



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**PROGRAMA PARA LA
CESACIÓN DEL CONSUMO DE
TABACO Y ATENCIÓN DEL
TABAQUISMO**



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios (e)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

EQUIPO TÉCNICO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DR. JOSÉ FERNADO VALDERRAMA VERGARA
Subdirector de Enfermedades No Transmisibles

DRA. YOLANDA INES SANDOVAL GIL
Profesional Especializada de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

JAVESALUD –PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Dra. NELCI ASTRID BECERRA MARTINEZ
Jefe Médica Consultorio Médico Universitario PUJ. Coordinadora Clínica para dejar de fumar PUJ, Javesalud IPS.

Psic. MARIA DEL PILAR GARCIA PADILLA
Psicoterapeuta Clínica para dejar de fumar PUJ, Javesalud IPS.

© Ministerio de Salud y Protección Social

Cra. 13 # 32-76

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

Bogotá D.C. Colombia.

Febrero de 2017

Contenido

Siglas	6
Definiciones	7
INTRODUCCIÓN.....	9
1. Contexto General.....	11
2. Tabaquismo, un problema de salud pública en Colombia	12
3. Efectos en salud por el tabaco.....	13
4. Intervenciones efectivas para la atención del tabaquismo	15
5. Marco político y normativo	25
6. Metas.....	27
7. Objetivo General.....	27
8. Objetivos Específicos.....	27
9. Alcance.....	28
10. Población Objeto.....	28
11. Componentes del programa	28
11.1. Componente 1. Fortalecer el sistema de salud	28
Intervenciones	29
Responsables.....	30
11.2. Componente 2. Atenciones básicas	30
Intervenciones	30
Población objeto.	32
Entornos donde se aplica	32
Recurso humano requerido	32
Actividades e instrumentos	32
11.3. Componente 3. Atenciones Intermedias	33
Intervenciones	34
Población objeto.	36
Entornos donde se aplica	36
Recurso humano requerido	36

Actividades e instrumentos	37
11.4. Componente 4. Atenciones avanzadas.....	38
Intervenciones	39
Población objeto	40
Entornos donde se aplica	41
Recurso humano requerido	41
Actividades e instrumentos sugeridos.....	41
Valoración inicial.....	42
Consultas de seguimiento.....	43
11.5. Componente 5. Intervenciones comunitarias.....	44
Intervenciones	44
Población objeto	44
Entornos donde se aplica	45
Responsables.....	45
11.6. Componente 6. Registro, seguimiento y monitoreo	45
Registro de atenciones	45
Seguimiento y monitoreo	47
12. Herramientas e instrumentos de apoyo al personal de salud.....	55
Estrategia de la 5 As.....	55
Modelo Transteorico Prochaska y DiClemente	60
Entrevista motivacional.....	62
Estrategia de la 5R: Incrementando la motivación para dejar de fumar.....	65
Breve Test de Fagerström para la Dependencia de la Nicotina	68
Test de Fargeström	69
Test de Richmond (Motivación para dejar de fumar)	70
Escala Minnesota de Abstinencia a la Nicotina (MINNESOTA NICOTINA WITHDRAWAL SCALE)	71
Recomendaciones para grupos especiales.....	72
Escala Single Rating of Craving	73
TAMIZAJE DE DEPRESIÓN	74
Referencias.....	75

Siglas

ARL	Administradora de Riesgos Laborales
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ENT	Enfermedades no Transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS	Empresas Promotoras de Salud
ETS	Entidades Territoriales de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
RIAS	Ruta de Atención Integral en Salud
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud

Definiciones

Abstinencia/Síndrome de abstinencia. Conjunto de síntomas que se presentan al dejar de fumar o por reducción significativa del número de cigarrillos. Síntomas que genera: ansiedad, irritabilidad, dolor de cabeza, hambre, temblor, trastornos del sueño y deseo vehemente por cigarrillos u otras fuentes de nicotina. Estos síntomas alcanzan su punto máximo de 12 a 24 horas después de dejarlo. Cada síntoma tiene duración variable, pero luego del mes, la mayoría pierde la intensidad.

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

Dependencia del tabaco/ Adicción al tabaco. Manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras un consumo repetido, y que suelen consistir en un intenso deseo de consumir tabaco, dificultad para controlar ese consumo, persistencia en éste pese a sus consecuencias graves, asignación de mayor prioridad al consumo de tabaco que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y un estado físico de abstinencia, cuando se difiere o abandona el consumo.

Día de abandono del tabaco (D). Día fijado para hacer un intento de abandono durante el cual un paciente intenta abstenerse totalmente del consumo de tabaco. También se refiere a una intervención motivacional por la cual un paciente se compromete a abandonar el consumo de tabaco en una determinada fecha.

Especialistas en el tratamiento del tabaquismo. Estos especialistas típicamente proporcionan intervenciones intensivas para el tratamiento del tabaquismo. Los especialistas no se definen por su filiación profesional ni por el campo en el cual se han formado. Por el contrario, los especialistas consideran el tratamiento del tabaquismo como su papel profesional principal. Los especialistas poseen habilidades, conocimiento y formación para proporcionar intervenciones efectivas de diversas intensidades, y a

menudo están adscritos a programas que ofrecen intervenciones o servicios de tratamiento intensivo.

Fumador actual. Es aquella persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

Humo de tabaco ambiental o humo de tabaco de segunda mano o humo de tabaco ajeno. Es el humo inhalado por un individuo que no está implicado activamente en el consumo, pero que está expuesto al humo de la punta del cigarrillo y al humo exhalado por el fumador.

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

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

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

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ocasionan graves consecuencias en la salud, en la economía, al ambiente y a la sociedad. Esto, lleva a que todas las personas fumadoras tienen derecho de recibir información acerca de los efectos negativos, los beneficios de dejar este hábito y a ser atendidos para tratar su adicción. Para la mayoría de los consumidores de tabaco, el conocimiento de estos efectos es un elemento determinante en la motivación para dejar el consumo, siendo importante que la población y las instancias gubernamentales del nivel nacional y local, lo comprendan para que se implementen dichas intervenciones (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS-2011), aproximadamente 6 millones de personas mueren al año por enfermedades asociadas al consumo, y más de 600.000 personas no fumadoras están expuestas a humo de tabaco. Las muertes atribuidas a este factor se relacionan principalmente con el cáncer, las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardiovasculares, el deterioro de la salud mental global y el incremento en el uso de otras drogas, entre otras. Su consumo está creciendo en forma constante, sobre todo entre la población adolescente (2).

En Colombia, de acuerdo al Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2013; determino que el 12.9% de la población ha fumado tabaco/cigarrillo al menos una vez en los últimos 30 días y se consideran consumidores actuales. Esta cifra equivale a un poco más de tres millones de fumadores en el país (3). Sumado a lo anterior, la carga de enfermedad atribuible al tabaquismo ocasiona 26.460 muertes al año y el sistema de salud invierte 4.7 billones de pesos anualmente para atender a las personas con enfermedades provocadas por el consumo o exposición al tabaco (4).

Adicionalmente, la dependencia que provoca el consumo de tabaco, requiere la aplicación de intervenciones que lleven a promover el abandono del consumo y tratar la dependencia a esta sustancia. Dichas acciones, complementan las acciones que desarrolla el Estado para controlar el tabaquismo en Colombia, esto acorde a lo definido en el **Convenio Marco para el Control de Tabaco de la OMS y adoptado por la Ley 1109**

de 2006, lo establecido en la Ley 1335 de 2009 y lo definido en las Políticas de Salud Pública vigentes (Resolución 1841 de 2013 y la Resolución 3202 de 2016).

Las anteriores normas, instan al gobierno nacional y local a desarrollar acciones poblacionales, colectivas e individuales para prevenir el tabaquismo, reducir su iniciación, promover el abandono y atender la dependencia al tabaco. Dado lo anterior, aunque las acciones poblacionales han sido desarrolladas de manera exitosa en el país; las intervenciones para la cesación del consumo de tabaco, deben ser fortalecidas y priorizadas en Colombia.

A pesar que se dispone de datos que confirman sobre la costo-eficacia de las intervenciones breves contra el tabaquismo, más del 50% de los prestadores de atención primaria, sobre todo aquellos de los de países de ingresos bajos y medianos, no ofrecen estas intervenciones de manera sistemática. La falta de conocimientos acerca del tabaco y su control, definición de lineamientos y la ausencia de capacidad respecto de su prevención y tratamiento constituyen uno de los principales obstáculos para ofrecer ayuda a los consumidores de tabaco.

En consecuencia, el presente documento plantea las intervenciones que se deben ofrecer para ayudar a los consumidores de tabaco a abandonar el consumo. Las intervenciones acá propuestas, son el resultado de la revisión de la evidencia científica desarrollado en el marco del convenio 519/2015 suscrito entre MSPS-OPS/OMS, lo recomendado en las directrices para la aplicación del artículo 14 del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco y la consulta realizada a la academia. De igual forma, su implementación se plantea en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud a través de las Rutas Integrales de Atención.

1. Contexto General

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que está afrontando el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ambiental. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la morbilidad y la mortalidad asociada al tabaco (2).

El tabaco, es el principal factor de riesgo de muerte prevenible en el mundo. La evidencia científica confirma que las personas que consumen tabaco, tienen mayor riesgo de muerte por enfermedades no transmisibles como cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias. Las personas que mascan tabaco enfrentan riesgos muy elevados de cáncer en la cavidad bucal, en especial de labios, lengua, paladar y faringe. (5). Aproximadamente, una persona muere cada seis segundos debido al tabaco, lo que representa una de cada 10 defunciones de adultos. A menos que se tomen medidas urgentes, el número de muertes anuales podría elevarse a más de ocho millones en el 2030 (6). Su uso, no sólo causa enfermedades, sino que los pacientes con enfermedad coronaria, cáncer o varias otras enfermedades que continúan fumando tendrán un mayor riesgo mayor de muerte en comparación a los pacientes con la misma enfermedad pero que nunca fumaron o que dejaron de fumar después de ser diagnosticados. Incluso, para aquellas personas que fuman 10 cigarrillos o menos por día, la esperanza de vida es en promedio 5 años más corta y el riesgo de cáncer de pulmón es hasta 20 veces más alto que en los no fumadores. Para los que fuman menos de 4 cigarrillos por día, el riesgo es 5 veces mayor para cáncer de pulmón. No hay un nivel seguro de exposición, la mejor manera de prevenir muertes relacionadas, es evitarlo (6).

