos: la cavidad oral, el riñón, la vejiga y el cuello uterino, así como de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

El peligro de contraer un tumor maligno está en relación directa con una serie de factores que varían en cada fumador y son los siguientes:

- Número de años fumando
- Números de cigarrillos fumados por día
- Longitud de cada cigarrillo fumado
- Profundidad de cada aspiración
- Contenido en alquitranes de cada cigarrillo
- Genética, nutrición, hábitos de salud

El índice tabáquico puede servir para sospechar la presencia de enfermedades relacionadas al consumo de tabaco.

Grado leve de tabaquismo. Menos de cinco paquetes por año.

Grado moderado de tabaquismo. De cinco a 15 paquetes por año.

Grado intenso de tabaquismo. Más de 15 paquetes año.

$$\frac{(\text{cigarrillos por día})(\text{años fumando})}{20} = \text{paquetes por año.}$$

Ib, IV
Revisión de expedientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
Villalba CJ, 2004.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Descartar enfermedades secundarias al tabaquismo en pacientes sintomáticos o en pacientes asintomáticos con tabaquismo de largo tiempo de evolución (diez o más años) y que consumen más de diez cigarros al día. Inclusive en pacientes que no fuman actualmente pero que han fumado, deberá investigarse la presencia de enfermedades para las que el tabaquismo es un factor de riesgo.

B, D

Revisión de expedientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
Villalba CJ, 2004.

E

Las dos terceras partes del humo de un cigarro encendido no van a los pulmones del fumador sino al aire atmosférico. Existe evidencia acerca de los efectos nocivos que tiene sobre la salud la exposición al humo ajeno a plazos inmediato y mediato; exposiciones a humo ajeno incluso breves pueden desencadenar respuestas broncopulmonares intensas, capaces de amenazar la vida de niños o adultos con asma.

IIb

Artículo de revisión.
Reardon JZ, 2007.

Aunque la legislación está disminuyendo la exposición al humo ajeno en lugares públicos, la exposición persiste en casa y afecta a grupos vulnerables como los niños, los ancianos y las mujeres embarazadas.

III

Artículo de revisión.
Reardon JZ, 2007.

Determinar la magnitud de la exposición individual al humo ajeno es una tarea difícil ya que depende de múltiples factores como el número de cigarros fumados por la gente en un determinado lugar, el tiempo de exposición, las características de construcción y ventilación, la capacidad de absorción de los muebles, cortinas, estructuras etc. Se ha tratado de evaluar midiendo los productos derivados del tabaco o sus metabolitos tanto en el ambiente o en forma individual mediante determinaciones séricas, en saliva, orina o cabello. Diferentes biomarcadores de esta exposición (nicotina y su metabolito, cotinina) pueden ser útiles para evaluar exposiciones recientes. Aunque la vida media de la nicotina es corta (menos de dos horas), la de la cotinina es de tres a cuatro días.

IIb

Artículo de revisión.
Reardon JZ, 2007.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Los trabajadores de la salud deberán identificar a las personas expuestas a humo ajeno y aconsejar que la eviten. Es recomendable que las trabajadoras sociales y personal de enfermería proporcionen información de forma grupal y con materiales impresos o carteles para que los usuarios de los servicios del instituto puedan reconocer esta exposición y defender su derecho a la no exposición al humo ajeno.

Artículo de revisión.
Reardon JZ, 2007.

C**R**

Es útil brindar información sobre los beneficios del dejar de fumar de manera personalizada, relacionándolo con las condiciones de salud de cada fumador.

Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco.
Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.

A**R**

El consejo anti-tabáquico debe dirigirse a “no fumar” y no a “fumar menos”.

Vale la pena enfatizar al proporcionar consejo, que el tabaquismo es una adicción y, por lo tanto, resulta prácticamente imposible controlar el consumo. Además, existe evidencia reciente que demuestra que fumar poca cantidad (uno a cinco cigarros al día) aumenta en un 40% el riesgo de infarto del miocardio, por lo que es importante desmitificar al bajo consumo como inocuo.

Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco.
Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.

A**A**

Estudio de casos y controles.
Yusuf S, 2004.

E

En muchos casos, los fumadores que dejan de fumar, se mantienen un tiempo sin fumar (días, semanas o meses), recaen, vuelven de nuevo a intentar dejar de fumar, lo consiguen o no, y así siguen durante meses o años. El haber conseguido dejar de fumar en cualquier momento del tiempo es un factor predictivo positivo de que el siguiente intento probablemente será más eficaz que el anterior.

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007

A**Nivel de evidencia 1**

Evidencia / Recomendación**Nivel / Grado**

Existen variables o características de los individuos que se asocian con la consecución de la abstinencia (por ejemplo, alta motivación, estado de preparación para la acción) y otras que se asocian negativamente al conseguir dejar de fumar o a mantener la abstinencia si dejan de fumar (por ejemplo, alta dependencia de la nicotina, co-morbilidad psiquiátrica, etc.).

A**Nivel de evidencia 1**

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.

Sociodrogalcohol, 2007

4.2 PREVENCIÓN

4.2.2 PREVENCIÓN UNIVERSAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Como resultado del análisis de las estrategias para la prevención del tabaquismo, se observó, en la mayoría de las encuestas, que cerca de 25% de los adolescentes habían fumado en los últimos 30 días y casi todos los adultos jóvenes fumadores habían iniciado antes de los 18 años. La investigación reportan que, en la pasada década, los grupos de adolescentes (de 13 a 18 años) y jóvenes adultos (de 18 a 24 años) fueron los más susceptibles a la influencia cultural y de mercadotecnia sobre el consumo del tabaco. Las intervenciones más efectivas para reducir el consumo del tabaco son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar el precio y los impuestos al producto del tabaco. 2. Regular legalmente el acceso a los productos del tabaco por los adolescentes. 3. Realizar campañas masivas en medios de comunicación. 	<p>III-IV <i>National Institutes of health State-of-the-Science Conferenc.</i> <i>Bethesda, Maryland, 2006.</i></p>
<p>R Realizar campañas preventivas individualizadas; por medio de la intervención breve por todo el equipo de salud, utilizando por lo menos tres minutos por paciente.</p>	<p>S/G <i>National Institutes of health State-of-the-Science Conferenc.</i> <i>Bethesda, Maryland, 2006.</i></p>
<p>R Realizar campañas grupales preventivas por medio de trípticos, carteles, periódico mural, mensajes televisivos, audioramas, mensajes en llamadas en espera. Las salas de espera y los pasillos de tránsito en las unidades médicas y no médicas (áreas de fomento a la salud, centros deportivos etc.) son lugares adecuados para la difusión.</p>	<p>D <i>National Institutes of health State-of-the-Science Conferenc.</i> <i>Bethesda, Maryland, 2006.</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

La enfermera, la trabajadora social, el promotor de salud, los orientadores técnico-médicos, deben realizar campañas de prevención del uso de tabaco y exposición al humo ajeno, mostrando sus efectos nocivos para la salud. Estas acciones deben realizarse en las áreas urbanas y rurales, por grupos de población específicos (niños, adolescentes, adultos jóvenes, embarazadas, adultos mayores). Los lugares más adecuados son escuelas, lugares públicos como mercados, iglesias, centros comerciales, etc. Es útil identificar los aspectos positivos de las personas a reforzar (hábitos saludables como alimentación, actividad física, ocupación del tiempo libre, manejo adecuado del estrés) para que mantengan firme la decisión de no fumar a pesar de la influencia del entorno social.

D

*National Institutes of health State-of-the-Science Conferenc.
Bethesda, Maryland, 2006.*

R

Es conveniente que se realicen convenios con instituciones de educación media superior y superior para que los estudiantes de medicina, enfermería, odontología, nutrición y dietología y trabajo social realicen acciones de educación para la salud para prevención del uso del tabaco en forma permanente en las escuelas de educación primaria y secundaria y lugares públicos.

D

*National Institutes of health State-of-the-Science Conferenc.
Bethesda, Maryland, 2006.*

R

Todo profesional de la salud deberá aplicar al menos las tres primeras "A's" del programa para prevenir la iniciación del tabaquismo a los usuarios del servicio de salud que atienda, y referir a medicina familiar a los fumadores que deseen apoyo para abandonar la utilización del tabaco.

D

*Consenso tabaquismo.
Colombo E, 2005.*

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Existe evidencia de que el consumo de tabaco en el lugar de trabajo, donde además existe exposición a sustancias químicas tóxicas, incrementa la peligrosidad de estas sustancias ya que actúa en forma sinérgica produciendo daño a la salud, principalmente a nivel pulmonar.

IIB-III

Artículo de revisión.

*Reardon JZ, 2007.***R**

El equipo de salud debe identificar durante su consulta diaria a los grupos con mayor susceptibilidad a efectos adversos del tabaco. Por ejemplo: personas con exposición laboral a agentes físicos, químicos o biológicos causantes de neuropatías, recomendar el uso y aplicación de medidas de protección personal en el área de trabajo y reforzar las pláticas grupales de educación para la salud sobre los daños del consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno apoyándose de la estrategia de intervención breve con enfoque de prevención utilizando las cinco "A's".

C

Artículo de revisión.