A nivel mundial se han realizado diferentes estudios sobre tabaquismo y su impacto en la salud y la estabilidad económica; es así como las investigaciones llevadas a cabo en países desarrollados han estimado costos anuales de aproximadamente 500.000 millones de dólares, cifra que excede el gasto anual total en atención sanitaria de todos los países

de ingresos medianos y bajos. Quienes consumen tabaco gastan entre 5 % y 15 % de su ingreso disponible en tabaco (1).

2. Tabaquismo, un problema de salud pública en Colombia

En Colombia, el tabaquismo es responsable del 15,9% de todas las muertes que se producen en el país cada año. Esto representa, 26.460 muertes por año que podrían ser evitadas; 6.776 por enfermedad cardíaca, 6.619 EPOC, 3699 otros cánceres, 3.544 por cáncer de pulmón, 3.044 tabaquismo pasivo, 1.811 accidentes cerebro vascular y 947 por neumonía. El mayor peso de estas muertes está dado por las enfermedades cardiovasculares, la EPOC, el cáncer de pulmón, otros canceres y el tabaquismo pasivo. Anualmente, enferman por motivos atribuibles al tabaco 112.891 por enfermedades cardíacas, 70.299 de EPOC, 19.290 de ACV, 8.026 neumonías, 6.747 cánceres de pulmón y 3.859 por otros canceres. También se estimó, que cada año se pierden en promedio 674.262 años de vida por muerte prematura o discapacidad (4).

El estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas (2013), estimó una prevalencia de consumo de tabaco de 12.9%, para la población que ha fumado tabaco/cigarrillo al menos una vez en los últimos 30 días y se consideran consumidores actuales. Esta cifra equivale a un poco más de tres millones de fumadores en el país. En este mismo estudio, se determinó que la edad de inicio de consumo es de 17 años, aunque un 25% de la población lo iniciará a los 14 años o incluso antes. Así mismo, al considerar las tasas de consumo por departamentos, se observa que alrededor del promedio se ubicaron 9 departamentos, cuyas prevalencias oscilan entre el 11% y el 14% (Caldas, Meta, Risaralda, Boyacá, Cali y Yumbo, Santander, Orinoquia y Amazonía, Norte de Santander y Quindío). El departamento con mayor prevalencia y con valor extremo y único, es la ciudad de Medellín y su área metropolitana, con una prevalencia del 19.5%. Le siguen, Bogotá y Cundinamarca con prevalencias del 17% y 16% respectivamente. Por otro lado, 14 departamentos tienen niveles de consumo de tabaco inferiores a 11%, demostrándose heterogeneidad en el país en términos de su epidemiología (3).

Adicionalmente, la nicotina contenida en los productos de tabaco y sus derivados, afecta el sistema nervioso, el corazón, disminuye el apetito, incrementa el estado de ánimo, aumenta la frecuencia cardíaca, aumenta la presión arterial, náuseas y diarrea. Dado que es una sustancia adictiva ocasiona síntomas y signos de abstinencia. El riesgo de adicción a la nicotina depende de la dosis de nicotina entregada y del método como se administra (7, 8, 9). Múltiples investigaciones han determinado que es posible abandonar el consumo de cigarrillo, especialmente cuando se ofrecen alternativas de acompañamiento basadas en modelos de cambio conductual en la modalidad de intervención breve (10) o la obtención de resultados exitosos en la cesación del consumo de tabaco en casos de dependencia si se combina la intervención conductual con medicamentos (11, 12).

Los tratamientos de cesación adquieren relevancia para la salud pública porque la mayoría de las acciones descritas se dirigen a reducir la demanda de tabaco en jóvenes mediante la prevención de la iniciación en el hábito, pero tienen un limitado efecto entre quienes son fumadores. El tratamiento del tabaquismo es recomendado por la OMS como parte integral de los servicios de prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y también podrían estar integradas a la atención del consumo de sustancias psicoactivas, siendo muy importante su implementación desde la atención primaria; para obtener el impacto esperado, dichas acciones deben contar con el compromiso de los gobiernos del nivel nacional y local, las comunidades, los administradores y los proveedores de la atención en salud (13, 14, 15).

3. Efectos en salud por el tabaco

De acuerdo con la American Cancer Society y la World Lung Foundation (2015), todas las formas de tabaco son adictivas y perjudiciales para la salud (16). El humo del tabaco contiene más de 7000 sustancias químicas, de las cuales al menos 250 han sido identificadas como perjudiciales para la salud y al menos 69 son carcinogénicas. Los cigarrillos que se anuncian como bajos en alquitrán o nicotina no reducen los peligros del

tabaquismo. Sin embargo, abandonar el tabaco reduce los riesgos de salud y produce beneficios inmediatos y a largo plazo (17) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Efectos en salud por el tabaco

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

En no fumadoras (res):

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

4. Intervenciones efectivas para la atención del tabaquismo

Con frecuencia, y de forma equivocada, se considera que el consumo de tabaco es una opción exclusivamente personal. Contradice esa percepción el hecho de que la mayoría de los fumadores desea abandonar su hábito cuando adquiere plena conciencia de los efectos del tabaco en la salud, aunque les resulte difícil dejarlo debido a que la nicotina es muy adictiva (18).

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

Aunque, las intervenciones más efectivas para prevenir y controlar el tabaquismo están a nivel político, como el restringir la oferta y el desestimulo de la demanda de los productos de tabaco; la evidencia científica ha demostrado que los tratamientos para el manejo del

tabaquismo también son efectivos para ayudar a las personas consumidoras de tabaco. Si bien, muchos fumadores desean dejar de fumar, solo el 1% lo consigue sin ayuda; pero si consideramos la ayuda de tratamientos solos o combinados, se pueden lograr tasas de abstinencia de hasta del 30%¹.

Hay diversos métodos e intervenciones eficaces para tratar el tabaquismo y que pueden ayudar a reducir la carga de enfermedades asociadas. La consejería, la terapia farmacológica y la combinación de estas alternativas tienen eficacia demostrada para la cesación del tabaquismo. Con respecto a la consejería, esta se ha definido como el intercambio de información y mensajes verbales entre profesional de la salud y paciente que promueve el desarrollo de capacidades para dejar de fumar². Cuanto más intensivo o más prolongado es el tratamiento, mayor es la probabilidad de que ayude a los usuarios de tabaco a abandonar el consumo definitivamente. Los prestadores de salud pueden ayudar a la población adulta en general con estas intervenciones y lograr reducir las tasas de tabaquismo³.

De acuerdo al tiempo de atención, estas intervenciones se pueden clasificar como (Cuadro 2):

- **Intervención Breve (Consejería breve).** Definida como el intercambio de información y mensajes verbales para la cesación del tabaco, suministrada en menos de 10 minutos; son oportunistas dado que aplican en el marco de la cualquier consulta y constituyen maneras factibles y eficaces en función de los recursos de ayudar a los usuarios de tabaco a abandonar el consumo.

Pueden ser realizadas por la mayoría de los profesionales de la salud, aunque tienen mayor importancia en aquellos que atienden a una amplia variedad de

¹ OMS/OPS. Fortalecimiento de los sistemas de salud para el tratamiento del tabaquismo como parte de la atención primaria/ Parte III.

² Alba L, Murillo R, Castillo J. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Revista Salud Pública de México* / vol. 55, no. 2, marzo-abril de 2013.

³ Idem 1

pacientes (médico, enfermera, odontólogo, auxiliar de enfermería o dental, terapeuta respiratoria, psicólogo, farmacéuticos, etc.).

La intervención breve más costo-efectiva es la **Estrategia de las 5As**, la cual implica cinco pasos: Averiguar, Asesorar, Apreciar, Ayudar y Acordar (Fiore Et al 2008)⁴. En esta, se realiza la tamización sistemática de fumadores en todos los encuentros con pacientes, independientemente de su motivo de consulta, lo cual incrementa las tasas de intervención sobre pacientes fumadores (27,1 %; OR=3,1; IC95%: 2,2-4,2)⁵. Su principal objetivo es que los pacientes logren avanzar en el proceso de dejar de fumar y hagan intentos serios para conseguirlo. Se ha podido comprobar que alrededor del 20% de los fumadores sometidos a intervención breve progresan en su fase de abandono⁶. NICE considera como breves aquellas intervenciones hasta de 30 minutos⁷.

- **Intervención intensiva.** Son tratamientos más integrales, que se pueden realizar durante múltiples visitas durante períodos de tiempo más largos y que pueden ser administrados por más de un profesional sanitario, son apropiadas en todos los consumidores de tabaco dispuestos a participar en ellas. Existen estudios, que demuestran que las intervenciones intensivas tienen mayores tasas de éxito que las breves. Es claro que a mayor tiempo de contacto con el paciente mayor será su porcentaje de abstinencia al año; pero si se superan los 300 minutos, no se logra mayor efectividad⁸. La duración de cada sesión con el paciente es superior 10 minutos⁹.

Cualquier profesional sanitario con formación adecuada puede proporcionar el tratamiento intensivo del tabaquismo. En muchos casos, son proporcionadas por

⁴ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008

⁵ Idem 2

⁶ Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP). Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015

⁷ Idem2

⁸ Idem 4

⁹ Idem 1

profesionales sanitarios especializados en el tratamiento del tabaquismo. Estos especialistas no se definen por su especialidad clínica sino porque ven el tratamiento del tabaquismo como su papel profesional primordial. A menudo están adscritos a programas que proporcionan intervenciones o servicios de tratamiento intensivo (clínicas de cesación o unidades especializadas)¹⁰

Cuadro 2. Eficacia en relación a intensidad de la intervención

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

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

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

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

El dejar de fumar no sucede en un paso, la gente progresa a través de cinco etapas hasta el éxito. El paso a través de las etapas ocurre cuando la gente utiliza

¹⁰ Idem 4

los procesos del cambio. El progreso en las etapas tempranas depende del balance de decisión que tome la persona (balance entre pros y contras de dejar de fumar), Iniciar y mantener la cesación tabáquica requiere un sentido suficiente de confianza (autoeficacia). Las etapas que se evalúan desde este modelo son: Pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (recaída).

- **Entrevista motivacional para dejar de fumar.** Es una estrategia de entrevista directiva no confrontativa y centrada en el paciente que permite explorar las ambivalencias de la persona acerca de su propio comportamiento de consumo con el fin de incrementar la motivación por la cesación y el cambio. En este tipo de entrevista, el profesional se ubica en el marco de referencia del usuario, y se concentra en identificar las razones personales y particulares para cambiar; de este modo facilita la superación de la negación y la resistencia al cambio pues la responsabilidad del cambio está en la persona.

La entrevista motivacional también se puede aplicar a los pacientes que están dispuestos a hacer un intento por dejar de fumar como a los que no lo están considerando.