Reardon JZ, 2007.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

En la 56a asamblea mundial de la salud celebrada en el año 2003, se integró el convenio “Marco” de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco con la finalidad de proteger a las generaciones presentes y futuras del consumo del tabaco y de la exposición del humo de tabaco (niños, adolescentes mujeres y miembros de pueblos indígenas). Los principios básicos son los siguientes:

1. Todos deben estar informados de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco.
2. Para el cumplimiento del convenio debe existir un compromiso político firme para establecer y respaldar, a nivel nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales.
3. Es necesaria la cooperación internacional tanto en tecnología como en conocimientos y asistencia financiera para establecer y aplicar programas eficaces del control del tabaco.
4. Las acciones deben establecerse con los principios de la salud pública a fin de prevenir las incidencias de las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad, debidas al consumo del tabaco y a la exposición del tabaco.
5. La participación de la sociedad civil es esencial para conseguir el objetivo del convenio. Uno de los primeros países que firmó el convenio fue México (28 de mayo del 2004).

IV

56a Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 2003.

R

Difundir y dar cumplimiento a las políticas públicas para la protección de los no fumadores y desalentar el consumo de tabaco.

D

56a Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 2003.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Todo el personal de salud de las unidades médicas y no médicas debe conocer y aplicar los principios básicos del convenio Marco.

D
56a Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 2003.

E

Mediante revisiones sistemáticas se demostró que la implementación de “lugares de trabajo libres de humo de tabaco” se ha asociado a un decremento en la prevalencia del consumo de tabaco de cerca de 4%.

Ib
Guía práctica.
Registered Nurses' Association of Ontario, 2007.

R

Los lugares de trabajo deben designarse como “espacios libres de humo de tabaco”.

A
Guía práctica.
Registered Nurses' Association of Ontario, 2007.

E

En diferentes estudios acerca del tabaco se ha comprobado que no hay niveles mínimos permisibles para la exposición al humo de tabaco ajeno. En Inglaterra, la exposición al humo de tabaco en el lugar de trabajo se ha calculado como responsable de 617 muertes de trabajadores por año (aproximadamente dos personas por cada día hábil). El costo derivado del tabaquismo, en ese país, se estima en uno a cinco mil millones de libras esterlinas por año. Reducir el tabaquismo entre los trabajadores ayuda a reducir algunas enfermedades como los padecimientos cardiovasculares y los trastornos respiratorios, que son las causas más frecuentes de ausentismo laboral por enfermedad, impactando en la productividad de cada uno y de la empresa en general.

IV
Work place health promotion.
NICE, 2007.

E

En Estados Unidos de Norteamérica, la mayoría de los empleados son no fumadores, casi la mitad trabajan actualmente en espacios donde se prohíbe fumar ó áreas públicas comunes y más de 80% laboran en compañías que han establecido políticas respecto a espacios libres de humo de tabaco.

IV
Beneficios del lugar de trabajo.
López A, 2007.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Propiciar un ambiente libre de humo de tabaco favorece un lugar de trabajo sano, seguro y libre de conflictos entre los trabajadores.

D
Work place health promotion.
NICE, 2007.

Beneficios del lugar de trabajo.
López A, 2007.



Para los administradores, es favorable contar con lineamientos bien definidos para enfrentar el tabaquismo en el lugar de trabajo.

D
Work place health promotion.
NICE, 2007.

Beneficios del lugar de trabajo.
López A, 2007.



En diferentes estudios se ha demostrado que, en el embarazo, el tabaquismo paterno con exposición secundaria de la madre puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo o repercutir negativamente sobre el crecimiento fetal, causando restricciones de crecimiento intrauterino. Algunos estudios refieren que la exposición al tabaquismo ajeno durante el embarazo puede favorecer malformaciones del producto, aunque la evidencia no es concluyente.

1b
Estudios clínicos.
Davies DP, 1976.
Bosley ARJ, 1981.
Harrison CG, 1983.



El profesional de la salud debe implementar intervenciones breves de educación para que la mujer en el embarazo y en periodo de postparto conozca los riesgos de la exposición al humo ajeno cuando acuda a su consulta de control prenatal y post natal y cuando acuda a solicitar otros servicios de salud; a las pacientes no fumadoras se les debe reforzar para que continúen sin fumar.

A
Estudios clínicos.
Davies DP, 1976.
Bosley ARJ, 1981.
Harrison CG, 1983.



En México diversos estudios demuestran que la exposición al humo de tabaco incrementa la probabilidad de que un niño padezca neumonía, asma, infecciones respiratorias y síndrome de muerte súbita del lactante. En niños con exposición al humo ajeno se han observado también trastornos de conducta y de déficit de atención.

1a
Estudio epidemiológico.
Gutiérrez- Ramírez S.F.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

El profesional de la salud debe estimular a los fumadores a mantener sus hogares y vehículos automotores libres de humo de tabaco para protección de los niños y familiares de la exposición al humo ajeno.

A
Estudio epidemiológico.
Gutiérrez- Ramírez S.F.

E

Diversas fuentes, apoyan la inclusión de educación y tratamiento para manejo de la dependencia al tabaco en el currículo de todas las disciplinas de los profesionales de la salud.

1b
Guía práctica.
Registered Nurses' Association of Ontario, 2007.

R

Todo profesional de la salud deberá tener conocimientos acerca del consumo del tabaco, riesgos en salud y la existencia de tratamiento para apoyar la suspensión o evitar el consumo del tabaco o la exposición al humo ajeno.

A
Guía práctica.
Registered Nurses' Association of Ontario, 2007.

E

El 65% de los jóvenes fumadores con edad media de 14 años han intentado dejar de fumar sin conseguirlo debido a su dependencia nicotínica. Un estudio muestra que el 87% de los adolescentes fumadores tienen dependencia nicotínica baja-moderada y que cuanto más temprano habían comenzado a fumar a diario, mayor dependencia habían desarrollado.

III
Estudio clínico.
Jiménez ML, 2003.

R

Las campañas de prevención del consumo del tabaco se deben iniciar antes de los diez años retrasando en lo posible el consumo del primer cigarro.

C
Estudio clínico.
Jiménez ML, 2003.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Se ha reportado que el consumo de tabaco está ligado a la escolaridad baja: el 64% de los analfabetas fuman, así como que algunas comunidades de grupos étnicos minoritarios y grupos de recursos socioeconómicos bajos presentan más de la mitad de el riesgo de presentar muertes prematuras en relación con otros grupos.

III
Guía práctica.
National Institute for Health Excellence, 2006.



Un ambiente libre de humo de tabaco propicia un lugar de trabajo sano y seguro reduciendo costos de atención directa a la salud para la empresa. Los costos de conservación y mantenimiento de las instalaciones se reducen, la presencia de los fósforos y las colillas de cigarro desaparecen. El equipo de oficina, las alfombras y los muebles duran más. El riesgo de incendios es menor.

D
Consenso del grupo que elaboró esta guía.



El personal de salud institucional que realiza actividades de promoción de la salud en las empresas debe agregar en sus visitas actividades de prevención de consumo de tabaco como la implementación de una política de espacios de trabajo libres de humo de tabaco.

D
Consenso del grupo que elaboró esta guía.



Los equipos de salud a cargo de las unidades médicas rurales, módulos urbanos de salud, unidades móviles, así como los promotores comunitarios, entre otros profesionales de la salud, deberían incluir en sus actividades de educación para la salud, la prevención del tabaquismo.

D
Consenso del grupo que elaboró esta guía.

4.2 PREVENCIÓN

4.2.3 PREVENCIÓN SELECTIVA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>A las ocho horas de haber fumado, los niveles de nicotina y monóxido de carbono se reducen a la mitad y el oxígeno regresa a valores normales, lo que mejora la respiración.</p> <p>En 24 horas, la nicotina y monóxido de carbono son eliminados del cuerpo.</p> <p>En tres meses, la mejoría de la función pulmonar es evidente, con disminución notable de la tos, la congestión nasal, el cansancio y la disnea.</p> <p>Después de un año, el riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye al dejar de fumar hasta en un 50% y con el paso de los años aún seguirá observándose esta reducción. El riesgo de infarto cerebral vuelve al del nivel de personas que nunca han fumado a los 15 años de dejarlo.</p> <p>Después de diez años del abandono del tabaco, también se ve fuertemente reducido el riesgo de padecer un cáncer de pulmón, que es un 30 a 50% menor de los que siguen fumando.</p> <p>Cuando han transcurrido 15 años desde el abandono del tabaco, el riesgo de enfermedad cardiovascular es similar al de los que nunca han fumado.</p>	<p>S/G</p> <p>Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. <i>Sociodrogalcohol, 2007</i></p>
<p>E</p> <p>El simple acto de dar consejo aumenta las tasas de abandono del tabaco. Cuando el consejo es brindado por el médico, esta tasa se incrementa hasta en un 2.5% al año, respecto de quienes no lo reciben.</p>	<p>1+</p> <p>Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. <i>Ministerio de Salud y ambiente de la Nación Argentina, 2005.</i> <i>Cochrane Review</i> <i>Lancaster T, 2005.</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

La atención oportuna es el marco idóneo para la detección y diagnóstico de tabaquismo, por su accesibilidad y continuidad de la asistencia de los pacientes.

C

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008
Encuesta Nacional de Adicciones, México 2002.
Estudio costo beneficio.
Reynales-Shigematsu LM, 2005.

R

Es útil brindar información sobre los beneficios del dejar de fumar de manera personalizada, relacionándolo con las condiciones de salud de cada fumador.

A

Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco.
Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.

R

Un ejemplo de consejo útil para reducir el hábito de consumo de tabaco puede ser: "... Lo mejor que podría hacer por su salud es dejar de fumar..."

A

Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco.
Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.

R

El consejo anti-tabáquico debe dirigirse a "no fumar" y no a "fumar menos".

A

Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco.
Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.