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

- **Intervención cognitivo-conductual.** Se utiliza para el tratamiento de la dependencia física, psicológica y social, asociadas al consumo de tabaco. Se trabaja en las modalidades de terapia grupal o individual. Esta técnica parte del enfoque cognitivo-conductual, desde el cual se considera que cualquier conducta adictiva es resultado de unos patrones comportamentales aprendidos, tal como sucede en el consumo de cigarrillo, en este contexto, el enfoque reconoce el papel

de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta del fumador. Esta intervención, tiene como objetivo el cambiar los comportamientos adictivos por conductas más adaptativas y de mejores habilidades a la hora de afrontar los acontecimientos vitales y los estresores de la vida cotidiana.

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

Los fármacos eficaces de primera línea como la Terapia de sustitución de nicotina, la vareniclina y el bupropión, incrementan significativamente los índices de abstinencia de consumo de tabaco a largo plazo, comparados con el placebo logrando tasas de 25,0% hasta 27,0% al combinarse con consejería. Los mayores incrementos en cesación se obtienen con ansiolíticos y antidepresivos (8,7% a 19,4%), y los menores con terapia de reemplazo nicotínico –TRN- (5,2 % a 12,9 %) ¹¹. Salvo en las situaciones de embarazo, lactancia, adolescencia, consumo menor de 10 cig/día y contraindicación médica ¹².

A continuación se describen los medicamentos de primera línea, de uso aprobado en el país (Cuadro 3) ^{13, 14}

¹¹ Instituto Nacional de Cancerología. Cesación Tabáquica. Compilación de recomendaciones actualizadas para profesionales de la salud en Colombia, 2016.

¹² Idem 4

¹³ Becerra N, Cañón M, Vivas J. Terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (2): 167-183, abril-junio, 2010.

¹⁴ Cañas A, Alba L, Becerra N, et al. Eficacia y seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. Rev. salud pública. 16 (5): 772-785, 2014.

TERAPIA DE SUSTITUCIÓN NICOTÍNICA (TSN)

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

Parche de nicotina. Es un sistema transdérmico de liberación progresiva de nicotina que mantiene niveles estables durante su utilización. El parche se debe aplicar en una región limpia, seca y no pilosa, del tronco o de los miembros superiores, rotando el punto de aplicación cada 24 horas. Es una terapia efectiva en la cesación de cigarrillo (OR 1.81, IC 95% 1.63 - 2.02)
Presentación parches de Nicotina 7, 14 o 21 mg/24 horas y de 16 horas.

Los efectos secundarios de los parches de nicotina son: prurito local, eritema, cefalea, mialgias, mareos o dispepsia. Se debe tener precaución en los pacientes con condiciones cardiovasculares agudas, como un infarto agudo de miocardio reciente.

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

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

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

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

NEUROMODULADORES

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

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

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

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

Vareniclina. Actúa interfiriendo los receptores nicotínicos en el cerebro. Esto significa que tiene dos efectos: disminuye el placer que las personas sienten cuando fuman, y reduce los síntomas del síndrome de abstinencia. La vareniclina debe empezar a tomarse una semana antes de dejar de fumar. La dosis diaria se va aumentando progresivamente durante la primera y en la segunda semana.

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

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

Presentación: Tabletas de 0,5 mg y 1.0 mg

- **Material educativo.** Las intervenciones psicológicas y farmacológicas pueden ir acompañadas de material didáctico que puede ser usado por la persona que quiere dejar de fumar sin la ayuda de un profesional, como complemento a la atención profesional individual o grupal. Este material puede estar dirigido a fumadores en general o a grupos especiales (fumadoras embarazadas, pacientes respiratorios entre otros), y contener información de las opciones de servicios de

apoyo. Demuestran cierta efectividad comparados con la ausencia de intervención (odds ratio [OR] = 1,23), y potencialmente llegan a más gente, cubriendo al menos en parte la falta de intervención.

- **Líneas Telefónicas/servicios basados en Internet.** Proporciona apoyo confidencial y anónimo a los fumadores que quieren dejar de fumar y es un servicio fácilmente accesible para dejar de fumar. Utiliza dos enfoques principales: reactiva, en la que los fumadores pueden simplemente llamar por teléfono a la línea, y proactiva, en la que las personas llaman a sus consejeros para dar soporte telefónico permanente.

Con respecto al uso de terapias alternativas, como la acupuntura, la hipnosis y la homeopatía, para la cesación del tabaquismo, se ha demostrado que no tienen eficacia demostrada en cesación. Por lo tanto, el uso de las opciones terapéuticas de demostrada eficacia se plantean como las opciones terapéuticas a aplicar para la atención de esta enfermedad^{15,16}.

Frente al uso de los Sistemas Electrónicos de Suministro de Nicotina (por ejemplo el cigarrillo electrónico) como alternativa para el manejo del tabaquismo: el informe elaborado por la OMS (Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco Conferencia de las Partes, FCTC/COP/7/11 Agosto de 2016), la revisión de la evidencia científica realizada por el Instituto Nacional de Cancerología y la alerta sanitaria emitida por el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima 005-10), no encontraron evidencia suficiente acerca de su efectividad; razón por la cual, no se recomienda su uso como parte del tratamiento del tabaquismo en Colombia¹⁷.

¹⁵ Becerra N, Alba L, Castillo J et al. Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. Gaceta Médica de México. 2012;148:457-66

¹⁶ Idem 11

¹⁷ Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos-Invima. Reglamentación Cigarrillos Electrónicos: Consideraciones Generales basadas en la Evidencia. Publicado 10 de octubre de 2016.

5. Marco político y normativo

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

- **Ley 1109 de 2006.** por medio de la cual se aprueba el "Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco.
- **Ley 1335 de 2009.** Establece las disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención y el abandono al consumo de tabaco y sus derivados en la población colombiana. En su "*Artículo 11. Parágrafo 1°. Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, y las Entidades Responsables de los regímenes de excepción que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, deberán identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumir tabaco o derivados de este y brindarle al usuario los servicios del POS que le ayuden a manejar el factor de riesgo. Parágrafo 2°. Las IPS y las EPS que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de estos servicios*".
- **Ley 1438 de 2011.** Plantea el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS-, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad promuevan la creación de un ambiente sano y saludable y el mejoramiento de la salud, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean las personas residentes en el país.

- **Resolución 1841 de 2013. Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.** Está política plantea las metas y estrategias para atender los problemas y necesidades de salud relacionadas con las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, como el tabaquismo. Entre las metas, asociadas se encuentran el disminuir la prevalencia y la oferta del consumo de tabaco e incrementar los servicios cesación del tabaquismo en el territorio nacional.
- **Ley 1751 de 2015.** "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" artículo 2, establece la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiéndole al Estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio y que la prestación como es un servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización regulación, coordinación y control del Estado.
- **Decreto 1072 de 2015.** Capítulo I. ARTÍCULO 2.2.4.1.2. Desarrollo de programas y acciones de prevención. En el formulario de afiliación de la empresa, la Administradora de Riesgos Laborales se comprometerá con la respectiva empresa a anexar un documento en el que se especifiquen los programas y las acciones de prevención que en el momento se detecten y requieran desarrollarse a corto y mediano plazo. Capítulo VI .SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- **Resolución 3202 de 2016.** Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se dictan otras disposiciones. La presente resolución define como obligatoria, la implementación de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud, y la Ruta de trastornos asociados al consumo de

sustancias psicoactivas en esta ruta en donde se encuentran incluidas las intervenciones para la cesación del consumo de tabaco.

- **Ley 30 de 1992.** "Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior". Artículo 118: define, que cada institución debe destinar por lo menos el 2% de su presupuesto de funcionamiento para atender adecuadamente su propio bienestar universitario.
- **Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.** III. Fortalecimiento de la promoción de la seguridad, de la salud de los trabajadores y la prevención de los riesgos laborales. Objetivo General 3.1. Favorecer el logro de entornos laborales y ocupacionales saludables y calidad de vida de la población trabajadora.

6. Metas

- A 2021, se incrementan los servicios de cesación de tabaco en el 80% de los departamentos (Plan decenal de salud Pública de 2012-2021)
- A 2021 disminuir la mortalidad prematura de las enfermedades no transmisibles entre 30-70 años (Plan decenal de salud Pública de 2012-2021).

7. Objetivo General

Brindar la atención oportuna, accesible e integral a las personas consumidoras de tabaco, para que dejen este hábito y mantengan la abstinencia prolongada.

8. Objetivos Específicos

- Implementar la identificación sistemática de las personas consumidoras de tabaco.
- Promover en los consumidores de tabaco intentos serios de cesación del consumo de tabaco mediante la aplicación de intervenciones breves.
- Apoyar en la consolidación de la abstinencia al tabaco mediante la aplicación de intervenciones costo-efectivas.

- Fortalecer las capacidades del talento humano y de los servicios de salud para la atención integral de las personas con tabaquismo.
- Crear los equipos de salud para la atención del tabaquismo.
- Conformar en el mediano plazo, la red de prestadores de servicios de salud para la atención del tabaquismo.

9. Alcance

La implementación de las intervenciones propuestas en este documento, estarán a cargo de los actores del sistema de salud que por competencia son los encargados de realizar la gestión del riesgo individual de la población que habita el territorio nacional.

10. Población Objeto

Población residente en el territorio nacional y que consume tabaco o se encuentra expuesta a humo de tabaco.

11. Componentes del programa

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

El programa consta de seis (6) componentes que interactúan de forma armónica y se encuentran articulados para lograr las metas planteadas.

11.1. Componente 1. Fortalecer el sistema de salud

De acuerdo a la OMS, la implementación de las intervenciones para la promoción de la cesación del consumo de tabaco y la atención del tabaquismo, estas acciones deben

darse en todos los niveles y de forma integral; no obstante cuando los países no tienen instauradas estas atenciones, la implementación se puede efectuar de forma progresiva. Por ejemplo, iniciar con el fortalecimiento de los servicios de atención primaria para aplicación de intervenciones breves hasta lograr la conformación de servicios especializados o fortalecer los ya existentes.

Un sistema sanitario eficaz permite a todos los consumidores de tabaco acceder desde cualquier nivel de salud a intervenciones apropiadas y de buena calidad para la atención del tabaquismo, independiente de su lugar de residencia y de las circunstancias sociales y económicas.

Intervenciones

- Facilitar la cobertura, acceso con calidad y oportunidad a la atención integral de todos los fumadores.
- Incorporar intervenciones breves contra el tabaquismo en los programas sanitarios ya instaurados (por ejemplo, los programas de tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias, cáncer y la salud materno-infantil, entre otros) como parte de la atención primaria.
- Conformar la red de prestadores de servicios de salud especializados.
- Promover la demanda inducida para el tratamiento del tabaquismo.
- Contar con los protocolos, instrumentos y guías para ayudar a los profesionales sanitarios a realizar intervenciones contra el tabaquismo.
- Capacitar al personal de salud en tratamiento del tabaquismo, principalmente en intervenciones breves.
- Incluir la identificación sistemática del fumador en la historia clínica digital o manual de los consumidores de tabaco en todos los servicios de salud incluso para los pacientes de otros programas.
- Desarrollo o fortalecimiento de fuentes de información para la identificación y seguimiento del paciente fumador.
- Cobertura de la atención del tabaquismo incluida en el plan de beneficios en salud.

Responsables

Ministerio de Salud y Protección Social, Entidades Territoriales, EAPB, IPS, ARL, personal de salud.

11.2. Componente 2. Atenciones básicas

Corresponde a las acciones de intervención breve que deben ofrecerse de forma sistemática en las instituciones prestadoras de servicios de salud desde la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, RIA de grupo de riesgo y de evento (ver sección de herramientas e instrumentos de apoyo al personal de salud):

Intervenciones

La intervención breve, tienen como objetivo que las personas logren avanzar en el proceso de dejar de fumar y hagan intentos serios para conseguirlo. Deben ser aplicadas en el marco de la consulta y pueden tener una duración de 3 a 10 minutos. Con esta intervención se ha encontrado una tasa de éxito en la abstinencia del 16% frente a la no intervención (OR = 1,9); intervenciones de 3 minutos o menos logran una tasa de abstinencia del 13,4% (OR = 1,3)¹⁸.

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

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

¹⁸ OMS/OPS. Fortalecimiento de los sistemas de salud para el tratamiento del tabaquismo como parte de la atención primaria/ Parte III.

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

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

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

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

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

- La persona solicita apoyo en la toma de decisión. El profesional debe mostrar su disposición para ayudarlo y entregar material informativo que facilite el balance.
- La persona necesita ayuda intensiva. Canalizar a un servicio especializado.

- Si el usuario es un adolescente o una mujer embarazada. Se proporciona información adicional acerca de los beneficios de dejar de consumir tabaco.
- La persona no desea dejar de fumar en ese momento. Se realiza una entrevista motivacional en la que se resaltan de nuevo las ventajas de dejar de consumir tabaco y se deja abierta la posibilidad de intentarlo más adelante con la ayuda profesional.

Población objeto.

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

Entornos donde se aplica

Las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red (ambulatoria u hospitalaria), serán las encargadas de aplicar estas atenciones. En el entorno comunitario, educativo y laboral estas intervenciones podrían ser implementadas, siempre y cuando cuenten con los recursos físicos y el personal entrenado para ello.

Recurso humano requerido

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

Actividades e instrumentos

- Calcular el índice paquete año¹⁹ o el índice tabáquico²⁰, estos pueden servir para sospechar la presencia de enfermedades relacionadas al consumo de tabaco.
- Valorar el grado de dependencia física a la nicotina mediante el test de Fagerström versión corta (dos preguntas), incluida en el ítem de herramientas.
- Evaluar la etapa de cambio (modelo de Prochaska y DiClemente).
- Canalizar al componente de atenciones intermedias, a todas las personas que desean dejar de fumar y si el prestador no cuenta con el equipo de atenciones avanzadas en el corto plazo.
- Canalizar al componente de atenciones avanzadas, a los grupos especiales identificados, tales como: gestantes, persona con comorbilidades crónicas, adolescentes, consumidores de otras sustancias psicoactivas y personas con alteraciones de la salud mental. Mantener la intervención breve hasta que las atenciones avanzadas sean instauradas.
- Reforzar motivación y controlar en las próximas consultas, a las personas que no desean dejar de fumar, con el propósito de generar un cambio de comportamiento frente a la posibilidad de dejar de fumar (avance en los estadios de cambio de Prochaska).
- El personal de salud que atiende niños, debe interrogar a los padres o cuidadores sobre el consumo de tabaco. En caso positivo, ofrecer consejería para dejar de fumar (Medín MI, Loretto MD., 2016).

11.3. Componente 3. Atenciones Intermedias

Corresponde a las acciones de intervención breve programada que deben ofrecerse en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red primaria del territorio y serán

¹⁹ Índice paquetes año: (N° cigarrillos al día/20 x N° años fumando)

²⁰ Índice Tabáquico: Grado leve de tabaquismo (Menos de cinco paquetes por año); Grado moderado de tabaquismo (De 5 a 15 paquetes por año), y Grado grave de tabaquismo (16 -25 paquetes año) y Grado muy grave de tabaquismo (>25 paquetes años).

implementadas desde la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (ver sección de herramientas e instrumentos de apoyo al personal de salud).

Intervenciones

Estas intervenciones pretenden garantizar a todos los fumadores que estén dispuestos a dejar el consumo de tabaco, a que soliciten ayuda específica para recibir un plan de manejo y de seguimiento, lo cual les permita alcanzar la abstinencia y consolidarla. Aquí se hace énfasis en los pasos 4 y 5 de la estrategia de las 5A; no obstante, es necesario aplicar todos los pasos de la estrategia. En este componente, se realizan consultas específicas programadas. El período de seguimiento mínimo debe ser de al menos 6 meses^{21, 22}.

Paso 4. Ayudar al paciente a dejar el tabaco:

- Preparar al paciente para el abandono del tabaco y anticipar posibles efectos de la cesación.
- Dar consejos prácticos que apoyen a la resolución de problemas y que ayuden a la formación de habilidades. Prepararlo para superar las dificultades y desencadenantes asociadas principalmente con la abstinencia.
- Entregar material educativo, incluida información sobre redes de servicios de salud, servicios comunitarios o de líneas telefónicas proactivas, si se dispone de ellas.
- Definir la necesidad del uso de medicación: fuma más de 10 cigarrillos al día, presenta un índice tabáquico grave (más de 15 paquetes/año), presenta una alta dependencia física a la nicotina, recaídas.

²¹ Rodrigo Córdoba-García e Isabel Nerín de la Puerta. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria?. Med Clin (Barc) 2002;119(14):541-9

²² Idem 4.

Recuerde que la intervención farmacológica, es un complemento de las intervenciones clínicas y conductuales. En definitiva, depende de la evaluación clínica del paciente y de la respuesta al plan terapéutico.

Paso 5. Acordar un plan de seguimiento:

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

- Consulta de valoración inicial (aplicación de las 5 As)
- Consulta de preparación para el día D
- Consulta a la semana del día D.
- Consulta dentro del primer mes de cesación.
- Consulta no presencial en el tercer mes.
- Seguimiento no presencial al sexto mes.
- Paciente no mejora, evaluar adherencia a plan terapéutico y respuesta al tratamiento. Si con la intervención breve programada, el paciente no logra su objetivo de dejar de fumar (al primer mes de cesación), se recomienda re-evaluar cada caso de manera particular y ajustar el plan de manejo. Esto puede implicar la derivación hacia el componente avanzado.

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

- Consulta de valoración inicial
- Consulta de preparación para el día D
- Consulta a la semana del día D
- Consultas quincenales en el primer mes de cesación.
- Consulta al segundo mes.
- Seguimiento no presencial al tercer mes
- Seguimiento no presencial al sexto mes.

- Paciente no mejora reevaluar manejo y canalizar al equipo especializado.

Los pasos de la estrategia de las 5R, que se aplican en este componente, para las personas que no desean dejar de fumar son (ver sección de herramientas e instrumentos de apoyo al personal de salud):

Paso 1. Relevancia.

Paso 2. Riesgos

Paso 3. Recompensas.

Paso 4. Resistencias

Paso 5. Repetición.

Población objeto.

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

Entornos donde se aplica

Instituciones prestadoras de servicios de salud

Recurso humano requerido

Las intervenciones pueden ser aplicadas por todo personal de salud entrenado. Sin embargo, para los casos que requieran manejo farmacológico, el médico será indispensable en este equipo. Estos profesionales, pueden compartir sus actividades de atención usual con la atención de las personas con tabaquismo; sin embargo deben darse en consultas específicas para ello.

Actividades e instrumentos

Consulta inicial

- Aplicar la estrategia de la 5As, si el paciente está motivado a dejar de fumar, si no está motivado, utilizar la estrategia de las 5R y la entrevista motivacional.
- Calcular el índice paquete año²³ o el índice tabáquico²⁴, estos pueden servir para sospechar la presencia de enfermedades relacionadas al consumo de tabaco.
- Valorar dependencia física a la nicotina mediante Test de Fargestrom
- Valorar la Etapa de Cambio mediante el modelo Transteorico Prochaska y DiClemente.
- Valorar motivación para dejar de fumar usando el Test Richmond.
- Realizar historia clínica específica y examen físico (Evaluar comorbilidades, presencia de consumo de otras sustancias, antecedentes, intentos previos de cesación, motivos de recaídas, etc.)
- Evaluar motivaciones actuales para dejar de fumar, reforzar la motivación y preparar para el día D(fecha elegida para dejar de fumar).
- Canalizar a los grupos especiales (adolescentes, gestantes, comorbilidades crónicas, consumidor de sustancia psicoactivas y alteraciones de la salud mental) al componente de atenciones avanzadas. Patologías no controladas re-direccionar a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) específicas para su manejo.
- Ofrecer tratamiento farmacológico, si está indicado y según criterio médico.

Consultas de seguimiento

- Confirmar si continúa el consumo
- Indagar la presencia síntomas abstinencia y aplicar test de Minnesota
- Evidenciar los beneficios de la cesación

²³ Índice paquetes año: (N° cigarrillos al día/20 x N° años fumando)

²⁴ Índice Tabáquico: Grado leve de tabaquismo (Menos de cinco paquetes por año); Grado moderado de tabaquismo (De 5 a 15 paquetes por año), y Grado grave de tabaquismo (16 -25 paquetes año) y Grado muy grave de tabaquismo (>25 paquetes años).

- Reafirmar la motivación para dejar el consumo
- Controlar los signos vitales, peso, talla y cálculo del índice de masa corporal.
- Promover estilos de vida saludable como alimentación saludable y actividad física.
- Prevenir recaídas.

11.4. Componente 4. Atenciones avanzadas.

El tabaquismo se considera una enfermedad crónica, puesto que es un proceso que perdura en el tiempo con situaciones de mejoría (abstinencia) y con elevada tendencia a las recaídas, debido a estos aspectos, las recaídas no deben ser vistas como fracaso del profesional y el paciente, sino que se deben a la naturaleza crónica de la dependencia.