Vale la pena enfatizar al proporcionar consejo, que el tabaquismo es una adicción y, por lo tanto, resulta prácticamente imposible controlar el consumo. Además, existe evidencia reciente que demuestra que fumar poca cantidad (uno a cinco cigarros al día) aumenta en un 40% el riesgo de infarto del miocardio, por lo que es importante desmitificar al bajo consumo como inocuo.

Z++

Estudio de casos y controles.
Yusuf S, 2004.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



En relación a los sistemas de detección de fumadores, desde 1996 se reportó lo siguiente: De nueve meta análisis se determinó que la implementación de sistemas diseñados para identificar y documentar las características del uso del tabaco en los pacientes, incrementa el número de intervenciones por parte de los clínicos para evitar que los pacientes utilicen el tabaco o lo abandonen.

En tres meta análisis se determinó que el contar con estos sistemas incrementa el número de intervenciones por parte del clínico, pero que por sí mismo no incrementa la proporción de pacientes que lo abandonan.

Clasificar a los fumadores según su condición de fumador y anotarlo en el expediente clínico, mediante un sistema de claves de identificación mejora las posibilidades de intervenciones para alentar el abandono del tabaquismo.

1a
Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008



Se debe preguntar a todos los pacientes si fuman, en caso positivo, realizar una evaluación inicial de las características de su utilización de tabaco, informar de los daños que esto les puede ocasionar e invitarlos a que lo discontinúen totalmente. A los pacientes que no fuman evaluar su riesgo para tabaquismo y alentarlos a que continúen sin consumirlo.

A
Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008



Se reportó que solo una tercera parte de los adolescentes que visitan al médico o al dentista reciben consejo relacionado con riesgo de la utilización del tabaco, (*National Youth Tobacco survey 2000*). En el 81% de las visitas con el médico se identificaron a las mujeres embarazadas fumadoras pero recibieron consejo solo en el 23% de las visitas. De los fumadores solo 39% refieren haber discutido las estrategias para abstinencia con su médico.(HEDIS)

Para capitalizar la oportunidad que tienen los profesionales de la salud para realizar intervenciones contra el tabaquismo en la GPC "*Treating tobacco use and dependence, 2008*" se recomienda un abordaje por niveles que incluye cinco pasos (ver los anexos 6 y 7).

III, IIa
Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008

Evidencia / Recomendación**Nivel / Grado****R**

Utilizar la estrategia de cinco pasos para detección y tratamiento del tabaquismo.

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008

C, B**R**

Para el mantenimiento de la abstinencia hay dos estrategias básicas que se pueden utilizar:

- El apoyo social.
- Entrenar al fumador, durante el tratamiento psicológico, cuando aún fuma o cuando ya ha dejado de fumar, en estrategias de prevención de la recaída.

A
Nivel de evidencia 1
Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007

Aumentar el apoyo social es un factor predictivo de la mayor abstinencia a largo plazo. Si el tratamiento se hace en grupo debemos potenciar el apoyo social dentro del mismo. Fuera del grupo, el paciente debe buscar apoyo en las personas más cercanas, como esposo(a), amigos(as), compañeros(as), otros familiares, etc., que le animen y refuercen en su abstinencia y que no le induzcan para que vuelva a fumar. Rodearse de un ambiente adecuado, libre de humo y sin cigarros a la mano, facilita mantenerse abstinentes y no recaer o retrasar la reanudación del consumo.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Para el mantenimiento de la abstinencia hay dos estrategias básicas que se pueden utilizar:

- El apoyo social.
- Entrenar al fumador, durante el tratamiento psicológico, cuando aún fuma o cuando ya ha dejado de fumar, en estrategias de prevención de la recaída.

Aumentar el apoyo social es un factor predictivo de la mayor abstinencia a largo plazo. Si el tratamiento se hace en grupo debemos potenciar el apoyo social dentro del mismo. Fuera del grupo, el paciente debe buscar apoyo en las personas más cercanas, como esposo(a), amigos(as), compañeros(as), otros familiares, etc., que le animen y refuercen en su abstinencia y que no le tienten para que vuelva a fumar. Rodearse de un ambiente adecuado, libre de humo y sin cigarros a la mano, facilita mantenerse abstinentes y no recaer o retrasar la reanudación del consumo.

A**Nivel de evidencia 1**

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007

4.3 TRATAMIENTO

4.3.1 INTERVENCIÓN BREVE. CONSEJO MÉDICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 R	<p data-bbox="313 491 889 800">La intervención breve es una intervención de corta duración, práctica y sencilla y puede ser implementada por todos los integrantes del equipo de salud. Está integrada por cinco pasos claves por lo que en el mundo se conoce como las 5 A's. En general no superan las cuatro consultas y no supera los cuatro minutos totales de intervención. Tiene una duración menor a 10 minutos.</p> <p data-bbox="914 491 1365 625">A Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La intervención breve consiste en aplicar la siguiente estrategia escalonada:

1. **Averiguar:** Identificar sistemáticamente a los fumadores en cada visita. Es importante la utilización de métodos recordatorios.
2. **Aconsejar de forma:**
 Clara: "creo que es importante para usted que deje de fumar ahora; podemos ayudarle a conseguirlo...", "Fumar menos mientras se encuentra enfermo".
 Convincente: "Como médico suyo debo informarle, que deje de fumar, es lo más importante que puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro".
 Personalizada: Relacionar el uso de tabaco con el estado de salud, enfermedades actuales y/o sus costos sociales o económicos, el nivel de motivación/disposición para dejar de fumar y/o el impacto del tabaquismo sobre los niños u otros miembros de la familia. Se sugiere entregar folletos o manuales de autoayuda.
3. **Adecuar:** la intervención al estadio de cambio en que se sitúa cada paciente y valorar la disposición de intentarlo. Analizar la disposición del paciente para dejar de fumar.
 Si el paciente está dispuesto a intentarlo en ese momento ayúdelo.
 Si el paciente está dispuesto a participar en un tratamiento intensivo, prestar ese tratamiento o remitirlo para intervenciones más intensivas.
 Aprovechar cualquier contacto con el paciente para recordar los mensajes y reevaluar el estadio de cambio.
4. **Ayudar al paciente con plan para dejar de fumar:**
 Señalar al paciente una fecha para dejar de fumar. Idealmente la fecha debe establecerse en un plazo de dos semanas.
 Ofrecer tratamiento farmacológico cuando estime oportuno.
 Anticiparse a las dificultades de un intento planificado de dejar de fumar, particularmente en las primeras semanas. Incluir información sobre los síntomas de la abstinencia a nicotina.
5. **Organizar el seguimiento y citar para la siguiente visita.**
 Reforzar y prevenir las recaídas en cada visita sucesiva (ver el anexo 6).

1a

Protocolo terapéutico.
Detoxification and substance abuse treatment: physical detoxification services for withdrawal from specific substances, 2006.

Evidencia / Recomendación**Nivel / Grado**

La intervención del personal médico, recomendando el abandono del tabaco, ha demostrado un incremento a largo plazo de las tasas de abstinencia, los resultados de los meta-análisis demostraron que inclusive se logran con intervenciones de tres minutos o menos. Mientras más intensa y personal sea la intervención es más efectiva.

1a

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008



El personal médico, odontólogos, psicólogos, enfermeras, trabajo social, asistentes médicas y promotores de la salud, en cada oportunidad deben realizar repetidamente por lo menos una mínima intervención para lograr abstinencia de las personas fumadoras.

A

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008



Se observó mayor efectividad si la intervención se ofrece de múltiples formas. Por ejemplo: vía telefónica, por la web, trípticos e información impresa, tratamiento farmacológico, psicológico, individual o grupal. Ofrecer la intervención en forma constante se relacionó con mayor efectividad.

1a

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008

4.3 TRATAMIENTO.**4.3.2 INTERVENCIÓN INTENSIVA O AVANZADA. MODELOS COGNITIVO CONDUCTUALES PARA DEJAR DE FUMAR**

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>Los autores de la guía <i>“Treating tobacco use and dependence, 2008”</i> definen como fumador “light” a la persona que consume menos de diez cigarrillos al día; sin embargo, se ha demostrado que estos pacientes no están exentos de todas las enfermedades asociadas al tabaco. Los fumadores “light” deben ser identificados y estimularlos de manera intensa al abandono.</p> <p>Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i></p> <p>IIb</p>
<p>R</p>	<p>Los consumidores de tabaco ya sean los fumadores de pipa, puro, cigarro u otras formas de consumo, como por ejemplo masticadas; deben ser identificados y de manera urgente ser inducidos al abandono del hábito, ofrecerles consejo y terapia.</p> <p>Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i></p> <p>C</p>
<p>E</p>	<p>La relevancia y eficiencia de las técnicas cognitivo-conductuales como intervención y tratamiento con los fumadores es tal que hoy constituye la base del tratamiento psicológico de los fumadores, en los distintos tipos y formatos, e incluso en muchas ocasiones son un complemento imprescindible del tratamiento farmacológico para que éste aumente su eficacia. Hoy se dispone de una experiencia del tratamiento psicológico de los fumadores de más de 40 años, con cientos de estudios donde de manera sistemática y consistente se han mostrado su efectividad.</p> <p>Estudios clínicos. <i>Abrams y cols., 2003.</i> <i>Becoña, 2006.</i> <i>Dodgen, 2005.</i> <i>Fiore y cols., 1996 y 2000.</i> <i>Sancho y cols., 2003.</i> <i>U.S.D.H.H.S., 2000.</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los programas grupales son más efectivos que la no intervención o la autoayuda, no hay evidencia que la terapia grupal sea más efectiva que el consejo individual intensivo. No hay suficiente evidencia que soporte el uso de componentes psicológicos especiales más allá de un programa donde participa personal entrenado, esto basado en una revisión de Cochrane de 2005, sin embargo una revisión Cochrane de 2008 mostró que el uso de las tres estrategias (consejería, fármacos y terapia grupal) pueden optimizar el resultado.