En muchos casos las intervenciones intensivas son ofrecidas por profesionales de la salud especializados en el tratamiento del tabaquismo. Estos especialistas no se definen por su especialidad clínica sino porque el tratamiento del tabaquismo forma parte de su rol profesional primordial. A menudo hacen parte de programas que proporcionan intervenciones o servicios de tratamiento intensivo bien sea como una unidad incluida en algún programa de crónicos, salud mental o atención del consumidos de SPA o como servicios de atención único para la atención del tabaquismo. Adicionalmente, estos especialistas realizan investigación o docencia sobre el tratamiento del tabaquismo²⁵.

Estas intervenciones tienen el objetivo de ofrecer tratamiento integral, intensivo y continuo y suministrado por un equipo interdisciplinario como los especialistas en la atención del tabaquismo. La duración de estas intervenciones puede superar los 30 minutos y es mantenida en el tiempo²⁶.

Las intervenciones acá propuestas serán implementadas desde la Ruta Integral de los Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas. No obstante, es un programa,

²⁵ Idem 4

²⁶ Idem 21

transversal al que serán re direccionados para recibir atención, toda la población que sea identificada con el tabaquismo.

Intervenciones

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

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

Sumado a esto, la sensación placentera provocada por el consumo o la reducción de dicha sensación se convierten en un potente reforzador del mantenimiento de esta conducta y contribuyen al uso generalizado de la sustancia que interfiere con los intentos de cesación o disminución, provocando la dependencia en un proceso involuntario. Asimismo, los intentos de abstinencia frente a las tentaciones cotidianas conducirán a retomar la conducta adictiva a pesar de las consecuencias negativas de la misma.

El abordaje psicológico implica, evaluar expectativas acerca del consumo de tabaco, grado de motivación y tentación de consumo, recursos personales y sociales para el cambio y forma de consumo.

- **Entrenamiento en manejo de recaídas.** Está centrada en prevenir la recaída a través del manejo de las situaciones motivadoras del consumo y el seguimiento de un plan de recuperación, que incluye autorregulación emocional y control del estrés. La recaída es definida como la vuelta al consumo total o parcial de tabaco, asociada a la exposición a situaciones que representan alta tentación y reactivan el deseo urgente de fumar. Se considera total cuando el fumador retoma la frecuencia e intensidad del consumo por un tiempo superior a un día.

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

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

Población objeto

- Toda la población consumidora de tabaco, que no logró dejar de fumar con las intervenciones ofrecidas en los componentes de atención básico e intermedio.
- Fumadores atendidos en otros niveles asistenciales, que han recaído, con intentos previos o no.
- Fumadores con alta dependencia, con recaídas frecuentes, o con antecedentes de otras dependencias o de trastornos de la salud mental.

- Fumador resistente a iniciar un intento de cesación a pesar de haber tenido intervenciones breves (etapas de cambio de pre-contemplación, contemplación)
- Fumadores con enfermedades crónicas (EPOC, cardiopatías, cáncer, tuberculosis, asma etc.)
- Grupos con características especiales como embarazadas, adolescentes u otro grupo que por su condición se considere especial.

Entornos donde se aplica

Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Recurso humano requerido

Los profesionales que realizaran estas intervenciones, son los denominados especialistas para la atención del tabaquismo, idealmente un médico y un psicólogo, que estarán dedicados exclusivamente a esta atención. Es importante anotar, que el perfil de estos profesionales no se limita a una especialidad (internistas, neumólogos, cardiólogos, psiquiatras, médicos de familia, psicólogos clínicos, etc.). No obstante, dada la complejidad de los pacientes que ingresaran a este tratamiento y la integralidad de la atención que se requiere en este tipo de casos, se deberá contar con profesionales de la salud para apoyar el proceso de atención (por ejemplo: enfermera, nutricionista y trabajador social, etc.).

Actividades e instrumentos sugeridos

Promedio de consultas de 10 sesiones, aunque esto depende de la respuesta del paciente.

En todas las consultas se realizará:

- Reforzar motivación continuamente para mantener la abstinencia.

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

Valoración inicial

- Consulta médica para elaborar la historia clínica completa y realizar examen físico, incluye toma de signos vitales, el peso, la talla, cálculo del índice de masa corporal y cooximetría, esta última si está disponible el equipo. Sospecha de comorbilidades.
- Calcular el índice paquetes año índice tabáquico y valorar la dependencia física a la nicotina (Test de Fagerström).
- Confirmar la etapa de cambio o fase de abandono (Prochaska).
- Valorar el grado de motivación (test de Richmond).
- Consulta por psicología para valoración clínica.
- Aplicar test de Glover Nilsson (evaluar dependencia psicológica)

- Identificar razones por las que fuma y motivaciones para dejar de fumar
- Intentos previos de cesación y motivos de recaídas
- Cooximetría si está disponible
- Evaluar la realización de exámenes diagnósticos complementarios como Espirometría pre y post broncodilatadores para la detección de EPOC en todos los pacientes fumadores mayores de 40 años.
- Evaluar indicación de otros paraclínicos según resultado de historia clínica y necesidad de complementar perfil de riesgo cardiovascular u otras patologías que requieran re direccionar a alguna RIA.
- Indagar presencia de depresión y ansiedad como patología de base o como síntomas del tabaquismo.
- Ofrecer tratamiento farmacológico si no está contraindicado.
- Remitir a psiquiatría o psicólogo, según sea el caso de sospecha de alteración de la salud mental no controlada o consumo de sustancias psicoactivas.
- Evaluar posibilidad de apoyo de otras especialidades como Neumología, Nutrición, Trabajo Social, Medicina del deporte, Odontología, Psicología, Psiquiatría, etc, para manejo interdisciplinario que se requiera.

Consultas de seguimiento

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

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

La recaída es definida como la vuelta al consumo total o parcial de tabaco, asociada a la exposición a situaciones que reactivan el deseo urgente de fumar. Se considera total

cuando el fumador retoma la frecuencia e intensidad del consumo por un tiempo superior a un día.

11.5. Componente 5. Intervenciones comunitarias

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

Intervenciones

- Estrategias de información y comunicación. Desarrollar estrategias de información y comunicación efectivas, con la finalidad de mantener a los usuarios informados acerca de los beneficios de dejar el consumo de tabaco, buscar atención y motivar la cesación, favoreciendo la toma de decisiones saludables en torno al consumo de tabaco.
- Enfatizar en la importancia del autocuidado, cuidado del otro (prevención de enfermedades relacionadas con humo de segunda mano) y cuidado del medio ambiente.

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

- Grupos de apoyo para mantener motivación y adherencia al tratamiento instaurado.
- Materiales de autoayuda

Población objeto

Población fumadora y población expuesta a humo de tabaco

Entornos donde se aplica

Todos los entornos

Responsables

Ministerio de Salud y Protección Social, Entidad Territorial, EAPB, IPS y ARL, otros actores.

11.6. Componente 6. Registro, seguimiento y monitoreo

Registro de atenciones

Con la finalidad de estandarizar las atenciones implementadas que permitan el posterior monitoreo del programa y su impacto, se propone realizar el registro de las intervenciones de la siguiente como se describe en la Tabla 5:

Tabla 5. Registro de atenciones

Intervención	Registro en RIPS (CIE – 10)	Procedimiento/Descripción
Atención básica: Diagnóstico inicial de tabaquismo realizado en el marco de una consulta y aconsejar	Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco	89.0.2. Consulta descrita como global o de primera vez 89.0.3. Consulta de control o de seguimiento
Canalizar hacia las atenciones intermedias	Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco	A2.2.0.01 Identificación y canalización efectiva de la población hacia la detección temprana y protección específica.
Atención intermedia: Intervención breve programada.	Z716 Problemas relacionados con el uso de tabaco	99.0.2. Educación individual en salud
Atención intermedia:	F171 Trastornos mentales y del	99.0.2.01 Educación individual en salud, por medicina general.

Intervención breve programada y manejo farmacológico.	comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo	
Atención avanzada: Intervención intensiva cognitivo-conductual	F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia	89.0.2.01 Consulta de primera vez por medicina general 89.0.3.01 Consulta de control o de seguimiento por medicina general 89.0.2.02 Consulta de primera vez por medicina especializada 89.0.3.02 Consulta de control de seguimiento por medicina especializada 89.0.2.08 Consulta de primera vez por psicología 89.0.3.08 Consulta de control de seguimiento por psicología 89.0.2. Consulta descrita como global o de primera vez 89.0.3. Consulta de control de seguimiento
Atención avanzada: Intervención intensiva cognitivo-conductual y manejo farmacológico.	F173 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: estado de abstinencia	89.0.2.01 Consulta de primera vez por medicina general 89.0.3.01 Consulta de control o de seguimiento por medicina general 89.0.2.02 Consulta de primera vez por medicina especializada 89.0.3.02 Consulta de control de seguimiento por medicina especializada 89.0.2.08 Consulta de primera vez por psicología 89.0.3.08 Consulta de control de seguimiento por psicología 89.0.2. Consulta descrita como global o de primera vez 89.0.3. Consulta de control de seguimiento
Cesación tabaquismo	Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	89.0.3. Consulta de control o de seguimiento

Seguimiento y monitoreo

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

Indicadores:

Nombre del indicador	Definición	Forma de cálculo	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente numerador	Fuente denominador	Periodicidad	Nivel de desagregación
Proporción de personas mayores de 12 años que consumen tabaco captados en los servicios de salud en el último año	Es la proporción de personas mayores de 12 años que consumen tabaco	Cociente entre el número de personas mayores de 12 años que consumen tabaco y el total de personas que consultan en el último año	Número de personas mayores de 12 años que consumen tabaco	Total de personas que recibieron consulta médica en el último año	Por 100 (%)	Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco	89.0.2. Consulta descrita como global o de primera vez; 89.0.3. Consulta de control o de seguimiento	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia
Proporción de personas fumadoras en consejería breve	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que reciben consejería breve	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que reciben consejería breve y el total de personas consumidoras de tabaco	Número de personas consumidoras de tabaco que reciben consejería breve	Total de personas consumidoras de tabaco	Por 100 (%)	Z716 Consulta para asesoría por abuso de tabaco	Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer)
Proporción de personas que dejaron de fumar con consejería breve	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve y total de personas consumidoras de tabaco captadas en los servicios de salud	Número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve	Total de personas consumidoras de tabaco captadas en los servicios de salud	Por 100 (%)	Z716 Consulta para asesoría por abuso de tabaco Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer) Cesación de tabaco: a los 3, 6 y 12 meses