1a

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008

R

El programa grupal no sustituye a la consejería intensiva o a los fármacos como tratamiento estándar para el abandono del tabaco, sin embargo puede utilizarse como una alternativa asociada si se cuenta con el recurso y puede optimizar el resultado.

A

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008

R

Los médicos familiares deben ofrecer apoyo a los pacientes en fase de preparación, acción y mantenimiento. En los que se encuentren en fase de finalización realizar seguimiento anual.

C

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008

R

Se recomienda considerar que, aunque en los últimos años, en algunos sectores se pretende un reduccionismo fisiológico para la explicación de la conducta de fumar, no debe olvidarse que los componentes sociales, psicológicos y fisiológicos están claramente involucrados en la adicción y explican por qué las personas fuman, han fumado o van a empezar a fumar. Para el abandono de los cigarrillos y para mantenerse abstinentes a corto, medio y largo plazo, es necesario tener en cuenta todos estos factores.

A

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Los tratamientos psicológicos eficaces para dejar de fumar son los llamados programas o tratamientos psicológicos conductuales multi-componentes, que incluyen técnicas motivacionales, técnicas específicas de abandono del tabaco y de prevención de la recaída. Tanto el tratamiento psicológico conductual individual como el grupal son eficaces para que las personas consigan dejar de fumar.

1+

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007.



Rose (1998) define la terapia grupal cognitiva-conductual como una aproximación que ocurre en grupos y que hace uso de métodos de cambio conductuales (por ejemplo, modelado y reforzamiento), cognitivos (por ejemplo, reestructuración cognitiva, entrenamiento auto-instruccional, solución de problemas) y relacional, así como procedimientos de grupo para mejorar las habilidades de afrontamiento de los participantes y para resolver o aminorar los problemas relacionados que pueden estar experimentando. Las habilidades de afrontamiento se refieren al grupo de conductas y cogniciones que facilitan la adaptación a las situaciones cotidianas estresantes o problemáticas. Actualmente, la terapia psicológica cognitiva-conductual en grupo constituye uno de los abordajes más eficaces para tratar a los fumadores.

1a

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007



Distintas técnicas psicológicas, como el entrenamiento en solución de problemas, técnicas aversivas como el fumar rápido o retener el humo, la técnica de desvanecimiento, también conocida como reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, y el apoyo social han mostrado ser técnicas eficaces para que los fumadores dejen de fumar.

1a

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Las técnicas de prevención de la recaída no suelen incrementar la eficacia por sí mismas; sin embargo combinadas con otras en los programas multi-componentes sí son eficaces. Por ello, actualmente, el tratamiento psicológico de elección sería aquel que incluyese técnicas para el incremento de la motivación del abandono y de prevención de las recaídas aplicado en modalidad individual o grupal.

1

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.

Sociodrogalcohol, 2007

E

Otra técnica ampliamente utilizada es la de exposición a indicios, extinción y control de estímulos (*Lichtenstein, 1992*). Los fumadores, especialmente los que llevan muchos años fumando, se han expuesto a multitud de estímulos o señales ambientales que se han asociado con la conducta de fumar. La presencia de estos estímulos son los que desencadenan la conducta. Una vez que se deja de fumar, eventualmente la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos podría provocar una respuesta condicionada de abstinencia (deseo o querencia de la droga). Teóricamente, desde el punto de vista de la psicología del aprendizaje, si esas señales que gobiernan la conducta de fumar se debilitan o se extinguen, dejar de fumar sería mucho más fácil. De hecho, distintos programas utilizan técnicas cuyo objetivo es la extinción. Por ello suele ser frecuente que se intente reducir el número de señales asociadas con fumar antes de que el sujeto consiguiese la abstinencia. Para ello, se utiliza con mucha asiduidad la estrategia de control de estímulos, reduciendo el hábito tabáquico aplicando una restricción progresiva de las situaciones en las cuales está permitido fumar.

1a

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.

Sociodrogalcohol, 2007.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



En los pacientes no motivados se recomienda, a todo profesional de la salud de cualquier servicio de atención primaria o especializada, incluyendo enfermería, utilizar estrategias inspiradas en los principios de la entrevista motivacional, adaptada por el *Public Health Services (Fiore y cols. 2000, ver anexo 7)*.

A

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007.



Las intervenciones de mayor duración para fumadores no seleccionados, es decir, que pueden hallarse en cualquier fase del proceso de cambio no son necesariamente más efectivas (*Silagy y cols, 2001*).

Sin embargo, el grupo de los fumadores dispuestos al cambio (contempladores) si parece que es más efectivo un aumento del tiempo de contacto en las visitas, lo que implica una intervención más intensiva (*Fiore y cols 2000, ver el anexo 8*).

1a

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007.



La entrevista motivacional es una consulta específica estratégica para crear o incrementar el interés del paciente en un cambio de conducta. La entrevista motivacional comprende varias estrategias que brindan apoyo para resolver la ambivalencia acerca del cambio. La técnica es usada para auxiliar a las personas en su intento y sirve para realizar muchos tipos de cambio de conducta (ver el anexo 10).

B

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008



La intervención que parece más prometedora para los pacientes con dependencia severa que desean dejar de fumar, es la cognitivo-conductual.

1a

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007.

4.3 TRATAMIENTO

4.3.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.3.3.1 GENERALIDADES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	Se recomienda que todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar tenga la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención, dado que el mismo duplica la oportunidad de éxito del intento. Situaciones de excepción a contemplar son: el consumo menor de diez cigarros al día, la presencia de contraindicación médica, el embarazo, la lactancia o la adolescencia.
R	Se recomienda que los fumadores motivados para dejar de fumar reciban tratamiento farmacológico acompañado siempre de consejería.

A

Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco.
Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.

A

Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco.
Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.

4.3 TRATAMIENTO

4.3.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.3.3.2 FARMACOTERAPIA NICOTÍNICA

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	Los parches y chicles de nicotina son efectivos para la suspensión del consumo de tabaco. Se deben respetar las contraindicaciones señaladas.	1++ Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
E	La terapia de sustitución nicotínica TSN , no aumenta el riesgo de efectos cardiovasculares adversos en los fumadores con antecedentes de enfermedades cardiovasculares.	1++ Revisión Cochrane. <i>Silagy C, 2006.</i>
R	La elección de la forma de terapia de sustitución nicotínica a utilizar debe reflejar las necesidades del paciente, la tolerabilidad y las consideraciones de costos. Es probable que los parches sean más fáciles de utilizar que el chicle o el aerosol nasal en los ámbitos de atención primaria.	A Revisión Cochrane. <i>Silagy C, 2006.</i>
E	El uso del parche durante las horas de vigilia (16 horas por día) es tan eficaz como su uso durante las 24 horas del día (sin embargo, deben considerarse las contraindicaciones).	1++ Revisión Cochrane. <i>Silagy C, 2006.</i>
E	Un tratamiento con parches durante ocho semanas es tan eficaz como los tratamientos más largos y no existen pruebas de que el tratamiento de disminución progresiva sea mejor que el abandono abrupto.	1++ Revisión Cochrane. <i>Silagy C, 2006.</i>
E	Los ensayos que evalúan altas dosis de nicotina (por ejemplo, dos parches) han tenido resultados dispares, pero actualmente se acepta que puede ser una estrategia útil en fumadores con dependencia intensa. Este método es útil para fumadores de más de 40 cigarros al día	1++ Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. <i>Sociodrogalcohol, 2007</i>

4.3 TRATAMIENTO

4.3.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.3.3.3 FARMACOTERAPIA NO NICOTÍNICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>El bupropión fue el primer tratamiento farmacológico no nicotínico que aprobó la <i>Food and Drug Administration</i> de los Estados Unidos, para el tratamiento del consumo de tabaco. Los datos disponibles muestran evidencia de su recomendación como fármaco de primera línea, doblando las tasas de abstinencia en comparación con el placebo. Se deben respetar las contraindicaciones señaladas.</p> <p style="text-align: right;">1++ Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. <i>Sociodrogalcohol, 2007</i></p>
<p>E</p>	<p>El bupropión está contraindicado en pacientes fumadores con antecedentes o riesgo para convulsiones, en mujeres embarazadas y lactando.</p> <p style="text-align: right;">1++ Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>El bupropión no es recomendado para fumadores menores de 18 años, debido a que su seguridad y eficacia no ha sido evaluada. Existen evidencias que contraindicarían en presencia de trastornos afectivos.</p> <p style="text-align: right;">1++ Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>La vareniclina es bien tolerada hasta por seis meses y en el tratamiento prolongado puede resultar útil reduciendo la probabilidad de recaída. Sin embargo, son necesarios más estudios para evaluar sus efectos a largo plazo, su uso como un medicamento en la prevención de recaídas y su eficacia en poblaciones específicas, así como sus efectos en pacientes con problemas intestinales o depresión.</p> <p style="text-align: right;">1a Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i></p>

4.3 TRATAMIENTO

4.3.4 CONSIDERACIONES PARA POBLACIONES ESPECIALES

4.3.4.1 NIÑOS Y ADOLESCENTES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p> <p>Se recomienda que los profesionales de la salud investiguen el consumo de tabaco en los niños, adolescentes y en sus padres, y administren un consejo familiar con respecto a la suspensión del consumo y a la prevención del tabaquismo pasivo en el hogar. Los adolescentes motivados para dejar de fumar deben recibir una intervención psicosocial.</p>	<p>A</p> <p>Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. <i>Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.</i></p>
<p>R</p> <p>La consejería ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de los fumadores adolescentes. Por lo tanto, todos los fumadores adolescentes deben ser atendidos por medio de esta intervención para ayudarles a dejar de fumar.</p>	<p>A</p> <p>Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i></p>
<p>R</p> <p>El humo ajeno es dañino para los niños. La consejería de suspensión de consumo en ambientes donde hay niños ha mostrado ser efectiva para que los padres abandonen el consumo.</p> <p>Por lo tanto, para la protección de niños contra el humo ajeno, los clínicos deben preguntar a los padres sobre el uso de tabaco y ofrecerles ayuda para la suspensión del consumo.</p>	<p>A</p> <p>Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los abordajes que se han utilizado para que los adolescentes dejen de fumar se basan en ocho modelos:

1. Influencia social
2. Aproximaciones cognitivo- conductuales.
3. Incremento de la motivación
4. Reforzamiento contingente al cambio de conducta
5. Aproximaciones de reducción del consumo (incremento de precios o restricción de acceso al tabaco)
6. Aproximaciones centradas en la adicción (farmacológicas)
7. Aproximaciones con el modelo trans-teórico de cambio
8. Clarificación de las emociones

Estos tratamientos se han aplicado dentro de programas preventivos o, aparte, como un tratamiento específico para dejar de fumar.