Nombre del indicador	Definición	Forma de cálculo	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente numerador	Fuente denominador	Periodicidad	Nivel de desagregación
Proporción de personas que recibieron consejería breve y dejaron de fumar	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que recibieron consejería breve y dejaron de fumar	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que recibieron consejería breve y dejaron de fumar y el total de personas consumidoras de tabaco que recibieron consejería breve	Número de personas consumidoras de tabaco que recibieron consejería breve y dejaron de fumar	Total de consumidores de tabaco que recibieron consejería breve	Por 100 (%)	Z716 Consulta para asesoría por abuso de tabaco Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	Z716 Consulta para asesoría por abuso de tabaco	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer) Cesación de tabaco: a los 3, 6 y 12 meses
Proporción de personas consumidoras de tabaco en terapia farmacológica	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento farmacológico	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento farmacológico y el total de personas consumidoras de tabaco captadas en los servicios de salud	Número de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento farmacológico	Total de personas consumidoras de tabaco captadas en los servicios de salud	Por 100 (%)	F171 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo	Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer)
Proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con terapia farmacológica	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con terapia farmacológica	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con terapia farmacológica y total de personas consumidoras de tabaco captadas en los servicios de salud	Número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con terapia farmacológica	Total de personas consumidoras de tabaco captadas en los servicios de salud	Por 100 (%)	F171 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer) Cesación de tabaco: a los 3, 6 y 12 meses

Nombre del indicador	Definición	Forma de cálculo	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente numerador	Fuente denominador	Periodicidad	Nivel de desagregación
Proporción de personas consumidoras de tabaco que recibieron terapia farmacológica y dejaron de fumar	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que recibieron terapia farmacológica y dejaron de fumar	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que recibieron terapia farmacológica y dejaron de fumar y total de personas consumidoras de tabaco que recibieron terapia farmacológica	Número de personas consumidoras de tabaco que recibieron terapia farmacológica y dejaron de fumar	Total de personas consumidoras de tabaco que recibieron terapia farmacológica	Por 100 (%)	F171 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	F171 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer) Cesación de tabaco: a los 3, 6 y 12 meses
Proporción de personas consumidoras de tabaco en consejería intensiva	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que reciben consejería intensiva	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que reciben consejería intensiva y el total de personas consumidoras de tabaco captadas en los servicios de salud	Número de personas consumidoras de tabaco que reciben consejería intensiva	Total de personas consumidoras de tabaco captadas en los servicios de salud	Por 100 (%)	F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia	Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer)
Proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva y total de personas consumidoras de tabaco captadas en los servicios de salud	Número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva	Total de personas consumidoras de tabaco captadas en los servicios de salud	Por 100 (%)	F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de	Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer) Cesación de tabaco: a los 3, 6 y 12 meses

Nombre del indicador	Definición	Forma de cálculo	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente numerador	Fuente denominador	Periodicidad	Nivel de desagregación
Proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva más tratamiento farmacológico	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva más tratamiento farmacológico	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva más tratamiento farmacológico y total de personas consumidoras de tabaco	Número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva más tratamiento farmacológico	Total de personas consumidoras de tabaco	Por 100 (%)	tabaco) F173 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: estado de abstinencia Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	RIPS: Pacientes con registro de diagnósticos Z720	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer)
Proporción de pacientes con condiciones crónicas que son fumadoras	Es la proporción de personas que consultaron el último año y fueron diagnosticados con patología crónica (diabetes, cardiovascular, cáncer, Epoc) que son identificados como fumadoras.	Cociente entre el número de personas que consultaron el último año y fueron diagnosticados con patologías crónica y que son consumidoras de tabaco y total de personas con patología crónica diagnosticadas el último año	Número de personas que consultaron el último año y fueron diagnosticados con patologías crónicas que son consumidoras de tabaco	Total de personas con patología crónica diagnosticadas el último año	Por 100 (%)	Pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56; J449 y Z720	Pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56; J449	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer)

Nombre del indicador	Definición	Forma de cálculo	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente numerador	Fuente denominador	Periodicidad	Nivel de desagregación
Proporción de personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad consumidoras de tabaco	Es la proporción de personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad que consumen tabaco	Cociente entre el número de personas con diagnóstico de ansiedad consumidoras de tabaco y total de personas con trastorno de ansiedad	Número de personas con diagnóstico de ansiedad consumidoras de tabaco	Total de personas con trastorno de ansiedad	Por 100 (%)	Pacientes con CIE 10 F20, F30-F39, F40, F41, F42, F43 y Z720	Pacientes con CIE 10 F20, F30-F39, F40, F41, F42, F43	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer)
Razón de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve	Indica el número de personas que dejaron de fumar con consejería breve	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve y el número personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con terapia farmacológica y consejería intensiva	Número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve	Número personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con terapia farmacológica y consejería intensiva		Z716 Consulta para asesoría por abuso de tabaco	Intensiva: F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco) Terapia farmacológica: F171 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer)

Nombre del indicador	Definición	Forma de cálculo	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente numerador	Fuente denominador	Periodicidad	Nivel de desagregación
							(Rehabilitación por uso de tabaco)		
Razón de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con Terapia farmacológica	Indica el número de personas que dejaron de fumar con Terapia farmacológica	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con Terapia farmacológica y el número personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve y consejería intensiva	Número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con Terapia farmacológica	Número personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve y consejería intensiva		F171 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	Consejería breve: Z716 Consulta para asesoría por abuso de tabaco Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco) Consejería intensiva: F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer)

Nombre del indicador	Definición	Forma de cálculo	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente numerador	Fuente denominador	Periodicidad	Nivel de desagregación
Razón de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con Consejería intensiva	Indica el número de personas que dejaron de fumar con Consejería intensiva	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con Consejería intensiva y el número personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve y terapia farmacológica	Número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con Consejería intensiva	Número personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve y terapia farmacológica			Consejería intensiva: F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco) F171 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Condición de gestante (si es mujer)

12. Herramientas e instrumentos de apoyo al personal de salud

Estrategia de la 5 As.

Se ha definido como el intercambio de información y mensajes verbales, o como toda intervención comportamental para la cesación del tabaco. Es la intervención inicial una vez identificado el riesgo y debe ser aplicada desde la atención primaria. Se desarrolla, en cinco pasos:

Paso 1 Averiguar (Ask). Preguntar de manera rutinaria sobre el consumo de tabaco en todos los usuarios que accedan a los servicios de salud y registrar la información.

Preguntar de una manera amistosa:

¿Usted fuma?

¿Cuánto fuma?

¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?

¿Quiere dejar de fumar?

¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?.

¿Qué pasó?- "¿Utiliza algún producto de tabaco?"

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

Paso 2 Asesorar (Assess): el consejo al usuario se proporciona con fines preventivos en el caso de los no fumadores y como una estrategia pre tratamiento para incrementar la disponibilidad al cambio. Tenga en cuenta lo siguiente las características del consejo:

- Claro. Dar información acerca del proceso de cesación, que le permita a la persona tomar la mejor decisión en favor de su salud.

- Dejar de fumar es un proceso que requiere tiempo y esfuerzo.
- Durante el proceso va a pensar en que no va a lograrlo pero si es posible.
- Es importante encontrar motivaciones personales suficientes para mantenerse en el proceso de cambio.
- Cambiar está en sus manos y que cuenta con el apoyo de los profesionales y del sistema de salud.

- Positivo. Da a conocer los beneficios de abandonar una conducta no saludable como fumar. Beneficios de dejar de fumar en población general:

- A los 20 minutos: la presión arterial, el ritmo del pulso y la temperatura se normalizan.
- A las 8 horas: los niveles de monóxido de carbono en la sangre bajan y el nivel de oxígeno se normaliza.
- A las 24 horas: el riesgo de un ataque cardíaco súbito disminuye.
- A las 48 horas: las terminaciones nerviosas comienzan a regenerarse y los sentidos del olfato y el gusto se comienzan a normalizar.
- De 2 semanas a 3 meses: mejora la circulación y se hace más fácil caminar. Los pulmones trabajan mejor y las heridas sanan más rápidamente.
- De 1 a 9 meses: Los síntomas relacionados con el tabaquismo tales como tos, congestión nasal, fatiga, y dificultad respiratoria mejoran. Gradualmente ya no volverá a tener dificultad para respirar con las actividades diarias.
- Al año de dejarlo: el riesgo de cardiopatía coronaria es la mitad que el de alguien que aún consume tabaco.

- A los 5 años: la tasa de muerte por cáncer de pulmón y boca disminuye a la mitad comparado con un consumidor de tabaco.
- A los 10 años: los riesgos de cáncer disminuyen. El riesgo de accidente cerebrovascular y cáncer pulmonar ahora son similares a los no fumadores.

- Oportuna y personalizada. A partir de las necesidades de acompañamiento, los fumadores que desean dejar de fumar y fumadores en proceso de cesación con reportes de recaídas, en este punto se valora la etapa de cambio. Las personas que se encuentren listas para el cambio deben ser canalizadas a los servicios especializados.
- Entendimiento empático. Es necesario recordar a la persona que es posible dejar de fumar y que para ello se le darán trucos concretos para lograrlo. Claves de la empatía:
 - ✓ Crear un ambiente de confianza.
 - ✓ Expresar la disposición de ayuda si decide abandonar el consumo.
 - ✓ No juzgar el comportamiento de consumo de tabaco.
 - ✓ Conservar un lenguaje no verbal amable y cercano.
- Especificidad. Hacer mención a razones específicas para cada usuario, de acuerdo con sus intereses, grupo de edad y sexo (embarazadas, fetos, niños). Durante el consejo, el profesional debe mostrarse dispuesto e interesado en ayudar al usuario motivado en dejar de fumar y que el mismo usuario debe identificar las razones por las cuales desea hacerlo.

Si dentro del tiempo del consejo la persona no está interesada en dejar de fumar (considera no estar preparado), se debe indagar en el por qué no lo está. Algunas de esas razones pueden ser: porque cuenta con información incorrecta sobre el consumo de tabaco (*lo considera no perjudicial, se puede dejar en cualquier momento, controla la ansiedad y nerviosismo, quita el frío, entre otros*), considera que “*de algo tiene que morir*”,

cree que es invulnerable o puede considerarse incapaz de dejar de fumar tabaco debido a que ha tenido recaídas previas que han afectado su percepción de autoeficacia.

La orientación dirigida a aumentar la motivación mediante la identificación de razones para dejar de fumar cigarrillo debe hacerse de forma permanente, especialmente cuando el profesional detecte que decrece la motivación del usuario frente a la cesación.

Estrategias para el incremento de motivación para dejar el tabaco:

- Resaltar la importancia de los beneficios de dejar de fumar: Mayor capacidad física, ahorro de dinero, mejor calidad de vida, evitar mal aliento, disminuye el riesgo de enfermedades.
- Resaltar recompensas a nivel estético: Dientes menos amarillos, recuperación de los sentidos del gusto y del olfato.

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

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

Paso 4 Ayudar (Assist). El profesional debe centrar la intervención en los recursos posibles con los que cuenta el usuario que se pueden convertir en factores que contribuyan a mantenerse en la cesación y ofrecer al usuario un plan para dejar de fumar

que puede incluir: proveer información sobre los servicios de apoyo, proporcionar materiales complementarios de autoayuda, líneas y otros recursos de referencia y recomendar el uso de medicamento si es necesario. El usuario que ha manifestado su deseo de cambio debe ser canalizado a un servicio especializado para la atención de la dependencia.

Paso 5 Arreglar: Corresponde a la etapa de mantenimiento de la abstinencia, a partir del seguimiento que debe realizarse al paciente por medio telefónico, visita personal y correo electrónico.

Para todos los pacientes:

- Identificar los problemas ya encontrados y anticipar los desafíos.
- Recordar a los pacientes el apoyo social disponible.
- Evaluar el uso y los problemas de la medicación.
- Programar el siguiente contacto de seguimiento.

Para pacientes abstinentes:

- Felicitarlos por su éxito.

Para los pacientes que han usado tabaco de nuevo:

- Recuérdeles que vean la recaída como una experiencia de aprendizaje.
- Revisar las circunstancias y lograr un nuevo compromiso.
- Enlace con un tratamiento más intensivo si está disponible

Modelo Transteorico Prochaska y DiClemente

Este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Este modelo concibe el cambio de conducta como un proceso relacionado con el progreso a través de una serie de cinco estados. Es una estrategia transversal que se combina con la consejería breve, evalúa la fase de abandono en la que se encuentra la persona.

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

- A. Pre contemplación.** En esta etapa la persona no ha considerado seriamente la idea de cambiar la conducta. El fumador piensa que a él el tabaco no le perjudica y no está preocupado por el tema. Nunca se ha planteado la posibilidad de dejar de fumar. Esta etapa es típica en fumadores jóvenes sanos, aunque no siempre lo son, ya que muchos de ellos han perdido la confianza en sus capacidades para lograr dejar de fumar a causa del fracaso en sus intentos previos. Cuando se le pregunta si estaría dispuesta a dejar de fumar en los próximos 6 meses, contesta de forma negativa.
- B. Contemplación.** La persona fumadora reconoce que fumar tiene consecuencias negativas para la salud y se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses. En esta etapa el fumador está ambivalente, por una parte considera la necesidad de dejar de fumar, pero por otra no se encuentra en condiciones de hacerlo antes de seis meses. Tiene una serie de temores y las ventajas de dejar de fumar las siente lejanas y no suficientes para compensar las desventajas que implica para sí, el abandono del hábito de fumador.

- C. Preparación.** La persona tiene un planteamiento serio de cambio, generalmente asociado a la aparición de síntomas o a experiencias cercanas de enfermedades o muertes relacionadas con el tabaco. En esta etapa, el fumador piensa que debe y puede dejar de fumar, es capaz de fijar una fecha y de plantearse cómo hacerlo en los próximos 30 días. Tienen un nivel de motivación alto y hacen cosas para lograr mejorar su autoconfianza en el logro.
- D. Acción.** La persona está realizando los pasos necesarios para cambiar. Aquí el fumador pone en práctica las estrategias aprendidas y desarrolla los planes que ha hecho con anterioridad para no fumar. Esta fase continúa hasta 6 meses después de la fecha de abandono del tabaco. Puede sufrir “caídas” cortas que puede superar si cuenta con las capacidades suficientes y el apoyo social adecuado.
- E. Mantenimiento.** La persona lleva más de seis meses sin fumar y está evitando las recaídas para lo cual ha introducido cambios en su estilo de vida. Un año después de dejar de fumar se convierte en exfumador
- F. Recaída.** El fumador repite la conducta que había intentado cambiar

PREGUNTA	RESPUESTA	FASE
Usted fuma habitualmente?	Si	Fumador
	No, lo he dejado en los últimos 6 meses	Acción
	No, lo he dejado hace más de 6 meses	Mantenimiento
	No, no he fumado nunca	No fumador
PREGUNTA (Solo para fumadores)	RESPUESTA	FASE
Está pensando seriamente en dejar de fumar?	Si, en los próximos 30 días	Preparación
	Si, en los próximos 6 meses	Contemplación
	Si, en más de 6 meses o no lo estoy pensando	Pre contemplación

Entrevista motivacional

Es una estrategia de entrevista directiva no confrontativa y centrada en el paciente que permite explorar las ambivalencias de la persona acerca de su propio comportamiento de consumo con el fin de incrementar la motivación para la cesación y el cambio. En este tipo de entrevista, el profesional se ubica en el marco de referencia del usuario, y se concentra en identificar las razones personales y particulares para cambiar; de este modo facilita la superación de la negación y la resistencia al cambio pues la responsabilidad del cambio está en la persona.

Permite que la persona encuentre motivaciones internas y suficientes para tomar decisiones respecto a dejar de fumar tabaco y dar inicio al proceso de cesación de forma empática.

Para ello se necesita que el profesional encargado del acompañamiento:

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

El contenido de la entrevista está dirigido a brindar información sobre las consecuencias de fumar tabaco, destacando los beneficios del abandono del tabaco, despejar dudas, trabajar sobre los miedos de dejar de fumar, alentar el análisis de conflictos y contradicciones frecuentes en el proceso.

La entrevista motivacional tiene un método de ejecución que requiere un importante grupo de habilidades y competencias del profesional que la realiza.

- Formulación de preguntas abiertas y precisas, de tal modo que se dirija la sesión a una verdadera reflexión acerca del consumo
- Escucha empática: la pauta sugerida es tratar de aumentar la proporción y exactitud de las declaraciones que indican una escucha reflexiva y disminuir la proporción de preguntas hechas al paciente.
- Reflexión y Comprensión: Entre más reflexivo y comprensivo es el clínico, más probable es que el paciente se torne más contemplativo y, al hacerlo, realice nuevas conexiones en sus creencias, balances y decisiones.
- Incremento de la motivación: Promover las declaraciones auto motivadoras significa dar al usuario el tiempo para expresar la ambivalencia, libre de distracciones, en una ambiente de escucha y comprensión.
- Incremento de la autoeficacia: Hacer una reestructuración positiva que de seguridad al usuario, para que este se sienta comprendido y confiado de que sus capacidades lo pueden llevar con éxito a conseguir su meta de cesar el consumo de tabaco.

Ejemplos de preguntas motivadoras del análisis acerca del consumo:

Sobre el consumo	¿Cómo cree que el tabaco afecta a su salud?
	¿Ha pensado qué beneficios obtendría si dejara de fumar?
Motivos para dejar de fumar	¿Qué ventajas tiene para usted dejar de fumar?
	¿Cuáles podrían ser sus motivos para dejar de fumar?

	¿Qué tipo de cambio está dispuesto a realizar en el caso de que decidiera dejar de fumar en el próximo mes?
	Qué importancia tiene dejar de fumar para usted (expectativas de resultados) y qué confianza tiene en que sea posible (expectativas de eficacia).
	¿Cuándo iniciará el cambio?
	¿Qué piensa hacer?
	¿Cómo piensa lograrlo?
	¿Si decidiera dejar de fumar, que cree que ganaría?
Beneficios de dejar de fumar	Qué es lo mejor de no fumar?
	Qué cree que puede pasar si deja de fumar?

Estrategia de la 5R: Incrementando la motivación para dejar de fumar.

Esta estrategia es útil para trabajar con aquellas **personas que no desean hacer el intento de dejar de fumar “ahora”**, o sea, a quienes están en las etapas de precontemplación y contemplación.

La 5R, es una intervención motivacional que se puede implementar después de haber AVERIGUADO que el paciente es fumador y que no está motivado a dejar de fumar, al menos no antes de un mes, y se emplea al ACONSEJAR. Permite personalizar el Consejo y Ayuda a aumentar el nivel de motivación hacia la cesación del consumo.

- Si el paciente no quiere dejar el tabaco (no creo que sea importante), por favor, dedicar más tiempo a los "Riesgos" y "recompensas".
- Si el paciente quiere dejar el tabaco; pero no cree que pueda dejar de fumar con éxito (no se siente confiado en su capacidad para dejar de fumar), por favor dedicar más tiempo a las "Obstáculos".
- Si los pacientes no están listos para dejar de fumar, terminar positivamente con una invitación para que vengan de nuevo a usted si cambian de opinión.

5R	Estrategia Implementación	Ejemplo
Relevancia	Incentivar al paciente a que defina por qué es tan relevante para él dejar de fumar, siendo tan específico como sea posible. La información motivacional tiene mayor impacto si es relevante para el estado o riesgo de salud específico del paciente, de su familia o de su situación social (ejemplo: tener niños en la casa, edad, género, intentos de abandono previo, resistencias personales al abandono del hábito).	MD: ¿Cuáles son sus razones para dejar de fumar? P: "Supongo que fumar es malo para mi salud."
	Los riesgos de este paciente: el clínico debería conducirlo a identificar las posibles consecuencias negativas del uso del tabaco. Debería sugerir y remarcar aquellas que parecen ser más relevantes para el paciente. Enfatizar que el consumo de otros productos de tabaco (puros o pipas) no elimina ni reducen los riesgos.	MD: "¿Qué sabe usted acerca de los riesgos a su salud por fumar? Lo que más le

Riesgos	<p>Riesgos agudos: falta de aire, exacerbación del asma, daños en el embarazo, impotencia, infertilidad.</p> <p>Riesgos a largo plazo: infarto, accidente vascular encefálico, cáncer de pulmón y muchos otros, EPOC, discapacidad.</p> <p>Riesgos ambientales: mayor riesgo de cáncer de pulmón de su pareja, mayores probabilidades que sus hijos fumen, asma, otitis, infecciones respiratorias en niños.</p>	<p>preocupa?"</p> <p>P: "Sé que causa cáncer. Eso debe ser horrible".</p> <p>MD: "Eso es correcto - el riesgo de cáncer es muchas veces mayor entre los fumadores".</p>
Recompensas	<p>Pida al paciente identificar potenciales beneficios pertinentes por dejar el tabaco.</p> <p>Ejemplos de recompensas que podrían incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejora su salud; - La comida tendrá mejor sabor; - Mejora el sentido del olfato; - Ahorra dinero; - Sentirse mejor consigo sí mismo; - Hogar, el coche, la ropa y el aliento olerán mejor; - Establecer un buen ejemplo para los niños y la disminución de la probabilidad de que fumen en un futuro; - Tener bebés y los niños más sanos; - Mejor sensación física; - Un mejor desempeño en las actividades físicas. - Mejora la apariencia, como la reducción de las arrugas / envejecimiento de piel y los dientes más blancos. 	<p>MD: "¿Sabes cómo dejar de fumar lo haría afectar su riesgo de cáncer? "</p> <p>P: "supongo que sería más exitosa si dejo de fumar".</p> <p>MD: "Sí, y si no pasó mucho tiempo para disminuir el riesgo. Pero es importante dejar de fumar lo antes posible.</p>
Resistencias u obstáculos	<p>Pida al paciente identificar los obstáculos o impedimentos para dejar de fumar y proporcionar tratamiento (consejería, medicación) que podría superar los obstáculos.</p> <p>Las barreras típicas pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los síntomas de abstinencia; - Miedo al fracaso; - El aumento de peso; - Falta de apoyo; - Depresión; - Disfrute de tabaco; - Estar cerca de otros consumidores de tabaco; - Un conocimiento limitado de opciones de tratamiento eficaces. 	<p>MD: "Entonces, ¿qué sería difícil para usted al dejar de fumar? "</p> <p>P: "Antojos - que sería horrible!"</p> <p>MD: "Podemos ayudar con eso. Podemos darle terapia de reemplazo de nicotina (NRT) que puede reducir los antojos".</p> <p>P: "¿Esto realmente funciona?"</p> <p>MD: "Usted todavía necesita fuerza de voluntad, pero el estudio demuestra que NRT puede duplicar sus posibilidades de dejar de fumar con éxito.</p>
		<p>MD: "Así que, ahora que hemos tenido una charla,</p>