1+

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.

Sociodrogalcohol, 2007

4.3 TRATAMIENTO

4.3.4 CONSIDERACIONES PARA POBLACIONES ESPECIALES

4.3.4.2 MUJERES EMBARAZADAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p> <p>Se debe ofrecer, a las fumadoras embarazadas, una intervención psicosocial intensiva para estimularlas a dejar de fumar, cada vez que sea posible y durante todo el embarazo. Por ello, estas pacientes deben ser enviadas a un servicio especializado en atención al tabaquismo.</p>	<p>A</p> <p>Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. <i>Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.</i></p>
<p>R</p> <p>Debido al riesgo serio de fumar para el feto y la madre, se debe ofrecer una intervención psicosocial personalizada, que vaya más allá del simple aviso para dejar de fumar.</p>	<p>A</p> <p>Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i></p>
<p>R</p> <p>Aunque se producirán los máximos beneficios de la abstinencia para el feto y la futura madre en las etapas tempranas del embarazo, la suspensión del consumo en cualquier momento del embarazo puede traer beneficios. Por lo tanto, el equipo de salud debe ofrecer intervenciones efectivas contra la dependencia a tabaco a las embarazadas fumadoras, desde la primera visita prenatal y durante todo el curso del embarazo.</p>	<p>A</p> <p>Guía terapéutica. <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

El tratamiento de elección para tratar a una mujer embarazada que fuma es un tratamiento psicológico conductual (Fiore y cols., 2000; Le Foll y cols., 2005). La atención a la conducta ante el hábito de fumar junto con el apoyo al abandono del consumo y la prevención de recaídas debe ser una rutina de la atención prenatal, como lo es la medición de la presión arterial.

A

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. *Sociodrogalcohol*, 2007

✓

En mujeres embarazadas que no han conseguido dejar de fumar con terapia psicológica hasta antes de la semana 18 de gestación, deben referirse al siguiente nivel de atención para valorar el riesgo-beneficio de tratamiento de reemplazo con nicotina y contar con el consentimiento informado de la paciente. Se prefiere el uso de chicles con nicotina que cualquier otra TRN.

D

Consenso del grupo que elaboró la guía

4.3 TRATAMIENTO

4.3.4 CONSIDERACIONES PARA POBLACIONES ESPECIALES

4.3.4.3 ADULTOS MAYORES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Los estudios realizados con personas mayores indican que el tratamiento psicológico es igual de eficaz en estas personas que en las de mediana edad.</p>	<p>1+ Nivel de evidencia 1 Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo. <i>Sociodrogalcohol, 2007</i></p>

4.3 TRATAMIENTO

4.3.4 CONSIDERACIONES PARA POBLACIONES ESPECIALES

4.3.4.4 CO-MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y MÉDICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R Se recomienda que el tratamiento para dejar de fumar, en pacientes con co-morbilidad psiquiátrica asociada y consumo de otras drogas (alcohol, cocaína, etc.), lo realicen especialistas en abandono del consumo de tabaco, junto con personal de salud mental, debido a que el abordaje psicosocial y farmacológico de estos casos requiere consideraciones particulares.</p>	<p>A <i>Recomendación del grupo que elaboró la guía.</i> Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. <i>Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.</i></p>
<p>R Se recomienda informar a todos los pacientes internados en un servicio de salud, que la unidad de salud en que se encuentran es un ámbito libre de humo y se debe ofrecer sistemáticamente tratamiento para aquellos fumadores que lo deseen.</p>	<p>A Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. <i>Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Se recomienda que todo paciente cardiovascular reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar y un fuerte consejo de suspender el consumo de tabaco, de manera reiterada, contundente y continua, a lo largo del tiempo. Los sustitutos nicotínicos como el bupropión son seguros en estos pacientes y no incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares.

C

Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco.
Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.

R

Se recomienda que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica reciban tratamiento intensivo psicosocial y tratamiento farmacológico con terapia de sustitución nicotínica.

A

Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco.
Ministerio de Salud y ambiente de la Nación., Argentina, 2005.

R

En poblaciones específicas (adolescentes, mujeres embarazadas, fumadores ligeros, consumidores de nicotina en otras presentaciones diferentes a los cigarrillos), en las que la farmacoterapia no ha mostrado efectividad, no se recomienda el uso de esta modalidad de tratamiento.

A

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008

R

Los consumidores de nicotina en otras presentaciones deben ser identificados, fuertemente motivados a abandonar el consumo, y ser atendidos con intervenciones de consejería para suspender el tabaquismo.

A

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008

R

Los clínicos dedicados a la atención dental deben otorgar consejería breve a todos los consumidores de nicotina en presentaciones diferentes a los cigarrillos.

A

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Para los fumadores con gran preocupación sobre la ganancia de peso, se debe prescribir bupropión de liberación prolongada o terapia sustitutiva nicotínica (en particular chicle), ya que han mostrado el retraso en el aumento de peso a la suspensión del consumo de tabaco.

A

Guía terapéutica.
US Department of Health and Human Services, 2008

E

Existe una importante asociación entre fumar tabaco y presentar otras psicopatologías asociadas.

1+

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007

El consumo de tabaco no sólo influye a nivel físico, causando graves enfermedades, sino que también se relaciona de modo coadyuvante con trastornos mentales, con los que suele coexistir, como son:

- La esquizofrenia
- La depresión
- El trastorno bipolar
- El alcoholismo
- Los trastornos de ansiedad (trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico, ansiedad)
- El trastorno por déficit de atención con hiperactividad

En estos pacientes, la prevalencia de consumo de tabaco suele ser el doble o el triple que la que tiene la población general, y suelen fumar más intensamente.

4.4 CRITERIOS PARA LA REFERENCIA AL SEGUNDO Y TERCER NIVELES DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Se entiende por intervención intensiva aquella que implica un contacto personal reiterado y prolongado. La intensidad de la intervención se refiere al componente psicosocial del tratamiento, dado que la inclusión o no de fármacos es independiente de la definición de intensidad de intervención.

El marco teórico que se utiliza para brindar intervenciones intensivas es el mismo que se utiliza para las intervenciones breves. La diferencia entre ambas está básicamente centrada en el tiempo de contacto y en el nivel de entrenamiento de los profesionales que intervienen.

1+

Nivel de evidencia 1

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007



Una intervención intensiva psico-social puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado para tal fin, dado que hay evidencia de que la efectividad es alta, independientemente de quien la brinda. Una intervención intensiva psicosocial es más efectiva si dos o más profesionales de diversas disciplinas de la salud trabajan en conjunto.

1+

Nivel de evidencia 1

Guías clínicas basadas en evidencia científica, Tabaquismo.
Sociodrogalcohol, 2007

5. PUNTOS GENERALES DE BUENA PRÁCTICA PROPUESTOS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Se recomienda:

- Investigar en los pacientes no fumadores, si conviven con personas que consumen tabaco, para orientarlos sobre el cuidado a su salud, derecho a espacios libres de humo y ofrecer la información y el tratamiento oportuno.
- Contar permanentemente con materiales de difusión y orientación sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y opciones para el tratamiento. Referir al nivel de atención adecuado, a los pacientes que no logren la abstinencia en los diez días posteriores a la intervención breve y al consejo médico.
- Enviar a segundo o tercer nivel a los pacientes fumadores con alta probabilidad de cardiopatía isquémica o enfermedad pulmonar crónica obstructiva a los servicios correspondientes para confirmar diagnóstico y evaluar conducta terapéutica.
- Derivar a segundo nivel de atención médica a los pacientes fumadores con infarto agudo de miocardio reciente, fumadores con arritmia cardíaca o hipertensión arterial no controlada o con enfermedades psiquiátricas.

D

Consensos del grupo de trabajo que elaboró esta guía.

6. ANEXOS

6.1 ANEXO I. HISTORIA CLÍNICA DE CONSUMO DE TABACO

ANTECEDENTES DE TABAQUISMO

1. Edad en años cumplidos:

2. ¿A qué edad inició el consumo de tabaco?

3. ¿Qué lo motivo a iniciar a fumar?:

3.1 Por curiosidad.

3.2 Para sentirse más grande.

3.3 Por influencia de los amigos.

3.4 Por rebeldía.

3.5 Por imitación.

3.6 Era más fácil conseguir los cigarros.

3.7 Otro, cual:

3.8 No contestó.

4. ¿A qué edad se dio cuenta que fumaba cinco cigarros o más al día?

4.1 Antes de los 10 años.

4.2 Entre los 10 y los 15 años.

4.3 Entre los 16 y los 20 años.

4.4 Entre los 20 y los 25 años.

4.5 Entre los 26 y los 30 años.

4.6 Después de los 30 años.

5.1 ¿Cuánto tiempo tiene consumiendo la cantidad de cigarros que actualmente fuma?

5.2 ¿Cuántos paquetes consume por año?

6.1 ¿Alguna vez ha dejado de fumar? Sí. No.

6.2 ¿Cuántas veces lo ha intentado?

7.- ¿Qué método (s) utilizó para dejar de fumar? (encierre en un círculo la respuesta):

7.1 Nada.

7.8 Psicoterapia individual.

7.2 Gomas de mascar.

7.9 Sustitutos orales.

7.3 Parches.

7.10 Disminuyendo al consumo.

7.4 Bupropión.

7.11 Apoyo psicológico por vía telefónica.

7.5 Enjuague bucal.

7.12 Hipnosis.

7.6 Gotas de orozuz.

7.13 Acupuntura.

7.7 Psicoterapia de grupo.

7.14 Autoayuda.

8. ¿Vive con familiares fumadores?

8.1 No. 8.2 Sí. ¿Cuántos son?

9. ¿Trabaja o convive con fumadores?

9.1 No. 9.2 Sí. ¿Cuántos son?

6. ANEXOS

6.2 ANEXO II. FASES DE CAMBIO Y ANTECEDENTE

CINCO FASES DE CAMBIO (PROCHASKA Y COLS., 1994)

1. **Fase de pre-contemplación.** Los fumadores no tienen intención de cambiar su conducta en los próximos seis meses (se considera este plazo de tiempo porque parece un período suficiente para que la gente planee seriamente cambios en sus conductas de salud); son individuos que no conocen o no quieren conocer los efectos nocivos del tabaquismo. Los “pros” para continuar fumando ganan a los “contras”.
2. **Fase de contemplación.** La persona empieza a ser consciente de que existe un problema, y participa activamente buscando información y se ha planteado el cambio seriamente en los próximos seis meses. No están considerando el dejar de fumar en los próximos 30 días. Generalmente son fumadores que han intentado dejar de serlo en varias ocasiones pero han tenido dificultades para conseguirlo. Los “pros” y los “contras” se igualan.
3. **Fase de preparación.** El sujeto se ha planteado modificar su conducta (dejando el consumo de tabaco) en los próximos 30 días. Los “pros” para dejar de fumar superan a los “contras”.
4. **Fase de acción.** Los individuos han iniciado activamente la modificación de su conducta, llegando a lograrlo con éxito, pero llevan aún sin fumar menos de seis meses. En esta fase es en la que existe mayor riesgo de recaídas.
5. **Fase de mantenimiento.** El individuo lleva sin fumar un período superior a seis meses. En esta fase se ejecutan las estrategias necesarias (procesos de cambio) encaminadas a prevenir la recaída y, de este modo, afianzar las ganancias logradas en la fase anterior.

La mayoría de la gente no cambia una conducta crónica siguiendo un patrón de cambio lineal, desde el estadio de pre-contemplación al de mantenimiento. El cambio a través de los distintos estadios implica un patrón en espiral. En este recorrido, la recaída es un evento fruto de la interrupción de la fase de acción o de mantenimiento, provocando un movimiento hacia estadios previos de pre-contemplación y contemplación. La recaída es un fenómeno sumamente frecuente en las conductas adictivas.

ANTECEDENTES Y FASES DE CAMBIO PARA DEJAR DE FUMAR

Fecha: _____ Número de expediente: _____

Nombre del paciente: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s) completo(s)

1. ¿Qué lo(a) motivó para iniciarse en el consumo de tabaco?

- 1.1 Por curiosidad. 1.5 Por sentirse más grande.
- 1.2 Era fácil conseguir cigarros. 1.6 Por rebeldía.
- 1.3 Para imitar a otra persona. 1.7 Otro.
- 1.4 Por invitación de los amigos. 1.8 No contestó.

2. ¿A qué edad se dio cuenta que fumaba cinco cigarros o más al día?

- 2.1 Antes de los 10 años. 2.4 Entre los 21 y 25 años.
- 2.2 Entre los 10 y 15 años. 2.5 Entre los 26 y 30 años.
- 2.3 Entre los 16 y 20 años. 2.6 Después de los 30 años.

3. ¿Cuánto tiempo tiene consumiendo la cantidad de cigarros que actualmente fuma?

3.1 Actualmente fuma _____ cigarros al día.

3.2 Actualmente fuma _____ paquetes por año.

4. El tipo de cigarros que fuma es:

- 4.1 Light. 4.2 Normal.

5. ¿Con qué frecuencia "le da el golpe" a su cigarro?

- 5.1 Nunca 5.2 A veces 5.3 Siempre

6. ¿Vive con familiares fumadores?

- 6.1 No. 6.2 Sí. 6.3 ¿Cuántos son?

7. ¿Trabaja o convive con fumadores?

- 7.1 No. 7.2 Sí. 7.3 ¿Cuántos son?

8. ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?

- 8.1 Sí. 8.2 No.

9. ¿Cuántas veces lo ha intentado?**10. ¿Qué método(s) utilizó para dejar de fumar?**

- 10.1 Nada. 10.9 Apoyo vía telefónica (Niquitin®).
- 10.2 Goma de mascar. 10.10 Hipnosis.

ANTECEDENTES Y FASES DE CAMBIO PARA DEJAR DE FUMAR

Fecha: _____ Número de expediente: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 10.3 Parches. | <input type="radio"/> 10.11 Acupuntura. |
| <input type="radio"/> 10.4 Bupropión. | <input type="radio"/> 10.12 Ayuda mutua. |
| <input type="radio"/> 10.5 Enjuague bucal. | <input type="radio"/> 10.13 Disminuyendo el consumo. |
| <input type="radio"/> 10.6 Gotas de orozú. | <input type="radio"/> 10.14 Retrasar la fumada por intervalos variables. |
| <input type="radio"/> 10.7 Psicoterapia de grupo. | <input type="radio"/> 10.15 Sustitutos. |
| <input type="radio"/> 10.8 Psicoterapia individual. | <input type="radio"/> 10.16 Otros. |

Especifique: _____

11. ¿Por qué cree que no ha podido dejar de fumar?**12. ¿Le gustaría dejar de fumar?**

-
- 12.1 Sí.
-
- 12.2 No.

13. ¿A partir de cuándo le gustaría dejar de fumar?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 13.1 En más de seis meses. | <input type="radio"/> 13.5 En un par de días. |
| <input type="radio"/> 13.2 En seis meses. | <input type="radio"/> 13.6 Hoy mismo. |
| <input type="radio"/> 13.3 En dos meses. | <input type="radio"/> 13.7 No contestó. |
| <input type="radio"/> 13.4 En un par de semanas. | |

14. ¿Por qué cree que ahora sí podría dejar de fumar?**Para el entrevistador: Indique con una X en el lado derecho, la fase de cambio en que se encuentra el entrevistado.**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> 15.1 Pre-contemplación. () | <input type="radio"/> 15.4 Acción. () |
| <input type="radio"/> 15.2 Contemplación. () | <input type="radio"/> 15.5 Mantenimiento. () |
| <input type="radio"/> 15.3 Preparación. () | <input type="radio"/> 15.6 Reincidencia. () |

Señale con una X el tipo de intervención que requiere el paciente.

-
- Candidato a intervención breve. ()
-
- Candidato a intervención avanzada ()
-
- (tratamiento para dejar de fumar).

Nombre del (la) terapeuta._____
Firma del (la) terapeuta._____
Hora de término

6. ANEXOS

6.3 ANEXO III. PRUEBA DE RICHMOND, MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

	PREGUNTAS	OPCIONES	PUNTUACIÓN
1	¿Te gustaría dejar de fumar si pudieras hacerlo fácilmente?	Sí. No.	1 0
2	¿Qué interés tienes en dejar de fumar?	Ninguno. Poco. Bastante. Mucho.	0 1 2 3
3	¿Intentarás dejar de fumar en las dos próximas semanas?	Definitivamente no. Quizás. Sí. Definitivamente sí.	0 1 2 3
4	¿Crees en la posibilidad de continuar sin fumar en los próximos seis meses?	Definitivamente no. Quizás. Sí. Definitivamente sí.	0 1 2 3

Menos de 4 puntos: Motivación baja.

De 5 a 6 puntos: Motivación media.

Más de 7 puntos: Motivación alta.

6. ANEXOS

6.4 ANEXO IV. CUESTIONARIO DE MOTIVO

	MOTIVOS	MUY FRECUENTE- MENTE	OCASIONAL- MENTE	NUNCA
A	Siento que fumar me da seguridad.			
B	Siento que fumando me concentro mejor.			
C	El exhalar cada una de las bocanadas de humo me produce una grata sensación.			
D	Disfruto fumar después de los alimentos, con el té, café o alcohol.			
E	Cuando me siento enojado por algo, fumo para tranquilizarme.			
F	Aún enfermo siento la necesidad de un cigarro.			
G	Todos los cigarros que fumo son placenteros.			
H	Si no fumo, pierdo parte de mi personalidad.			
I	Fumo para mantenerme despierto.			
J	El sentir el cigarro entre los dedos es gratificante.			
K	Cuando estoy relajado y en períodos de descanso, me gusta fumar.			
L	Si estoy nervioso por algo, fumo casi el doble.			
M	Si cambio a cigarros suaves, fumo casi el doble.			
N	Enciendo un cigarro sin haber terminado el anterior.			
O	Fumo más cuando estoy en reuniones sociales.			
P	En trabajos monótonos o aburridos fumo más.			
Q	Disfruto de "dar el golpe" con el cigarro de determinada manera.			
R	Durante mi trabajo, dedico tiempo para disfrutar de un cigarro.			
S	Fumo cuando quiero olvidarme de mis preocupaciones.			
T	Me siento a disgusto si no fumo, aún cuando el fumar no es realmente grato.			
U	Enciendo cigarros sin darme cuenta.			
V	Fumo para no sentirme tan solo (a).			
W	Me siento más alerta y con energía al fumar cigarros.			

MOTIVOS		Muy FRECUENTE- MENTE	OCASIONAL- MENTE	NUNCA
		X	Disfruto el fumar desde el momento en que tengo la cajetilla en mis manos.	
Y	Cuando estoy tranquilo, me gusta fumar.			
Z	Fumo más cuando estoy tenso (a).			
A1	Al dejar de fumar unas cuantas horas, empiezo a sentir síntomas físicos desagradables.			
B1	Ha habido ocasiones en que olvido en donde dejé un cigarro prendido.			
Suma, totales:				
Puntos, totales:				

Muy frecuentemente = 3 puntos
 Ocasionalmente = 2 puntos
 Nunca = 1 punto

Puntuación de 0 a 5: No es motivo.
 Puntuación de 11 a 15: Es motivo importante.
 Puntuación de 6 a 10: Es motivo muy importante.

A	H	O	V	C1	Psicosocial.
B	I	P	W	D1	Estímulo.
C	J	Q	X	E1	Manipulación.
D	K	R	Y	F1	Esparcimiento.
E	L	S	Z	G1	Reducción de tensión.
F	M	T	A1	H1	Necesidad.
G	N	U	B1	I1	Hábito.

Nombre del médico.

Firma.

Hora.

6. ANEXOS

6.5 ANEXO V. PRUEBA DE FAGERSTRÖM (PARA FUMADORES)

Fecha: _____ Número de expediente: _____

Nombre del paciente: _____
Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

EXAMÍNESE USTED MISMO: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LA RESPUESTA CORRECTA.

1 ¿Cuántos cigarros fuma usted al día?

- 3 puntos 31 ó más.
 2 puntos 21 a 30.
 1 punto 11 a 20.
 0 puntos Menos de 10.

4 ¿Qué cigarro le es más difícil de omitir?

- 1 punto El primero de la mañana.
 0 puntos Algún otro.

2 ¿Fuma usted más cigarros durante la primera parte del día, que durante el resto del día?

- 1 punto Sí.
 0 puntos No.

5 ¿Le es difícil no fumar donde ello es prohibido?

- 1 punto Sí.
 0 puntos No.

3 ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarro?

- 3 puntos Menos de cinco minutos.
 2 puntos Seis a 30 minutos.
 1 punto 31 a 60 minutos.
 0 puntos Más de 60 minutos.

6 ¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en la cama?

- 1 punto Sí.
 0 puntos No.

Conversión:

Una pipa = tres cigarros.
 Un puro = cuatro a cinco cigarros.
 Un puro pequeño = tres cigarros.

Resultado de la prueba:

De 0 a 3 puntos: Dependencia baja.
 De 4 a 7 puntos: Dependencia moderada.
 8 puntos o más puntos: Dependencia alta.

Nombre del terapeuta o aplicador _____

Firma _____

Hora de término _____

6. ANEXOS

6.6 ANEXO VI. COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN BREVE

LOS CINCO COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN BREVE

- 1 Conocer el estatus de fumador, registrarlo y actualizarlo en cada consulta.
- 2 Realizar consejo anti-tabáquico claro.
- 3 Evaluar el nivel de motivación (o etapa de cambio de la dependencia).
Elaborar un programa de tratamiento:
 - Fecha de abandono.
- 4
 - Intervención psico-social.
 - Intervención farmacológica.
- 5 Elaborar un plan de seguimiento.

6. ANEXOS

6.7 ANEXO VII. TAREAS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, SEGÚN LA FASE DE CAMBIO

Fase	Tarea motivacional	Tarea operativa
Pre-contemplación	Aumento de la duda – aumento de la percepción del paciente de los riesgos y problemas de su conducta actual.	Proporcionar más información. Ayudar al paciente a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia). Personalizar la valoración.
Contemplación	Inclinación de la balanza – evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.	Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el cambio de conducta. Ofrecer apoyo. Ayudar al paciente a desarrollar un plan de cambio. Proporcionar material de ayuda (folletos).
Preparación	Ayudar al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.	Ofrecer apoyo incondicional. Materiales de autoayuda específico (Guías, libros). Disponibilidad (espacio-tiempo).
Acción	Ayudar al paciente a dar los pasos hacia el cambio.	Ofrecer apoyo material (tratamiento farmacológico si es preciso). Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas
Mantenimiento	Ayudar al paciente a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída.	Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas y situaciones.
Recaída	Ayudar al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización.	Ayudar al paciente a comprender los motivos de la recaída. Proporcionar información sobre el proceso de cambio. Ayudar al paciente a hacer planes para el próximo intento. Facilitar la confianza del paciente en su capacidad de cambiar. Ofrecer apoyo (no condicionado a la conducta).

6. ANEXOS

6.8 ANEXO VIII. INTERVENCIONES MOTIVACIONALES EN FUMADORES NO PREPARADOS PARA DEJAR DE FUMAR

(pre-contemplativos y contemplativos; adaptada de *Fiore y cols. 2000*)

- | | |
|--|---|
| 1. Razones personales para dejar de fumar | <ul style="list-style-type: none"> • El impacto de la motivación será mayor si se jerarquizan las propias razones o motivos del fumador. • Proveer información sobre buenas razones para dejar de fumar e intentar conectarlas con los síntomas que presenta el paciente. • Cuáles cree que podrían ser razones importantes para dejar de fumar? |
| 2. Riesgos del tabaquismo | <ul style="list-style-type: none"> • Se deben resaltar aquellos riesgos que son relevantes para el fumador. • Se debe informar sobre el riesgo agudo y en el largo plazo. El riesgo para el medioambiente y para los convivientes (tabaquismo pasivo, aumento de la incidencia de asma y catarros en los niños, etc.). • Se debe desmitificar el hecho de que fumar pocos cigarrros o fumar en pipa es inofensivo para la salud. • Evitar falsos reaseguros (chequeos o radiografía de tórax normales no implican que el fumar haya sido inofensivo) • Debe vincularse al tabaquismo con otros problemas de salud. • ¿Cómo cree que el tabaco afecta su salud? ¿Cuáles cree que podrían ser las consecuencias de fumar? ¿Qué riesgos cree puede implicarle fumar? |
| 3. Beneficios de abandonar | <ul style="list-style-type: none"> • Se deben jerarquizar las prioridades del paciente. • Proveer información sobre los beneficios posibles: como mejorar la salud general , el rendimiento físico, disminuir los riesgos de cáncer e infarto, tener hijos más sanos, arrugarse mucho menos, recuperar los sentidos del gusto y del olfato, ahorrar dinero, mejorar la calidad de vida, etc. • ¿Cuáles cree que podrían ser los beneficios si dejara de fumar? |
| 4. Obstáculos para abandonar | <ul style="list-style-type: none"> • Se deben ofrecer respuestas y alternativas de solución al temor al fracaso, al exceso de peso, a la pérdida del placer de fumar. • ¿Hay algo que le impide dejar de fumar? ¿Qué le preocuparía si dejara de fumar? ¿Le genera algún temor dejar de fumar? |
| 5. Evaluación de intentos anteriores de cesación | <ul style="list-style-type: none"> • Debe indagarse cómo fueron estos intentos, cuánto tiempo estuvo sin fumar, qué fue útil, por qué volvió a fumar y qué cree haber aprendido de esos episodios anteriores. |
| 6. Repetición continua de la intervención y ofrecimiento de ayuda explícita | <ul style="list-style-type: none"> • Esto debe realizarse siempre que se pueda, en cada visita. Conectar, cada vez que se pueda, el síntoma de consulta con el tabaquismo. • Ofrecer ayuda explícita: mostrarse interesado en ayudarlo a dejar de fumar y ofrecer una entrevista para iniciar un programa de tratamiento, explicar que hay tratamiento y que está a su alcance. |

6. ANEXOS

6.9 ANEXO IX. ESTRATEGIAS DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

1. Relevancia

La información motivacional tiene el mayor impacto si es relevante en relación: al estado de enfermedad o de riesgo de un paciente, su situación familiar o social (por ejemplo tener niños en casa), la preocupación por la salud, a su edad y sexo, al coste económico, a otras características importantes del paciente (por ejemplo experiencias anteriores, barreras personales).

2. Riesgos

El médico debería solicitar al paciente que identifique las posibles consecuencias negativas del uso del tabaco pudiendo indicarle las que le parezcan más relevantes. El profesional debería poner de relieve que fumar cigarros bajos en alquitrán/nicotina o utilizar de otra forma el tabaco (por ejemplo: no tragarse el humo, fumar puros o en pipa) no elimina los riesgos.

3. Recompensas

El profesional sanitario debería solicitar al paciente que identifique los beneficios potenciales de dejar de fumar. El profesional puede indicar los más relevantes. Mejora de la salud.

4. Resistencias

El profesional debería solicitar al paciente que identificase las barreras o impedimentos para dejar de fumar y destacar los elementos terapéuticos (resolución de problemas, tratamiento farmacológico). Las barreras típicas podrían consistir en síntomas de abstinencia, temor al fracaso (sentimiento que suele estar encubierto y debemos ayudar a expresar), incremento ponderal, falta de apoyo, depresión, disfrute del tabaco.

5. Repetición

La intervención motivacional consiste en dar la información necesaria para educar, tranquilizar y motivar. Debería repetirse a cada paciente no motivado que visita la consulta. La duración no debe ser mayor de diez minutos por cuestiones de eficiencia y el consejo debe repetirse en cualquier visita por cualquier motivo. A los fumadores que han fracasado en intentos previos se les debería comunicar que la mayoría de personas intenta repetidamente dejar de fumar antes de conseguir el éxito.

6. ANEXOS

6.9 ANEXO X. ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR SITUACIONES

Cansancio	Dos a tres semanas.	Falla de estímulo de la nicotina.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de horas de sueño. • Tomar las cosas con calma.
Irritabilidad Agresividad Nerviosismo Impaciencia	10 a 15 días.	Necesidad biológica de nicotina.	<ul style="list-style-type: none"> • Avisar a los que nos rodean. • Hacer ejercicio físico. • Ejercicios de respiración y relajación. • Pasear.
Dificultad de concentración	Dos a tres semanas.	Falta del estímulo de la nicotina	<ul style="list-style-type: none"> • No exigirse un alto rendimiento durante dos semanas. • Hacer ejercicio físico. • Evitar bebidas alcohólicas
Disforia Desánimo	Dos a tres semanas.	Falta del estímulo de la nicotina.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener actividad: trabajo, deporte. • Evitar la soledad, buscar la compañía de amigos. • Descansar más tiempo. • Hablar con exfumadores.
Aumento de la tos	Seis a ocho días; a veces, más tiempo.	Regeneración de los cilios respiratorios: aumenta la limpieza bronquial.	<ul style="list-style-type: none"> • Beber abundantes líquidos.
Estreñimiento Molestias gástricas o intestinales	10 a 15 días	Disminución de movimiento intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta rica en fibra. • Abundantes líquidos. • Ejercicio físico.
Trastornos del sueño	15 a 30 días	Alteración de las ondas cerebrales por falta de nicotina.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar bebidas estimulantes. • Aumentar ejercicio físico. • Antes de acostarse tomar leche caliente o valeriana. • Ejercicios de relajación. • Analgésicos.
Dolor de cabeza	10 a 15 días.	Alteración de las ondas cerebrales por falta de nicotina.	<ul style="list-style-type: none"> • Ducha o baño caliente. • Ejercicios de relajación. • Analgésicos.
Aumento del apetito	Dos a tres meses	Ausencia de efecto anorexígeno de la nicotina.	<ul style="list-style-type: none"> • Beber mucha agua y líquidos con pocas calorías. • Aumentar la ingesta de verduras y frutas. • Evitar grasas y dulces. • Disfrutar con actividades agradables.
Deseo intenso de fumar: <i>craving</i> .	Desde días hasta años. Disminuye con el tiempo.	Falta física de la nicotina los primeros días y falta psicológica durante más tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> • Esperar las "ganas de fumar" pasan en minutos. • Respirar profundamente. • Ejercicios de relajación. • Salir de la situación, cambiando de actividad. • Inducir cambio de pensamiento. • Masticar chicle sin azúcar. • Realizar alguna actividad.

6. ANEXOS

6.9 ANEXO XI. DOSIFICACION DE FÁRMACOS PARA DEJAR DE FUMAR

Fármaco	Dosis y duración	Efectos secundarios	Contraindicaciones	
			Generales	Específicas
Parche de nicotina, 21.14 y 7 mg.	21 mg diarios por cuatro a seis semanas; luego, 14 miligramos diarios durante dos semanas; después, 7 mg diarios durante dos semanas.	Irritación cutánea, insomnio, mareo, mialgias, cefalea.	Hipertensión arterial no controlada. Cardiopatía no controlada. Arritmia cardiaca no controlada. Embarazo.	Dermatitis generalizada.
Chicles de nicotina, 2 y 4 mg.	12 a 15 piezas al día durante ocho a diez semanas; luego ocho a diez piezas diarias durante tres a seis meses.	Dolor articular temporomaxilar, hipo, mal sabor de boca.		Artropatía temporomaxilar. Inflamación orofaríngea. Trastornos dentarios.
Bupropión	150 mg al día durante seis días, una semana antes de suspender el consumo de tabaco; seguir con 150 mg dos veces al día durante ocho a nueve semanas.	Insomnio, sequedad de boca, crisis convulsivas (menos de 0.1% de casos), reacciones cutáneas, mareo.	Historia de crisis convulsivas. Traumatismo craneoencefálico. Anorexia. Bulimia. Fármacos inhibidores de la monoaminoxidasa	
Tartrato de vareniclina	0.5 mg al día durante tres días, iniciando una semana antes de suspender el tabaco; continuar con 0.5 mg dos veces al día durante cuatro días; a continuación, un mg dos veces al día durante tres meses. Instruir para dejar de fumar el día ocho, cuando la dosis aumenta a un mg dos veces al día.	Náuseas, problemas de sueño, sueños vívidos o anormales.	Precaución en pacientes con historia de trastorno depresivo o padecimientos psiquiátricos.	

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline*. Rockville, Md 2000. AHRQ Publication No 00-0032.
2. Guías clínicas Sociodrogalcohol basadas en evidencia científica. *Tabaquismo*. 2007. http://Sociodrogalcohol.psiquiatria.com/psimgdb/archivo_doc9618.pdf
3. Gutiérrez-Ramírez S.F. *Humo de tabaco ambiental y neumonías en niños de Monterrey, México*. Rev Salud Pub (Bogotá Colombia) 9:76-85.
4. Harrison CG, Branson RS, Vaucher YE. *Association of maternal smoking with body composition of the newborn*. Am J Clin Nutr; 38:757-762, 1983.
5. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. *The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of a Fagerstrom Tolerance Questionnaire*. BRJ Addict 1991; 86(9):1119-1127.
6. http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf
7. *Integrating smoking cessation into daily nursing practice*. Nursing Best Practice Guideline 2007. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).
8. Jiménez ML, Rubio E, Pérez A. *Determinación de la dependencia nicotínica en escolares fumadores a través del test de Fagerstöm modificado*. An Pediatric; 58(6):538-44, 2003.
9. Lancaster T and Stead LF. *Physician advice for smoking cessation* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 4, 2005 Oxford: Update software.
10. López A, Lazcano P. *¿Cómo promover lugares de trabajo libre de humo de tabaco?, Beneficios del lugar de trabajo*. Instituto Nacional de Salud Pública. Edit. INSP 23-26, 2007.
11. Mallin R, *Smoking cessation: integration of behavioral and drug therapies*. American family physician 65(6):1107-14 2002 2002.
12. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco*. Argentina 2005. http://www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/info-prof.asp
13. National Institute for Health Excellence. *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings, Public Health Intervention Guidance No. 1*, March 2006. Disponible en: www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=smoking_cessationPGMain
14. National Institutes of Health *State-of-the-Science Conference*, Bethesda, Maryland (NIHSSC), 2006.
15. OMS. 56a Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 2003. www.paho.org/spanish/DD/pub/sa56r1.pdf
16. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. *In search of How People Change. Applications to addictive behavior*. AM Psychol 1992, 47:1102-1114.
17. Prochaska JO, Prochaska JM. *Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas*. En: Casa M, Gossop M, editores Recaída y Prevención de recaídas. Barcelona: Neurociencias 1993; p. 85 - 136.
18. Reardon JZ, *Environmental tobacco smoke: respiratory and other health effects*. Clin Chest Med 2007; 28:559-573.
19. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice*. Nursing Best Practice Guideline 2007.
20. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. *Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar*. (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. www.update-software.com

21. Treatment improvement protocol 45: *Detoxification and substance abuse treatment: physical detoxification services for withdrawal from specific substances*, 2006.
22. US Department of Health and Human Services. *Treating tobacco use and dependence*, Update, 2008.
23. Villalba Caloca J, Martínez-Herederó R. *Frecuencia del carcinoma broncopulmonar en pacientes fumadores y no fumadores diagnosticados en el INER en 1991*. Revisión del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2004; 17(1):27-34.
24. Work place health promotion. *How to help employees to stop smoking*. NICE, 2007.
25. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. *Effect of potentially modifiable risk factor associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*. Lancet. 2004 Sep 11; 364(9438):937-52.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. Héctor Javier González Jácome	Subdirector de guías de práctica clínica
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinación Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinador de guías de gineco-obstetricia
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Domingo Antonio Ocampo	Coordinador de guías de pediatría
Dr. Luis Agüero y Reyes	Coordinador de guías de medicina interna
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

Instituto Mexicano del Seguro Social

División de Excelencia Clínica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa del Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo Jesús Castaño	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadores de programas médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlo Martínez Murillo	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de programas de enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

9. DIRECTORIOS

Secretaría de Salud.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos.

Secretario de Salud.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Dr. Julio Sotelo.

Comisionado.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas.

Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares.

Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza.

Director General.

Secretaría de la Marina.

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorios institucionales.

Consejo Nacional contra las Adicciones CONADIC

Dr. Carlos José Rodríguez Ajenjo,

Secretario Técnico.

Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

10. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contralmirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A Maria Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
	Asesor Permanente

Dr. Roberto Simon Sauma

Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados

Dr. Luis Miguel Vidal Pineda

Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud

Dr. Esteban Hernández San Román

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC

Asesor Permanente

Secretario Técnico