<p>Repetición</p>	<p>Repetición del mensaje motivacional en cada encuentro: esta intervención motivacional debería ser repetida cada vez que un paciente no motivado concurre a algún servicio de salud.</p> <p>Los fumadores que han fallado en los intentos anteriores de abandono deben saber que la mayoría de las personas tienen que hacer repetidos intentos antes de lograr éxito.</p>	<p>vamos a ver si se siente de manera diferente. Puedes responder a estas preguntas otra vez ...? "</p> <p>Volver a la etapa Evaluar del 5ª: Si está listo, proceder con la 5A. No está listo, intervención final positivamente diciendo "Esta en un difícil proceso, pero yo sé que usted puede conseguirlo y estoy aquí para ayudarle".</p>
-------------------	--	---

Breve Test de Fagerström para la Dependencia de la Nicotina²⁷

Responda las dos preguntas abajo. Compruebe su puntuación total con la clave de puntuación.

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

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

2. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

Más de 30 cigarrillos (3 puntos)

21 a 30 cigarrillos (2 puntos)

11 a 20 cigarrillos (1 punto)

Interpretación (según puntuación):

5 a 6 puntos = dependencia alta a la nicotina;

3 a 4 puntos = dependencia moderada a la nicotina.

0 a 2 puntos = dependencia baja a la nicotina.

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

Test de Fargeström

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

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

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

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

Test de Richmond (Motivación para dejar de fumar)

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

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

Interpretación:

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

4 y 5 puntos, indica una motivación dudosa.

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

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

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

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

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

VALORACION

- 0: Nada en absoluto
- 1: Leve
- 2: Moderado
- 3: Mucho
- 4: Grado extremo

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

Recomendaciones para grupos especiales

Embarazadas y Lactantes

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

Pacientes con ECV o enfermedad respiratoria.

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

Salud Mental

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

Escala Single Rating of Craving

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

TAMIZAJE DE DEPRESIÓN²⁸

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

LO QUE APORTA ESTE ESTUDIO:

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

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

²⁸ Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997 Jul;12(7):439-45. Whooley MA. Screening for Depression-A Tale of Two Questions. [JAMA Intern Med.](#) 2016 Apr 1;176(4):436-438.

Referencias

1. Posada-Villa J, Cheng HG, Martins SS, Storr CL, Aguilar-Gaxiola SA, Anthony JC. The tobacco dependence dimension in Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;29(1):52–6
2. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Tabaco. Nota Descriptiva N° 339, 2015 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
3. Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC -, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD - de la Organización de los Estados Americanos - OEA -, y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia – INL. Informe Final. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 2013.
4. Pichon-Riviere A, Bardach A, Alcaraz A, Caporale J, Augustovski F, Peña Torres E, Osorio D, Pérez Acevedo J, Gamboa Garay O, Gamboa Garay C. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Colombia. Documento Técnico IECS N° 9. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Noviembre de 2013 (www.iecs.org.ar).
5. Omar Shafey... [et al.] 3ra Edición., 2009. Sociedad Americana del Cáncer. El Atlas del Tabaco.
6. Organización Mundial de la Salud. Strengthening Health Systems for treating tobacco dependence in primary care. Part 1: Training for policy, 2013.
7. Rodríguez Ibáñez ML, Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML, Barrio Gamarra JL, Herrero Labarga I, Rubio Gutiérrez A. Dependencia nicotínica, patologías concomitantes y cese del tabaquismo. *SEMERGEN*, 2004; 30(3). Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-dependencia-nicotinica-patologias-concomitantes-cese-13058571>
8. Cogollo-Milanés Z, De La Hoz-Restrepo F. Cigarette smoking and the risk of high-school students becoming dependent on nicotine. *Revista de Salud Pública*. 2010; 2 (3): 434-445. Disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300009

9. Juárez-Jiménez MV, Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A, Moreno-Corredor A. Characteristics of smoking, nicotine dependence and motivation for change in specialists training in health sciences (residents) in Andalusia (Spain). *SEMERGEN*. 2015; 41(6). Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-sumario-vol-41-num-06-13022379>
10. Fassier JB, Lamotr-Bouché M, Sarnin P, Durif-Brucker C, Peron J, Letrilliant L, Durand MJ. Le protocole de l'intervention mapping : un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2016; 64 (1), 33-44
11. Gómez Torres Z, Romero Colino L, Castilla Baylo C, de la Torre Iglesias VM, García-Vera MP, Sanz J. Combinación de terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina para dejar de fumar: utilidad clínica y papel de las técnicas de exposición. Póster presentado en la IV Reunión Anual de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud, La Manga del Mar Menor (Murcia), 21 y 22 de octubre 2005.
12. Fernández Arias I, García-Vera MP, Sanz J. Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva. *Clínica y Salud*. 2014; 25(1): 1-10. Disponible en: http://clysa.elsevier.es/es/cuanta-mas-psicologia-mejor-eficacia/articulo/S1130527414700222/#.V7l6E_nhDIU
13. Castañal-Canto X, Martín-Miguel MV, Hervés-Beloso C, Pérez-Cachafeiro S, Espinosa-Arévalo, MM, Delgado-Martín JI. Trabajando con nuestros pacientes fumadores en atención primaria. Un análisis de coste-efectividad. *Atención Primaria*, 2012; 44 (11): 659-666.
14. Rodríguez I, Londoño C. El Proceso de Adopción de Precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios, *Acta Colombiana de Psicología*, 2010; 13 (1): 79-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79815637007.pdf>

15. Londoño C, Velasco M, Gómez L. Validación del Protocolo Modificado del El Proceso de Adopción de Precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo. Informe no Publicado, Universidad Católica de Colombia. 2012.
16. Eriksen, Michael P. [et al.] 5ta Edición., 2015. Sociedad Americana del Cáncer. The tobacco atlas.
17. US Department of Health & Human Services. Cuadernillo Informe del Cirujano General de los estados Unidos 2010. El humo de tabaco como le afecta. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/consumer_booklet/spanish/pdfs/consumer_sp.pdf
18. Organización Mundial de la Salud. Tools for Advancing Tobacco Control in the XXI st century: POLICY RECOMMENDATIONS FOR SMOKING CESSATION AND TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE. Tools for public health, 2003

Guías Práctica Clínica consultadas:

- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health & Office on Smoking and Health (OSH). Pharmacologic Smoking Cessation Interventions for Patients with Cardiovascular Conditions: A Review of the Safety and Guidelines; 2012. Disponible en <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/may-2012/RC0352%20Smoking%20Cessation%20Cardio%20Final.pdf>
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Smoking Cessation Interventions for Youth: Clinical Evidence and Guidelines; 2012. Disponible en <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/feb2012/RB0462%20Smoking%20Youth%20Final.pdf>
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Smoking Cessation Interventions for Pregnant Women and Mothers of Infants: A Review of the Clinical Effectiveness, Safety, and Guidelines; 2012. Disponible en <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/mar2012/RC0329%20Smoking%20Cessation%20Final.pdf>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Best practices for comprehensive tobacco control programs; 2014. Disponible

en

http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf

- NICE technology appraisal guidance. Varenicline for smoking cessation; 2011. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ta123/chapter/1-Guidance>
- NICE guidelines. Stop smoking services; 2012. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph10/chapter/4-Recommendations>
- NICE guidelines. Smoking: workplace interventions; 2007. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ph5>
- NICE guidelines. Smoking prevention in schools; 2010. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ph23>
- NICE guidelines. Smoking: brief interventions and referrals; 2006. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph1>
- NICE guidelines. Cardiovascular disease: identifying and supporting people most at risk of dying early; 2015. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph15>
- NICE guidelines. Behaviour change: individual approaches; 2014. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph49>
- NICE guidelines. Behaviour change: general approaches; 2007. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph6/chapter/3-Recommendations#planning>
- NICE technology appraisal guidance. (2007). Varenicline for smoking cessation. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ta123/chapter/1-Guidance>
- NIDA. Adicción al tabaco; 2002. Disponible en <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/hay-tratamientos-eficaces-para-la-adiccion-al-tabaco>
- NIDA & Agency of health care research and quality. Treating Tobacco Use and Dependence Guidelines; 2002. Disponible en http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelinesrecommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf

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



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
**PROGRAMA PARA LA CESACIÓN DEL
CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DEL
TABAQUISMO**



PROCESO:
GESTIÓN DEL RIESGO

CODIGO: GDR-S4-D18

VIGENCIA: 08/08/2023

V1

PÁGINA 1 de 1

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción el cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento: Se adopta documento del Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de obtener el programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo en la ESE Carmen Emilia Ospina y así mismo lograr una mejora continua en el subproceso "Enfermedades respiratorias crónicas".	08/08/2023
<p><i>Heidy Tatiana Sierra Méndez</i> Nombre: Heidy Tatiana Sierra Méndez Agremiada Asistir.</p> <p><i>Evelyn Karolina García Polanco</i> Nombre: Evelyn Karolina García Polanco Agremiada Asistir.</p>	<p><i>Irma Susana Bermúdez Acosta</i> Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta. Contratista área Garantía de la Calidad.</p>	<p><i>Ingry Alexandra Suarez Castro</i> Nombre: Ingry Alexandra Suarez Castro. Cargo: Subgerente Técnico Científica.</p>
Elaboró	Revisó	Aprobó

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina