

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

ACTUALIZACIÓN
2012

Prevención, diagnóstico y tratamiento del **CONSUMO DE TABACO Y HUMO AJENO** en el Primer Nivel de Atención

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SS-108-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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

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

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

Deberá ser citado como: **Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención.** México: Secretaría de Salud; 21/Marzo/2013

Actualización **Parcial.**

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

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

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

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2008

Coordinadores:			
Dra. María Teresa Oviedo Gómez	Licenciada en psicología. Especialista en psicología en atención primaria de salud. Maestra en psicología general experimental. Doctora en psicología de la salud	Consejo Nacional contra las Adicciones	Asesora Técnica de la Dirección de Vinculación Sectorial
M en C María Luisa Peralta Pedrero	Médica familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos, División de Excelencia Clínica
M en A Héctor Javier González Jácome	Medicina interna Administración y políticas públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SS	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Autores:			
Dra. María Teresa Oviedo Gómez	Licenciada en psicología. Especialista en psicología en atención primaria de salud. Maestra en psicología general experimental. Doctora en psicología de la salud	Consejo Nacional contra las Adicciones	Asesora Técnica de la Dirección de Vinculación Sectorial
Psic. Aldegunda González Aguilar	Licenciada en psicología. Especialista en el tratamiento de las adicciones. Maestra en psicología de las adicciones	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Responsable del Programa de Salud Mental y Adicciones, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud
Psic. Rocío Romero Reséndez	Licenciada en psicología	Centros de Integración Juvenil, AC	Subjefe del Departamento de Normatividad de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación
Psic. Diana Esparza Lozada	Licenciada en psicología Especialista en psicoterapia grupal integral	Petróleos Mexicanos	Coordinadora Nacional de Salud Mental y Adicciones, Unidad de Promoción a la Salud
Dr. Eduardo Federico Riquelme García	Médico psiquiatra Paidopsiquiatra y terapeuta familiar	Centros de Integración Juvenil, AC	Subdirector de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación
Dra. Eryka del Carmen Urdapilleta Herrera	Licenciada en psicología. Maestra en psicología. Especialista en psicoterapia psicoanalítica. Doctora en psicología de la salud, en el área de adicciones	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Investigadora, Departamento de Investigación en Tabaquismo, Clínica para Dejar de Fumar

Lic. Rafael Cortes Fuentes	Licenciado en psicología	Centros de Integración Juvenil, AC	Jefe del Departamento de Centros de Día
Dra. Guadalupe Ponciano Arriaga	Química farmacobióloga	Facultad de Medicina, UNAM	Clínica contra el Tabaquismo
Dr. Mario González Zavala	Médico psiquiatra. Especialista en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico psiquiatra
Dra. Natalia Morales	Médica psiquiatra. Especialista en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médica psiquiatra
M en C María Eugenia Velasco Contreras	Médica internista. Maestra en ciencias de la salud y epidemiología clínica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Responsable del Componente de Adicciones, Unidad de Salud Pública
Dr. José Luis Vázquez Martínez	Médico cirujano. Especialista en el tratamiento de las adicciones	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Jefe del Departamento de Programas Especiales, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud
Psic. José Vicente Castro Ávalos	Licenciado en psicología. Especialista en terapia familiar sistémica	Consejo Nacional contra las Adicciones	Asesor Técnico de la Dirección de Vinculación Sectorial
Dra. Elodia Guadalupe León Nandayapa	Médica psiquiatra. Especialista en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médica psiquiatra
M en A Miguel Ángel Medina Gutiérrez	Licenciado en psicología. Maestro en psicología	Universidad Nacional Autónoma de México	Profesor de Asignatura en la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Psicología
M en A Héctor Javier González Jácome	Medicina interna Administración y políticas públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SS	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Miguel Ángel Colín Mercado	Medicina interna	Instituto Mexicano del Seguro Social	Secretaría de Conflictos, SNTSS Reforma
Josefina Cortés Miranda	Psicología	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Cardiología, CMN Siglo XXI
Marco Antonio Fernández Corzo	Neumología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital de Cardiología, CMN Siglo XXI
Alberto Alejandro Flores Ibarra	Neumología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General, CMN La Raza
Dr. David Leonardo Hernández Santillán	Medicina familiar	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SS	Asesor de Guías de Práctica Clínica (OMS)
Dra. Irma Lince Frías	Medica cirujana	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Oficina de Investigación Social en Salud Coordinación de Prestaciones Sociales
Dr. Roberto Karam Araujo	Médico cirujano	Instituto Mexicano del Seguro Social	Líder de Proyecto Prevención y Control de Adicciones Coordinación de Prestaciones Sociales
Dr. Jesús Moisés Angelares Meza	Medicina del Trabajo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos. Coordinación de Salud en el Trabajo

Dra. María Teresa Benedicta Macchetto Navarro	Médica Especialista en salud pública	Secretaría de Salud	Comisión Nacional Contra las Adicciones
María Teresa Romero Espinoza	Trabajo social	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación de Salud en el Trabajo
Azalea Toltecatl Pérez	Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital de Gineco-obstetricia 3, CMN La Raza
Francisco Javier Valdivia Ibarra	Médico familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 15
María del Socorro Velásquez Téllez	Estomatóloga pediátrica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Fomento a la Salud, Oficinas Centrales
José Raymundo Rodríguez Moctezuma	Medicina interna	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefatura Delegacional de Investigación en Salud, IMSS
Silvia Sánchez Ambríz	Médica familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 5, IMSS
Validación interna			
Lic. Angélica Ocampo Ocampo	Licenciada en psicología. Especialista en adicciones	Hospital General de México	Coordinadora de la Clínica de Tabaco, Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax
Lic. Tania Villa Hernández	Licenciada en psicología	Hospital General de México	Psicóloga Adscrita a la Clínica de Tabaco, Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax
Revisión interinstitucional	Revisión cruzada entre diversas dependencias de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social		

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2012

Coordinadores:			
Dra. María Teresa Oviedo Gómez	Licenciada en psicología. Especialista en psicología en atención primaria de salud. Maestra en psicología general experimental. Doctora en psicología de la salud	Consejo Nacional contra las Adicciones	Asesora Técnica de la Dirección de Vinculación Sectorial
M en C María Luisa Peralta Pedrero	Médica familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos, División de Excelencia Clínica
M en A Héctor Javier González Jácome	Medicina interna Administración y políticas públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SS	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Autores:			
Dra. María Teresa Oviedo Gómez	Licenciada en psicología. Especialista en psicología en atención primaria de salud. Maestra en psicología general experimental. Doctora en psicología de la salud	Consejo Nacional contra las Adicciones	Asesora Técnica de la Dirección de Vinculación Sectorial
Psic. Aldegunda González Aguilar	Licenciada en psicología. Especialista en el tratamiento de las adicciones. Maestra en psicología de las adicciones	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Responsable del Programa de Salud Mental y Adicciones, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud
Psic. Rocío Romero Reséndez	Licenciada en psicología	Centros de Integración Juvenil, AC	Subjefe del Departamento de Normatividad de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación
Psic. Diana Esparza Lozada	Licenciada en psicología Especialista en psicoterapia grupal integral	Petróleos Mexicanos	Coordinadora Nacional de Salud Mental y Adicciones, Unidad de Promoción a la Salud
Dr. Eduardo Federico Riquelme García	Médico psiquiatra Paidopsiquiatra y terapeuta familiar	Centros de Integración Juvenil, AC	Subdirector de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación
Dra. Eryka del Carmen Urdapilleta Herrera	Licenciada en psicología. Maestra en psicología. Especialista en psicoterapia psicoanalítica. Doctora en psicología de la salud, en el área de adicciones	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Investigadora, Departamento de Investigación en Tabaquismo, Clínica para Dejar de Fumar
Lic. Rafael Cortes Fuentes	Licenciado en psicología	Centros de Integración Juvenil, AC	Jefe del Departamento de Centros de Día
Dra. Guadalupe Ponciano Arriaga	Química farmacobióloga	Facultad de Medicina, UNAM	Clínica contra el Tabaquismo
Dr. Mario González Zavala	Médico psiquiatra. Especialista en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico psiquiatra

Dra. Natalia Morales	Médica psiquiatra. Especialista en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médica psiquiatra
M en C María Eugenia Velasco Contreras	Médica internista. Maestra en ciencias de la salud y epidemiología clínica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Responsable del Componente de Adicciones, Unidad de Salud Pública
Dr. José Luis Vázquez Martínez	Médico cirujano. Especialista en el tratamiento de las adicciones	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Jefe del Departamento de Programas Especiales, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud
Psic. José Vicente Castro Ávalos	Licenciado en psicología. Especialista en terapia familiar sistémica	Consejo Nacional contra las Adicciones	Asesor Técnico de la Dirección de Vinculación Sectorial
Dra. Elodia Guadalupe León Nandayapa	Médica psiquiatra. Especialista en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médica psiquiatra
M en A Miguel Ángel Medina Gutiérrez	Licenciado en psicología. Maestro en psicología	Universidad Nacional Autónoma de México	Profesor de Asignatura en la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Psicología
M en A Héctor Javier González Jácome	Medicina interna Administración y políticas públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SS	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Miguel Ángel Colín Mercado	Medicina interna	Instituto Mexicano del Seguro Social	Secretaría de Conflictos, SNTSS Reforma
Josefina Cortés Miranda	Psicología	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Cardiología, CMN Siglo XXI
Marco Antonio Fernández Corzo	Neumología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital de Cardiología, CMN Siglo XXI
Alberto Alejandro Flores Ibarra	Neumología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General, CMN La Raza
Dr. David Leonardo Hernández Santillán	Medicina familiar	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SS	Asesor de Guías de Práctica Clínica (OMS)
Dra. Irma Lince Frías	Medica cirujana	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Oficina de Investigación Social en Salud Coordinación de Prestaciones Sociales
Dr. Roberto Karam Araujo	Médico cirujano	Instituto Mexicano del Seguro Social	Líder de Proyecto Prevención y Control de Adicciones Coordinación de Prestaciones Sociales
Dr. Jesús Moisés Angelares Meza	Medicina del Trabajo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos. Coordinación de Salud en el Trabajo
Dra. María Teresa Benedicta Macchetto Navarro	Médica Especialista en salud pública	Secretaría de Salud	Comisión Nacional Contra las Adicciones
María Teresa Romero Espinoza	Trabajo social	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación de Salud en el Trabajo
Azalea Toltecatl Pérez	Enfermería	Instituto Mexicano del	Hospital de Gineco-obstetricia 3,

		Seguro Social	CMN La Raza
Francisco Javier Valdivia Ibarra	Médico familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 15
María del Socorro Velásquez Téllez	Estomatóloga pediátrica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Fomento a la Salud, Oficinas Centrales
José Raymundo Rodríguez Moctezuma	Medicina interna	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefatura Delegacional de Investigación en Salud, IMSS
Silvia Sánchez Ambríz	Médica familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 5, IMSS
Validación interna			
Dra. Ana Moreno Coutiño	Licenciada en psicología, Doctora en Psicología	Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México	Universidad Nacional Autónoma de México
Validación externa			

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN.....	11
2. PREGUNTAS A RESPONDER.....	12
3. ASPECTOS GENERALES	13
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	14
3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2008 AL 2012.....	15
3.2 OBJETIVO	16
3.3 DEFINICIÓN.....	17
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	18
4.1 PREVENCIÓN.....	19
4.1.1 PREVENCIÓN UNIVERSAL.....	19
4.1.2 PREVENCIÓN SELECTIVA.....	22
4.1.3 PREVENCIÓN INDICADA.....	24
4.2. DIAGNÓSTICO	25
4.2.1 DETECCIÓN TEMPRANA	25
4.2.2 INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE	26
4.2.3 VALORACIÓN INTEGRAL.....	28
4.3 TRATAMIENTO.....	29
4.3.1 GENERALIDADES.....	29
4.3.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	29
4.3.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	30
4.3.3 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	31
4.3.4 CONSIDERACIONES PARA POBLACIONES ESPECIALES	35
4.3.4.2 MUJERES EMBARAZADAS.....	36
4.3.4.3 ADULTOS MAYORES.....	37
4.3.4.4 COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y MÉDICA.....	38
4.4 CRITERIOS PARA LA REFERENCIA AL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	39
4.5 PUNTOS GENERALES DE BUENA PRÁCTICA DEL GRUPO DE TRABAJO	40
5. ANEXOS	41
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	41
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN	45
5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA	47
ANEXO II. HISTORIAL DE CONSUMO DE TABACO	47
ANEXO III A. FASES DE CAMBIO. MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE, 1994.....	48
ANEXO III B. EVALUACIÓN DE LAS ETAPAS DE CAMBIO.....	48
ANEXO IV. TEST DE RICHMOND	49
ANEXO V. CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA DE NICOTINA DE FAGERSTRÖM.....	50
ANEXO VI A. MODELO DE LAS CINCO AES DEL CONSEJO BREVE PARA TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO	51
ANEXO VI B. COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN BREVE.....	52
ANEXO VII. TAREAS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD SEGÚN LA FASE DE CAMBIO	53
ANEXO VIII. INTERVENCIONES MOTIVACIONALES EN FUMADORES NO PREPARADOS PARA DEJAR DE FUMAR	54
ANEXO IX. ESTRATEGIAS DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR	55
ANEXO X. ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA	56
ANEXO XI. DOSIFICACIÓN DE FÁRMACOS PARA DEJAR DE FUMAR	57
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO	58
5.5 LISTADO DE RECURSOS.....	58
5.5.1 TABLA DE MEDICAMENTOS.....	58

6. GLOSARIO	58
7. BIBLIOGRAFÍA	58
8. AGRADECIMIENTOS	58
9. COMITÉ ACADÉMICO	58
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR	58
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	58

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: SS-108-08			
Profesionales de la salud	Cardiólogos (as), Estomatólogos (as), Enfermeros (as), Geriátras, Especialista en medicina del deporte, Médico familiar, Especialista en medicina física y rehabilitación, Médico internista, Especialista en medicina preventiva, Neumólogos (as), Otorrinolaringólogos (as), Psicólogos (as), Psiquiatra, Trabajadores (as) Sociales		
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco F17.0 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, intoxicación aguda F17.1 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, uso nocivo F17.2 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, síndrome de dependencia Incluye: Tabaquismo cuando significa dependencia F17.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, estado de abstinencia F17.4 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, estado de abstinencia con delirio F17.5 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, trastorno psicótico F17.6 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, síndrome amnésico F17.7 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío F17.8 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, otros trastornos mentales y del comportamiento F17.9 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, trastorno mental y del comportamiento, no especificado Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación Incluye: Rehabilitación por uso de tabaco Z58.7 Exposición al humo del tabaco Incluye: Fumador pasivo Z71.6 Consulta para asesoría por abuso de tabaco Z72.0 Problemas relacionados con el uso de tabaco Z81.2 Historia familiar de abuso de tabaco Z86.4 Historia familiar de uso de sustancias psicoactivas		
Categoría de la guía	3.1.1 Primer nivel de atención. 3.2 Consejería. 3.3 Evaluación. 3.4 Diagnóstico y tamizaje. 3.5 Pronóstico. 3.6 Tratamiento. 3.8 Tratamiento farmacológico. 3.9 Tratamiento no farmacológico. 3.11 Prevención. 3.12 Rehabilitación. 3.13 Evaluación del riesgo. 3.15 Educación sanitaria		
Usuarios potenciales	4.3 Departamentos de salud pública. 4.5 Enfermeras generales. 4.6 Enfermeras especializadas. 4.7 Estudiantes. 4.10 Inhalo terapeutas. 4.11 Investigadores. 4.12 Médicos especialistas. 4.13 Médicos generales. 4.14 Médicos familiares. 4.15 Odontólogos. 4.17 Organizaciones orientadas a enfermos. 4.18 Paramédicos. 4.23 Planificadores de servicios de salud. 4.25 Proveedores de servicios de salud. 4.26 Proveedores de atención en farmacodependencia. 4.27 Psicólogos/ profesionistas de la conducta no médicos. 4.28 Técnicos en enfermería. 4.32 Trabajadores sociales		
Tipo de organización desarrolladora	6.5 Consejo Nacional contra las Adicciones; Centros de Integración Juvenil; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; Instituto Nacional de Psiquiatría; Universidad Nacional Autónoma de México. 6.6 Instituto Mexicano del Seguro Social. 6.7 Petróleos Mexicanos. 6.8 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado		
Población blanco	7.4 Adolescente 13-18. 7.5 Adulto. 7.6 Mediana edad. 7.7 Adulto mayor 65-79. 7.8 Adulto mayor de 80. 7.9 Hombre. 7.10 Mujer		
Fuente de financiamiento / Patrocinador	8.1 Gobierno Federal. 8.4 Mixto: Consejo Nacional contra las Adicciones		
Intervenciones y actividades consideradas	CIE-9-MC: 92.25 Otra terapia psiquiátrica con fármacos 94.0 Evaluación y pruebas psicológicas 94.08 Otras pruebas y evaluación psicológica 94.09 Determinación del estado mental psicológico, no especificado de otra manera 94.1 Entrevistas, consultas y evaluaciones psiquiátricas 94.19 Otra entrevista y evaluación psiquiátricas Entrevistas psiquiátricas de seguimiento NEOM 94.3 Psicoterapia individual 94.33 Terapia del comportamiento. Incluye: Modificación de la conducta 94.35 Intervención en crisis	94.37 Psicoterapia verbal exploratoria 94.38 Psicoterapia verbal de apoyo 94.39 Otra psicoterapia individual 94.4 Otra psicoterapia y asesoramiento 94.45 Asesoramiento sobre toxicomania 94.49 Otro asesoramiento 94.5 Remitir (al paciente) hacia rehabilitación psicológica 94.51 Remitir al paciente hacia psicoterapia 94.54 Remitir al paciente hacia la rehabilitación de toxicomania 94.55 Remitir al paciente hacia rehabilitación de profesional	94.59 Remitir al paciente hacia otra rehabilitación psicológica 94.6 Rehabilitación y desintoxicación de alcohol y drogas 94.64 Rehabilitación de drogas 94.65 Desintoxicación de drogas 94.66 Rehabilitación y desintoxicación de drogas 94.67 Rehabilitación combinada de alcohol y drogas 94.68 Desintoxicación combinada de alcohol y drogas 94.69 Rehabilitación y desintoxicación combinada de alcohol y drogas
Impacto esperado en la salud	Disminuir la incidencia del consumo de tabaco en población general. Reducir las cifras de población expuesta al humo de tabaco ajeno. Incrementar el porcentaje de personas que abandonan el consumo de tabaco. Incrementar el número de personas atendidas por consumo de tabaco. Reducir las tasas de comorbilidad asociadas al consumo de tabaco. Reducir las tasas de mortalidad asociadas al consumo de tabaco. Disminuir el número de referencias de casos al segundo y tercer nivel de atención. Incrementar el número de ex fumadores		
Metodología ¹	Enfoque de la guía: responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías o la revisión sistemática de evidencias en una guía de creación Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas mediante bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda en sitios Web especializados Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 35 Guías de Práctica Clínica: Revisiones sistemáticas: Ensayos controlados aleatorizados: Reportes de casos: Otras fuentes seleccionadas:		
Método de validación y adecuación	Método de validación: Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas Validación interna: Universidad Nacional Autónoma de México		
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
Registro y actualización	Catálogo Maestro: SS-108-08. Fecha de publicación de la actualización: 21/Marzo/2013. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o, de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.		

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN ACERCA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA SE PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: www.cenetec.gob.mx

2. PREGUNTAS A RESPONDER

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

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

3. ASPECTOS GENERALES

Esta guía de práctica clínica (GPC) está dirigida a los integrantes del equipo clínico de salud, particularmente del primer nivel de atención, en su función como responsables de otorgar servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para problemas de salud de alta prevalencia en la población mexicana, como el tabaquismo, que representa uno de los principales factores para el desarrollo y aceleración de complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, además de ser un reconocido causal del cáncer en general. Este enfoque hace énfasis en los siguientes aspectos:

- La importancia del equipo multidisciplinario en la atención a problemas relacionados con el consumo de tabaco
- El desarrollo de guías de práctica clínica que recomiendan procedimientos basados en la evidencia científica apoyadas en las mejores prácticas clínicas
- La atención generada por las mejores prácticas en la prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco impactará de manera importante en la relación costo-beneficio de los programas de intervención

La intervención que se presenta en esta GPC para la atención de personas con problemas por el consumo del tabaco describe un proceso que otorga servicios de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento con base en las mejores prácticas existentes en la actualidad.

La utilización de GPC con base en evidencias científicas es un requisito necesario en la red nacional de servicios de salud. La propuesta de esta guía es otorgar elementos necesarios para que las diferentes intervenciones al problema del consumo de tabaco se garanticen en todos los ámbitos y niveles de atención considerando la evolución epidémica que caracteriza esta problemática de salud, y en apego a la normatividad existente en México (NOM 028-SSA-2009).

La detección de personas con tabaquismo o exposición al humo de tabaco ajeno debe realizarse en la población usuaria de los servicios de salud, con sólo indagar si fuma o convive con fumadores, lo cual debe ir acompañado de una valoración médica completa para conocer su historial de consumo de tabaco, su motivación para abandonarlo, detección de complicaciones, establecimiento del tratamiento y seguimiento hasta alcanzar el objetivo que es su suspensión definitiva. La presencia de trastornos comórbidos es un punto pertinente que considera esta GPC, no sólo por lo que se refiere al diagnóstico, sino porque en sí misma puede influir el proceso de tratamiento. Por ejemplo, una alta proporción de personas fumadoras puede presentar problemas de salud mental importantes.

La comorbilidad psiquiátrica no sólo representa un trastorno de salud que debe ser tratado, sino que además puede afectar la capacidad de los pacientes para cumplir con las recomendaciones de tratamiento, tanto para el tabaquismo como para el trastorno mental. Otro punto importante es el impacto que este modelo de intervención ejercerá sobre la calidad de la atención. En tanto que los distintos niveles de atención están diseñados para asegurar que todas las personas con un problema de salud tengan acceso a los servicios por medio de mejores prácticas, esto no significa que la demanda de los pacientes sea el reflejo de su necesidad.

Aunque indudablemente existen desafíos importantes para la implementación de este modelo con base en evidencias, es una aportación significativa a los métodos simplistas que suelen utilizarse para hacer frente a los problemas relacionados con el consumo de tabaco en la población general mexicana.

3.1 JUSTIFICACIÓN

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

La nicotina, sustancia adictiva contenida en el tabaco, no es la única sustancia dañina para el organismo; en el cigarro, además de la nicotina, se encuentran más de 4 000 sustancias, 400 de ellas son muy tóxicas, 45 son cancerígenas, esto explica por qué en 50% de los fumadores causa muerte prematura, en el resto incrementa más de 10 veces su riesgo de presentar cáncer en general y se asocia a más de 25 enfermedades.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, 2008 (ENA), la prevalencia del consumo de tabaco en población de 12 a 65 años de edad es de 35.6%, que significan 27 millones de mexicanos; más de 11 millones están expuestos al humo de tabaco ajeno. Asimismo, se ha demostrado que la edad de inicio es a los 13.7 años de edad y el porcentaje de adolescentes que consume tabaco es mayor entre las mujeres.

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

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

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

Actualmente en el Sistema Nacional de Salud no existe una herramienta de trabajo sistematizada basada en evidencias científicas acerca de las mejores prácticas nacionales e internacionales, que guíe el quehacer del profesional de salud para llevar a cabo acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco en los servicios de salud y que contribuya a contener este problema de salud pública en México.

3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2008 AL 2012

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía (en caso de que haya sido actualizado):
 - Título desactualizado: <**Título anterior**>.
 - Título actualizado: <**Título actualizado**>.
2. Las **Evidencias y Recomendaciones** (en caso de que se hayan excluido y/o incluido, señalar en qué etapa del tamizaje):
 - **Promoción de la salud**
 - **Prevención**
 - **Diagnóstico**
 - **Tratamiento**
 - **Pronóstico**

3.2 OBJETIVO

La presente GPC **Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención** forma parte de las guías que integran el catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

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

Esta guía pone a disposición del personal del **primer nivel de atención**, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible nacional e internacional, con la finalidad de estandarizar las acciones sobre la prestación de servicios diagnósticos, preventivos y terapéuticos del consumo de tabaco.

Los objetivos específicos de esta guía son:

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

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

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

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

3.3 DEFINICIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas (psicotrópicos y psicofármacos) agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

De acuerdo con la **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE 10)** en su décima edición, los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas” se ubican en el apartado F10 a F19. De manera particular, los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco” corresponden a la categoría “F17”.

En la cuarta edición revisada del **Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV**, los problemas asociados al consumo de tabaco se clasifican como “Trastornos relacionados con nicotina (por consumo [dependencia o abuso] o trastorno abstinencia, inducido por nicotina)”. Son criterios para dependencia de sustancias “un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1 Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia”

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

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

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

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:

EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA



4.1 PREVENCIÓN

4.1.1 PREVENCIÓN UNIVERSAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Las investigaciones reportan que, en la pasada década, los grupos de adolescentes (de 13 a 18 años de edad) y jóvenes adultos (de 19 a 24 años) fueron los más susceptibles a la influencia cultural y de mercadotecnia sobre el consumo del tabaco. Las intervenciones más efectivas para reducir el consumo del tabaco son: 1. Incrementar el precio y los impuestos al tabaco. 2. Regular legalmente el acceso a los productos del tabaco por los menores de edad 3. Realizar campañas masivas en medios de comunicación	5 Oxford <i>NIHSSC, 2006</i>
R	Realizar campañas preventivas utilizando los medios de comunicación disponibles. Las salas de espera y los pasillos de tránsito en las unidades médicas, sociales y administrativas, son lugares adecuados para la difusión.	D Oxford <i>NIHSSC, 2006</i>
R	El personal de salud debe realizar campañas de prevención del uso de tabaco y exposición al humo ajeno, mostrando sus efectos nocivos a la salud. Estas acciones deben realizarse en áreas urbanas y rurales, por grupos de población específicos. Los lugares más adecuados son escuelas y lugares públicos. Es importante reforzar la conducta de no fumar para que mantengan firme la decisión a pesar de la influencia del entorno.	D Oxford <i>NIHSSC, 2006</i>
R	Es necesario realizar convenios con instituciones de educación media superior y superior, para que estudiantes de áreas de la salud y afines realicen acciones permanentes de prevención del uso del tabaco en escuelas de educación primaria y secundaria y lugares públicos.	D Oxford <i>NIHSSC, 2006</i>

	En la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en el año 2003, se integró el “Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)” de la Organización Mundial de la Salud, con la finalidad de proteger a las generaciones presentes y futuras del consumo del tabaco y de la exposición a su humo. Los principios básicos son los siguientes: 1. Todos deben estar informados de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco 2. Para el cumplimiento del Convenio debe existir un compromiso político firme para establecer y respaldar, a nivel regional, nacional e internacional, medidas multisectoriales 3. Es necesaria la cooperación internacional, tanto en tecnología como en conocimientos y asistencia financiera, para establecer y aplicar programas eficaces del control del tabaco 4. Las acciones deben establecerse con los principios de la salud pública, a fin de prevenir las incidencias de enfermedades, discapacidad prematura y mortalidad, debidas al consumo de tabaco y a la exposición al humo del tabaco 5. La participación de la sociedad civil es esencial para conseguir el objetivo del Convenio Uno de los primeros países que firmó el convenio fue México (28 de mayo de 2004).	5 Oxford OMS, 2003
	Es muy recomendable difundir y dar cumplimiento a las políticas públicas para la protección de los no fumadores y desalentar el consumo de tabaco.	D Oxford OMS, 2003
	Todo el personal de salud de las unidades médicas y no médicas debe conocer y aplicar los principios básicos del CMCT.	D Oxford OMS, 2003
	Mediante revisiones sistemáticas se demostró que la implementación de “lugares de trabajo libres de humo de tabaco” se ha asociado a una disminución en la prevalencia del consumo de este producto de cerca del 4%.	2c Oxford Association of Ontario, 2007

R	Los lugares de trabajo deben designarse como "espacios libres de humo de tabaco".	C Oxford <i>Association of Ontario, 2007</i>
E	En diferentes estudios se ha comprobado que no hay niveles mínimos permisibles seguros para la exposición al humo de tabaco ajeno. Reducir el consumo de tabaco entre los trabajadores ayuda a disminuir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y trastornos respiratorios, que son las causas más frecuentes de ausentismo laboral.	V Oxford <i>NICE, 2007</i>
E	En Estados Unidos de América, la mayoría de los empleados son no fumadores, casi la mitad trabaja actualmente en espacios donde se prohíbe fumar en áreas públicas comunes y más de 80% labora en compañías que han establecido políticas para espacios libres de humo de tabaco.	3a Oxford <i>López-Antuñano FJ, 2007</i>
R	Propiciar un ambiente libre de humo de tabaco favorece un lugar de trabajo sano, seguro y libre de conflictos entre los trabajadores.	D Oxford <i>NICE, 2007</i> C Oxford <i>López-Antuñano FJ, 2007</i>
R	Para los administradores, es favorable contar con lineamientos bien definidos para enfrentar el tabaquismo en el lugar de trabajo.	D Oxford <i>NICE, 2007</i> C Oxford <i>López-Antuñano FJ, 2007</i>
R	El profesional de la salud debe estimular a los fumadores a mantener sus hogares y vehículos libres de humo de tabaco para protección de los niños y familiares contra la exposición al humo ajeno.	C Oxford <i>Gutiérrez-Ramírez SF, 2007</i>
E	Diversas fuentes apoyan la inclusión de educación y tratamiento para manejo de la dependencia del tabaco en los currículos de todas las disciplinas de la salud.	2c Oxford <i>Association of Ontario, 2007</i>

	Todo profesional de la salud deberá tener conocimientos acerca del consumo del tabaco, riesgos en salud y la existencia de tratamiento para apoyar la suspensión o evitar el consumo del tabaco o la exposición al humo ajeno.	C Oxford <i>Association of Ontario, 2007</i>
	Las acciones de prevención del consumo de tabaco en niños deben iniciar antes de los 10 años de edad, retrasando en lo posible el consumo del primer cigarro.	C Oxford <i>Jiménez ML, 2003</i>
	Ambientes libres de humo de tabaco propician lugares de trabajo seguros. Los costos de conservación y mantenimiento de las instalaciones se reducen y el riesgo de incendios es menor.	D Oxford <i>Consenso del grupo que elaboró esta guía</i>

4.1.2 PREVENCIÓN SELECTIVA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	En México, diversos estudios demuestran que la exposición de los niños al humo de tabaco incrementa la probabilidad de padecer neumonía, asma, infecciones respiratorias, síndrome de muerte súbita del lactante, así como trastornos de conducta y de déficit de atención.	3a Oxford <i>Gutiérrez-Ramírez SF, 2007</i>
	El consumo de tabaco en el lugar de trabajo, donde además hay exposición a sustancias químicas tóxicas, incrementa la peligrosidad de estas sustancias, ya que actúa en forma sinérgica produciendo daño a la salud, principalmente pulmonar.	3b Oxford <i>Reardon JZ, 2007</i>
	Los trabajadores de la salud deberán identificar a las personas expuestas al humo ajeno y aconsejar que la eviten defendiendo su derecho a respirar aire libre de humo de tabaco.	C Oxford <i>Reardon JZ, 2007</i>
	El equipo de salud debe identificar, durante su consulta diaria, a los grupos con mayor susceptibilidad a efectos adversos del tabaco.	C Oxford <i>Reardon JZ, 2007</i>

E	Se ha demostrado que en el embarazo, el consumo de tabaco paterno con exposición secundaria de la madre puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo o repercutir negativamente sobre el crecimiento fetal, causando restricciones de crecimiento intrauterino y malformaciones del producto.	1b Oxford <i>Davies DP, 1976</i> <i>Bosley ARJ, 1981</i> <i>Harrison CG, 1983</i>
E	El consumo de tabaco se asocia frecuentemente con escolaridad baja. Grupos étnicos, minoritarios y de recursos socioeconómicos bajos tienen mayor riesgo de presentar muertes prematuras asociadas con el consumo de tabaco, en relación con otras poblaciones.	1c Oxford <i>National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006</i>
E	Las dos terceras partes del humo de un cigarro no van a los pulmones del fumador sino al ambiente que le rodea.	3b Oxford <i>Reardon JZ, 2007</i>
E	Los efectos nocivos a la salud por la exposición al humo ajeno son mediatos e inmediatos. Incluso exposiciones breves pueden desencadenar respuestas broncopulmonares intensas, capaces de amenazar la vida de niños o adultos con asma.	3b Oxford <i>Reardon JZ, 2007</i>
E	La legislación promueve la disminución de la exposición al humo ajeno en lugares públicos; sin embargo, ésta persiste en casa y afecta a niños, ancianos y embarazadas.	3b Oxford <i>Reardon JZ, 2007</i>
R	El consejo antitabáquico debe dirigirse a “no fumar” y no a “fumar menos”. Al proporcionar consejo se debe poner énfasis en que el tabaquismo es una adicción.	A Oxford <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>
R	Cualquier miembro del equipo de salud deberá realizar intervención breve, de por lo menos 3 minutos por sujeto.	D Oxford <i>NIHSSC, 2006</i>
R	Todo profesional de la salud deberá aplicar a todos los usuarios del servicio al menos las tres primeras “Aes” (Averigüe, Aconseje, Aprecie) del consejo médico para dejar de fumar y referir a medicina familiar a los fumadores que deseen apoyo para abandonar el consumo de tabaco.	D Oxford <i>Colombo E, 2005</i>

4.1.3 PREVENCIÓN INDICADA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Fumar de 1 a 5 cigarros al día aumenta 40% el riesgo de infarto al miocardio, por lo que es importante desmitificar el bajo consumo como inocuo.	3a Oxford <i>Yusuf S, 2004</i>
	Hay una relación inversamente proporcional entre la edad de inicio del consumo diario y el grado de dependencia a la nicotina.	3b Oxford <i>Jiménez ML, 2003</i>
	El primer nivel de atención es el marco idóneo para la detección y diagnóstico del tabaquismo, por su accesibilidad y continuidad de la asistencia de los pacientes.	B Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i> <i>Encuesta Nacional de Adicciones, 2002</i> <i>Reynales-Shigematsu LM, 2005</i>
	Es útil brindar información de manera personalizada sobre los beneficios de dejar de fumar, relacionándolo con las condiciones de salud de cada fumador.	A Oxford <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>
	Un ejemplo de consejo útil para reducir el consumo de tabaco es: "... Lo mejor que podría hacer por su salud es dejar de fumar..."	A Oxford <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>

4.2. DIAGNÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la última edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), clasificó al tabaquismo como una enfermedad crónica y adictiva (F17). El Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) establece criterios para la clasificación de la dependencia de sustancias.	1a Oxford <i>OMS, 1992</i>
	El tabaquismo debe ser registrado en los sistemas de información epidemiológica y en el expediente clínico del paciente como enfermedad.	D Oxford <i>Consenso del grupo que elaboró esta guía</i>
	El grado de adicción que produce la nicotina es variable, dependiendo del producto de tabaco que se consume y de la relación que se establezca entre éste y la persona.	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>

4.2.1 DETECCIÓN TEMPRANA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La aplicación de las cinco "Aes" (Averigüe, Aconseje, Aprece, Ayude y Arregle) del tratamiento del tabaquismo ha demostrado ser una herramienta útil para su detección y tratamiento.	2a Oxford <i>Fiore MC, 2000</i>
	Deben utilizarse las cinco "Aes" para detección y tratamiento del tabaquismo (Anexo VI A).	B Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
	Se recomienda el uso de los términos Averigüe, Aconseje, Acuerde, Apoye y Anticipe, tal como lo menciona el Consejo Médico para Dejar de Fumar, del Consejo Nacional contra las Adicciones en México.	D Oxford <i>Consenso del grupo que desarrolló esta guía</i>

	Los estadios de cambio del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente han mostrado ser un elemento claramente predictivo de apego y eficacia del tratamiento.	3a Oxford <i>Prochaska JO, 1993</i> <i>Prochaska JO, 1992</i>
	El consumo de tabaco de quienes no están dispuestos a dejar de fumar, debe ser registrado y retomado una vez al año en lo posible.	A Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
	Los profesionales de la salud deben considerar tratar o referir al fumador, de acuerdo con su perfil profesional.	B Oxford <i>National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006</i>
	Clasificar a los fumadores según su condición de fumador y anotarlo en el expediente clínico, mediante un sistema de claves de identificación, mejora las posibilidades de intervenciones para alentar el abandono del tabaquismo.	2a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
	Solo una tercera parte de los adolescentes y 23% de embarazadas que fuman y visitan al médico o dentista reciben consejo relacionado con el riesgo a la salud ocasionado por el consumo de tabaco.	2a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
	Todo profesional de la salud debe brindar consejo para dejar de fumar.	D Oxford <i>Consenso del grupo que elaboró la guía</i>

4.2.2 INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La nicotina tiene gran capacidad adictiva, ya que activa los receptores específicos del sistema de recompensa casi instantáneamente después de su inhalación.	1b Oxford <i>Heatherton TF, 1991</i>

E	La herramienta más útil para medir la dependencia física es el Cuestionario de Dependencia a la Nicotina, de Fagerström (Anexo V).	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
R	El personal de salud debe aplicar el cuestionario de Fagerström para determinar el nivel de dependencia a la nicotina a todo paciente que fuma, con la finalidad de orientar la intervención.	B Oxford <i>Heatherton TF, 1991</i> <i>Mallin R, 2002</i>
E	Es necesario incluir la evaluación de la motivación para dejar de fumar, en la evaluación inicial de todo paciente.	2a Oxford <i>Reicher J, 2008</i>
E	Hay evidencia de que en pacientes motivados para dejar de fumar el apoyo para lograrlo es fundamental, lo cual redundará en disminución de riesgos para desarrollar padecimientos asociados.	2a Oxford <i>Reicher J, 2008</i>
E	En pacientes no motivados se debe reforzar las acciones de abandono para prevenir el desarrollo de enfermedades asociadas.	2a Oxford <i>Reicher J, 2008</i>
R	Para conocer la motivación del paciente que fuma, puede utilizarse el test de Richmond para facilitar la intervención (Anexo IV).	A Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>

4.2.3 VALORACIÓN INTEGRAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las enfermedades asociadas al consumo de tabaco se relacionan con los siguientes factores: • Número de años fumando • Número de cigarros fumados por día • Longitud de cada cigarro fumado • Profundidad de cada aspiración • Contenido en alquitranes de cada cigarro • Genética, nutrición, hábitos de salud El Índice Tabáquico (IT), es una unidad de medida internacional basada en el consumo acumulativo de tabaco para estimar el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas con el tabaquismo. Pa= cantidad de cigarros al día x años fumando / 20. Grado leve de tabaquismo: de 1 a 5 paquetes/año. Grado moderado de tabaquismo: de 6 a 15 paquetes/año. Grado intenso de tabaquismo: 16 o más paquetes/año.	2a Oxford <i>Villalba CJ, 2004</i>
	El abandono del consumo de tabaco no debe considerarse como un hecho puntual en la vida del fumador, sino como un proceso que pasa por una serie de etapas definidas por Prochaska y Di Clemente. Estas fases indican también si el paciente se encuentra o no motivado para intentar la abstinencia (Anexo III).	3a Oxford <i>Prochaska JO, 1992</i> 4 Oxford <i>Prochaska JO, 1993</i>
	Para un mejor abordaje diagnóstico-terapéutico del tabaquismo se debe considerar que el abandono del consumo de tabaco es un proceso dinámico, por lo cual es conveniente basarse en el modelo propuesto por Prochaska y DiClemente (Anexo III).	A Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i> <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>

4.3 TRATAMIENTO

4.3.1 GENERALIDADES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Todo fumador que intente dejar de fumar debe tener opción a tratamiento farmacológico como parte de la intervención, dado que duplica la oportunidad de éxito, acompañado siempre de consejería. Situaciones de excepción son: consumo menor de 10 cigarros al día, contraindicación médica, embarazo, lactancia o adolescencia.	1a Oxford <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>

4.3.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.3.2.1 FARMACOTERAPIA NICOTÍNICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La terapia de reemplazo nicotínica (TRN) no aumenta el riesgo de efectos cardiovasculares adversos en los fumadores con antecedentes de enfermedades cardiovasculares.	4 Oxford <i>Silagy C, 2006</i>
	Los parches y chicles de nicotina son efectivos para la suspensión del consumo de tabaco. Se deben respetar las contraindicaciones señaladas.	2a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
	El uso del parche durante las horas de vigilia (16 horas por día) es tan eficaz como su uso durante las 24 horas del día.	4 Oxford <i>Silagy C, 2006</i>
	Un tratamiento con parches durante 8 semanas es tan eficaz como los tratamientos más largos y no existen pruebas de que el tratamiento de disminución progresiva sea mejor que el abandono abrupto.	4 Oxford <i>Silagy C, 2006</i>

E	Altas dosis de nicotina (por ejemplo, dos parches) puede ser una estrategia útil en fumadores con dependencia alta (más de 40 cigarros al día).	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
R	La elección de la forma de terapia de sustitución nicotínica debe relacionarse con las necesidades del paciente, la tolerabilidad y los costos. Es probable que los parches sean de más fácil acceso en atención primaria.	C Oxford <i>Silagy C, 2006</i>

4.3.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.3.2.2 FARMACOTERAPIA NO NICOTÍNICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El bupropión fue el primer tratamiento farmacológico no nicotínico que aprobó la <i>Food and Drug Administration (FDA)</i> para abandonar el consumo de tabaco. Los datos disponibles muestran evidencia de su recomendación como fármaco de primera línea, doblando las tasas de abstinencia en comparación con el placebo.	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
R	Para el uso del bupropión consultar la tabla de prescripción en el Anexo XI.	B Oxford <i>Fiore MC, 2000</i>
E	El bupropión está contraindicado en pacientes fumadores con antecedentes o riesgo de convulsiones, en embarazadas y durante la lactancia.	2a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
R	El bupropión no es recomendado para fumadores menores de 18 años de edad, debido a que su seguridad y eficacia no ha sido evaluada.	B Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>

E	Dosis de 1 miligramo por día de vareniclina es eficaz y aumenta al doble la probabilidad de dejar de fumar, y dosis de 2 mg/día aumenta al triple la probabilidad de abstinencia a largo plazo. El tratamiento prolongado hasta 1 año puede ser útil para la prevención de recaídas.	1 Oxford <i>National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010</i>
R	Para el uso de la vareniclina consultar la tabla de prescripción en el Anexo XI.	B Oxford <i>Fiore MC, 2000</i>
R	La vareniclina es bien tolerada hasta por 6 meses, y en el tratamiento prolongado puede ser útil reduciendo la probabilidad de recaída.	1a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
R	La vareniclina debe usarse con cautela en pacientes con antecedentes depresivos.	D Oxford <i>Fiore MC, 2000</i>

4.3.3 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

4.3.3.1 INTERVENCIÓN BREVE. CONSEJO MÉDICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La intervención del personal médico, recomendando el abandono del tabaco, ha demostrado un incremento a largo plazo de las tasas de abstinencia. Se logran altas tasas de abstinencia con intervenciones de 3 minutos. Mientras más intensa y personal es más efectiva.	1a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
E	Ofrecer la intervención en forma constante y por diferentes medios tiene mayor efectividad. Por ejemplo: vía telefónica, por la web, impresos, tratamiento farmacológico, psicológico, individual o grupal.	1a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
R	La intervención breve es de 3 a 10 minutos, práctica, sencilla y debe ser implementada por el personal de salud en cada oportunidad. Está integrada por las cinco Aes del tratamiento del tabaquismo. Anexo VI A.	A Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>

R	El consejo antitabáquico debe dirigirse a “no fumar” y no a “fumar menos”.	A Oxford <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>
E	Haber dejado de fumar en alguna ocasión es un factor predictivo positivo de que el siguiente intento puede ser más eficaz.	1 Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
E	Alta motivación y estado de preparación o acción son variables asociadas al logro de la abstinencia. En contraste, alta dependencia a la nicotina y comorbilidad psiquiátrica se asocian al fracaso o recaída.	1 Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>

4.3.3.2 INTERVENCIÓN INTENSIVA O AVANZADA. MODELOS COGNITIVOS CONDUCTUALES PARA DEJAR DE FUMAR

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Se entiende por intervención intensiva aquella que implica un contacto personal reiterado y prolongado. La intensidad de la intervención se refiere al componente psicosocial del tratamiento, dado que la inclusión o no de fármacos es independiente de la definición de intensidad de intervención. El marco teórico que se utiliza para brindar intervenciones intensivas es el mismo que se utiliza para las intervenciones breves, la diferencia entre ambas está centrada en el tiempo de contacto y en el nivel de entrenamiento de los profesionales que intervienen.	1 Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
E	Una intervención intensiva psicosocial puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado para tal fin, dado que hay evidencia de que la efectividad es alta, independientemente de quien la brinda. Una intervención intensiva psicosocial es más efectiva si dos o más profesionales de diversas disciplinas de la salud trabajan en conjunto.	1 Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>

E	Los autores de la guía <i>"Treating tobacco use and dependence, 2008"</i> definen como fumador "light" a la persona que consume menos de 10 cigarros al día; sin embargo, se ha demostrado que estos pacientes no están exentos de todas las enfermedades asociadas al consumo de tabaco.	2b Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
R	Los fumadores "light" deben ser identificados y estimularlos de manera intensa al abandono.	C Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
R	Los consumidores de tabaco en cualquiera de sus formas deben ser identificados y de manera urgente recibir consejo y psicoterapia.	C Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
R	Para el abandono del consumo y para mantener la abstinencia a corto, medio y largo plazo es necesario tener en cuenta los componentes sociales, psicológicos y fisiológicos involucrados en la adicción.	A Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
E	Actualmente, la terapia psicológica de enfoque cognitivo-conductual grupal es uno de los abordajes más eficaces para tratar a los fumadores.	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
E	Los tratamientos psicológicos conductuales multicomponentes (que incluyen técnicas motivacionales, técnicas específicas de abandono del tabaco y de prevención de la recaída) individuales o grupales son eficaces para que las personas consigan dejar de fumar.	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
E	La relevancia y eficiencia de las técnicas cognitivo-conductuales constituye la base del tratamiento psicológico de los fumadores, en los distintos tipos y formatos.	1 Oxford <i>Abrams, 2003</i> <i>Becoña IE, 2006</i> <i>Dodgen, 2005</i> <i>Fiore MC, 2000</i> <i>Sancho JL, 2003</i>

E	La combinación del tratamiento cognitivo-conductual con el farmacológico aumenta la eficacia.	1a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
E	Una revisión Cochrane de 2008 mostró que el uso de las tres estrategias (consejería, fármacos y terapia grupal) puede optimizar el resultado.	1a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
E	El entrenamiento en solución de problemas, técnicas aversivas, reducción gradual de ingestión de nicotina y el apoyo social han mostrado ser técnicas eficaces para que los fumadores dejen de fumar.	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
E	La exposición en un ambiente controlado a indicios o estímulos favorece que los fumadores, especialmente los que tienen muchos años fumando, aprendan a controlar su reacción a éstos sin recaer.	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
E	La entrevista motivacional es una intervención estratégica para crear o incrementar el interés del paciente en un cambio de conducta. La entrevista motivacional comprende varias estrategias que brindan apoyo para resolver la ambivalencia acerca del cambio (Anexo IX).	1a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008.</i>
E	Las intervenciones de mayor duración para fumadores no seleccionados, es decir, que pueden hallarse en cualquier fase del proceso de cambio no son necesariamente más efectivas, en contraste con los que se encuentran en etapa contemplativa.	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
R	Las intervenciones con el grupo de fumadores dispuestos al cambio (contempladores) son más efectivas, por lo que se sugiere una intervención más intensiva (Anexo VII).	A Oxford <i>Fiore MC, 2000</i>
R	En pacientes no motivados el profesional de la salud utilizará los principios de la entrevista motivacional (Anexo VIII).	A Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>

R	Los médicos familiares deben ofrecer apoyo a los pacientes en fase de preparación, acción y mantenimiento. En los que se encuentren en fase de finalización realizar seguimiento anual.	A Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
E	Para el mantenimiento de la abstinencia hay dos estrategias básicas que se pueden utilizar: • El apoyo social. Aumentar el apoyo social es un factor predictivo de la mayor abstinencia a largo plazo • Entrenar al fumador, durante el tratamiento psicológico, cuando aún fuma o cuando ya ha dejado de fumar, en estrategias de prevención de la recaída	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
R	Si el tratamiento es grupal se debe potenciar el apoyo social dentro del mismo. Fuera del grupo, el paciente debe buscar apoyo en las personas más cercanas, que le animen y refuercen en su abstinencia. Rodearse de un ambiente adecuado, libre de humo y sin cigarros a la mano, facilita mantenerse abstinentes y no recaer.	A Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>

4.3.4 CONSIDERACIONES PARA POBLACIONES ESPECIALES

4.3.4.1 NIÑOS Y ADOLESCENTES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los abordajes que se han utilizado para que los adolescentes dejen de fumar se basan en ocho modelos: 1. Influencia social 2. Aproximaciones cognitivo-conductuales 3. Incremento de la motivación 4. Reforzamiento contingente al cambio de conducta 5. Reducción gradual del consumo 6. Políticas públicas como incremento de precios o restricción de acceso al tabaco 7. Aproximaciones centradas en la adicción (farmacológicas) 8. Aproximaciones con el modelo transteórico de cambio y entrevista motivacional 9. Clarificación de las emociones Estos tratamientos se han aplicado tanto en	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>

	programas preventivos como en tratamiento específico para dejar de fumar.	
E	El humo de tabaco ajeno es dañino especialmente para los niños. La consejería de suspensión de consumo en ambientes donde hay niños ha demostrado ser efectiva para que los padres abandonen el consumo.	A Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
R	Los profesionales de la salud investigarán el consumo de tabaco en los niños, adolescentes y en sus padres, y administrarán consejo familiar respecto a la suspensión del consumo y a la prevención del tabaquismo pasivo en el hogar. Los adolescentes motivados para dejar de fumar deben recibir una intervención psicosocial.	A Oxford <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>
E	La consejería ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de los fumadores adolescentes.	1a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>

4.3.4.2 MUJERES EMBARAZADAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Es muy probable que la nicotina tenga efectos sobre el producto, sin embargo, fumar las expone, además, a los efectos de otras sustancias perjudiciales tanto para la mujer como para el producto. Los medicamentos para dejar de fumar aumentan la tasa de abstinencia en fumadoras embarazadas.	1a Oxford <i>Fiore MC, 2000</i>
R	Se debe ofrecer una intervención psicosocial intensiva a fumadoras embarazadas, para estimularlas a dejar de fumar durante todo el embarazo. Estas pacientes deben ser enviadas a un servicio especializado en atención al tabaquismo.	A Oxford <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>
R	Fumar representa un riesgo muy importante tanto para el producto como para la madre, por lo que es obligado ofrecer una intervención personalizada, que vaya más allá del simple aviso de dejar de fumar.	A Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>

	Dejar de fumar en cualquier etapa del embarazo beneficia la salud de la madre y el producto, entre más temprano, mayores beneficios.	1a Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
	El personal de salud debe ofrecer intervenciones efectivas contra la dependencia del tabaco a las embarazadas fumadoras, desde la primera visita prenatal y durante todo el curso del embarazo.	A Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
	El tratamiento de elección para dejar de fumar durante el embarazo es el conductual y la prevención de recaídas debe ser una rutina de la atención prenatal.	A Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
	Mujeres embarazadas que no han conseguido dejar de fumar con terapia psicológica hasta antes de la semana 18 de gestación deben referirse al siguiente nivel de atención, para valorar el riesgo-beneficio de tratamiento de reemplazo con nicotina y contar con el consentimiento informado de la paciente.	D Oxford <i>Consenso del grupo que elaboró la guía</i>

4.3.4.3 ADULTOS MAYORES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los estudios realizados con personas mayores de 60 años de edad indican que el tratamiento psicológico es igual de eficaz en éstas que en las de mediana edad.	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
	Aplicar las mismas estrategias de prevención, detección y tratamiento como en los otros grupos de población.	D Oxford <i>Consenso del grupo que elaboró la guía</i>

4.3.4.4 COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y MÉDICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Hay una asociación fuerte entre fumar tabaco y otras psicopatologías, como: esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, alcoholismo, ansiedad y déficit de atención con hiperactividad. En estos pacientes, la prevalencia e intensidad en el consumo de tabaco suele ser el doble o el triple que la que tiene la población general.	1a Oxford <i>Socidrogalcohol, 2008</i>
	El uso de bupropión en pacientes con esquizofrenia puede mejorar sus síntomas y los indicios depresivos. Pacientes tratados con antipsicóticos atípicos pueden responder mejor al bupropión SR que los que utilizan antipsicóticos estándar.	1a Oxford <i>Fiore MC, 2000</i>
	En pacientes con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de tabaco es conveniente que el tratamiento para dejar de fumar lo realicen especialistas en éste, junto con personal de salud mental, debido a que el abordaje psicosocial y farmacológico de estos casos requiere consideraciones particulares.	A <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>
	Respecto a vareniclina, la FDA recomienda: a) que los pacientes informen al médico de cualquier antecedente de enfermedad psiquiátrica antes de iniciar esa medicación, b) que el médico supervise a los pacientes para detectar cambios en el estado de ánimo y conducta cuando prescriban esta medicación.	A Oxford <i>Fiore MC, 2000</i>
	Es recomendable que todos los fumadores en abstinencia que manifiesten síntomas depresivos o de ansiedad acudan a un especialista de la salud mental para incrementar las probabilidades de mantenerse en abstinencia.	Punto de buena práctica
	La disminución gradual es recomendada más que la reducción abrupta, sobre todo en aquellos pacientes con sintomatología depresiva y de ansiedad.	D Oxford Consenso del grupo de trabajo que elaboró esta guía

	Todo paciente con enfermedad cardiovascular debe recibir al menos una intervención breve para dejar de fumar y un consejo de impacto para suspender el consumo de tabaco. Los sustitutos nicotínicos o el bupropión son seguros en estos pacientes y no incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares.	C <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>
	Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica deberán recibir tratamiento farmacológico y psicosocial intensivo.	A <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>

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

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La prevalencia de tabaquismo es alta en pacientes con trastornos psiquiátricos y con trastornos por consumo de otras sustancias, se recomienda que reciban tratamiento para el cese del tabaquismo.	1a Oxford <i>Smoking Cessation Guidelines, 2008</i>
	Debido a la creciente evidencia de la fuerte relación entre los trastornos del estado de ánimo y el tabaquismo, se recomienda canalizar a los pacientes que manifiesten sintomatología ansiosa o depresiva con profesionales del área de la salud mental.	D Oxford <i>Consenso del grupo de trabajo que elaboró esta guía</i>
	Es conveniente contar permanentemente con materiales de difusión y orientación sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y opciones para el tratamiento. Referir al nivel de atención adecuado a los pacientes que no logren la abstinencia en los 10 días posteriores a la intervención breve y al consejo médico. Enviar a segundo o tercer nivel a los pacientes fumadores con alta probabilidad de cardiopatía isquémica o enfermedad pulmonar crónica obstructiva para confirmar diagnóstico y evaluar tratamiento a seguir. Derivar a segundo nivel de atención médica a los pacientes fumadores con infarto agudo de miocardio reciente, fumadores con arritmia cardíaca, hipertensión arterial no controlada o con enfermedades psiquiátricas.	A Oxford <i>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina, 2005</i>

	Referir a segundo o tercer niveles a pacientes con intentos fallidos de cesación, a fin de encontrar la estrategia adecuada.	D Oxford <i>Consenso del grupo que elaboró la guía</i>
---	--	--

4.5 PUNTOS GENERALES DE BUENA PRÁCTICA DEL GRUPO DE TRABAJO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Para los fumadores con gran preocupación sobre la ganancia de peso, se debe prescribir bupropión de liberación prolongada o terapia sustitutiva nicotínica (en particular chicle), ya que han mostrado menor aumento de peso tras la suspensión del consumo de tabaco.	A Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>
	Se recomienda: • Investigar en los pacientes no fumadores si conviven con personas que consumen tabaco, para orientarlos sobre el cuidado a su salud, derecho a espacios libres de humo y ofrecer la información y el tratamiento oportuno • Informar a todos los pacientes internados en un servicio de salud, que la unidad de salud en que se encuentran es un ámbito libre de humo de tabaco y se debe ofrecer sistemáticamente tratamiento para aquellos fumadores que lo deseen	D Oxford <i>Consenso del grupo que elaboró la guía</i>
	Los clínicos dedicados a la atención dental deben otorgar consejería breve a todos los consumidores de nicotina.	A Oxford <i>US Department of Health and Human Services, 2008</i>

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos sobre la temática **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención**. La estrategia de búsqueda se realizó en PubMed.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma **inglés o español**
- Publicados durante los últimos 5 años
- Documentos enfocados a: **factores de riesgo, prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco**

Criterios de exclusión:

- Documentos distintos al idioma **español o inglés**

Estrategia de búsqueda

La búsqueda de información consistió de tres etapas, en las que se localizaron Guías de Práctica Clínica, Revisiones Sistemáticas y Meta-Analysis.

Primera Etapa

Para la primera etapa se realizaron búsquedas de Guías de Práctica Clínica utilizando los descriptores obtenidos previamente del MeSH que a continuación se mencionan: **risk factors, diagnosis, prevention and control, treatment, tobacco smoke pollution, smoke inhalation injury**. Se hicieron búsquedas con los términos de manera única y en combinación, se utilizaron límites y se obtuvo un algoritmo de búsqueda como se demuestra en la siguiente Tabla.

Descriptores	Límites	Resultados
tobacco smoke pollution	Published in the last 5 years, Humans, Guideline, Practice Guideline	4 (4)
smoke inhalation injury	Published in the last 5 years, Humans, Guideline, Practice Guideline	1 (1)
prevention and control and diagnosis and treatment and risk factors and tobacco	Published in the last 5 years, Humans, Guideline, Practice Guideline	1 (1)

smoke pollution		
prevention and control and diagnosis and treatment and risk factors and smoke inhalation injury	Published in the last 5 years, Humans, Guideline, Practice Guideline	0

En la primera etapa se localizaron **6 documentos**, los cuales se utilizaron para la integración de esta guía de práctica clínica.

Segunda Etapa

Se decidió dar paso a una segunda etapa, con la finalidad de localizar Revisiones Sistemáticas sobre el tema. La búsqueda documental se realizó utilizando los mismos descriptores MeSH que en la primera etapa. Las búsquedas y los límites establecidos se presentan a continuación.

Descriptores	Límites	Resultados
tobacco smoke pollution	Published in the last 5 years, Humans, Systematic Review	94 (26)
smoke inhalation injury	Published in the last 5 years, Humans, Systematic Review	9 (7)
prevention and control and diagnosis and treatment and risk factors and tobacco smoke pollution	Published in the last 5 years, Humans, Systematic Review	2
prevention and control and diagnosis and treatment and risk factors and smoke inhalation injury	Published in the last 5 years, Humans, Systematic Review	0

En la segunda etapa se obtuvieron **105 registros**, de los cuales, 33 se utilizaron para la integración de la guía de práctica clínica en cuestión.

Tercera Etapa

Por último, se decidió realizar una búsqueda de Meta-Analysis a fin de completar las tres etapas más importantes para localizar información. Los resultados se describen a continuación.

Descriptores	Límites	Resultados
tobacco smoke pollution	Published in the last 5 years, Humans, Meta-Analysis	28 (1)
smoke inhalation injury	Published in the last 5 years, Humans, Meta-Analysis	1

prevention and control and diagnosis and treatment and risk factors and tobacco smoke pollution	Published in the last 5 years, Humans, Meta-Analysis	0 (1)
prevention and control and diagnosis and treatment and risk factors and smoke inhalation injury	Published in the last 5 years, Humans, Meta-Analysis	0

Algoritmo de búsqueda

	Búsqueda	
#27	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #6 Schema: all Filters: published in the last 5 years; Humans; Meta-Analysis	0
#26	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #6 Filters: published in the last 5 years; Humans; Meta-Analysis	0
#25	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #5 Schema: all Filters: published in the last 5 years; Humans; Meta-Analysis	0
#24	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #5 Filters: published in the last 5 years; Humans; Meta-Analysis	0
#23	Search #6 Filters: published in the last 5 years; Humans; Meta-Analysis	1
#22	Search #5 Filters: published in the last 5 years; Humans; Meta-Analysis	28
#9	Search #5 Filters: published in the last 5 years; Humans	2 511
#17	Search #5 Filters: published in the last 5 years; Humans; Systematic Reviews	94
#21	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #6 Schema: all Filters: published in the last 5 years; Humans; Systematic Reviews	0
#20	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #6 Filters: published in the last 5 years; Humans; Systematic Reviews	0
#19	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #5 Filters: published in the last 5 years; Humans; Systematic Reviews	2
#18	Search #6 Filters: published in the last 5 years; Humans; Systematic Reviews	9
#16	Search #5 Filters: published in the last 5 years; Humans; Practice Guideline	4
#11	Search #5 Filters: published in the last 5 years; Humans; Guideline; Practice Guideline	4
#15	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #6 Schema: all Filters: published in the last 5 years; Humans; Guideline; Practice Guideline	0
#14	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #6 Filters:	0

	published in the last 5 years; Humans; Guideline; Practice Guideline	
<u>#13</u>	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #5 Filters: published in the last 5 years; Humans; Guideline; Practice Guideline	1
<u>#12</u>	Search #6 Filters: published in the last 5 years; Humans; Guideline; Practice Guideline	1
<u>#10</u>	Search #5 Filters: published in the last 5 years; Humans; Guideline	4
<u>#8</u>	Search #5 Filters: published in the last 5 years	2 821
<u>#7</u>	Search #5	9 551
<u>#6</u>	Search smoke inhalation injury	1 184
<u>#5</u>	Search tobacco smoke pollution	9 551
<u>#4</u>	Search risk factors	738 601
<u>#3</u>	Search treatment	7529301
<u>#2</u>	Search diagnosis	7830567
<u>#1</u>	Search prevention and control	983 823

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	1b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohorte, con homogeneidad; es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	2b	Estudios de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorizados de baja calidad (<80% de seguimiento)
	2c	Investigación de resultados en salud
C	3^a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad; es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	3b	Estudios de casos y controles individuales
	3c	Serie de casos y estudios de cohorte y de casos y controles de baja calidad

*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D

Estudios de diagnóstico

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad; es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas
	1b	Estudios de cohorte que validen la calidad de una prueba específica, con buenos estándares de referencia (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico
B	2a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad; es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	2b	Estudios exploratorios que, a través de, por ejemplo, una regresión logística, determinan qué factores son significativos; y que sean validados con buenos estándares de referencia (independientes de la prueba), o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico, o de validación de muestras

	3b	separadas Comparación cegada u objetiva de un espectro, una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinada para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio
C	4	- Los estándares de referencia no son objetivables, cegados o independientes - Las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes - El estudio compara pacientes con un trastorno determinado conocido con pacientes diagnosticados de otra condición
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

ANEXO II. HISTORIAL DE CONSUMO DE TABACO

Datos personales			
Nombre: _____			
Fecha de elaboración: _____		Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente: _____	
Antecedentes de tabaquismo			
1. Edad en años cumplidos: _____			
2. ¿A qué edad inició el consumo de tabaco? _____			
3. ¿Qué lo motivó a iniciar a fumar?:			
☐ 3.1	Por curiosidad	☐ 3.2	Para sentirse más grande
☐ 3.3	Por influencia de los amigos	☐ 3.4	Por rebeldía
☐ 3.5	Por imitación	☐ 3.6	Era fácil conseguir los cigarros
☐ 3.7	Otro, cuál: _____	☐ 3.8	No contestó
4. ¿A qué edad se dio cuenta de que fumaba cinco cigarros o más al día?			
☐ 4.1	Antes de los 10 años	☐ 4.2	Entre los 10 y los 15 años
☐ 4.3	Entre los 16 y los 20 años	☐ 4.4	Entre los 20 y los 25 años
☐ 4.5	Entre los 26 y los 30 años	☐ 4.6	Después de los 30 años
5.1 ¿Cuántos cigarrillos fuma al día, actualmente? _____			
5.2. ¿Cuánto tiempo tiene consumiendo la cantidad de cigarros que actualmente fuma? _____			
6.1 ¿Alguna vez ha dejado de fumar? ☐ Sí ☐ No			
6.2 ¿Cuántas veces lo ha intentado? _____			
7. ¿Qué método (s) utilizó para dejar de fumar? (encierre en un círculo la respuesta):			
☐ 7.1	Nada	☐ 7.8	Psicoterapia individual o grupal
☐ 7.2	Goma de mascar	☐ 7.9	Clínicas contra el tabaquismo
☐ 7.3	Parches	☐ 7.10	Disminuyendo el consumo
☐ 7.4	Bupropión	☐ 7.11	Apoyo psicológico por vía telefónica
☐ 7.5	Vareniclina	☐ 7.12	Otros ¿Cuál? _____
☐ 7.6	Gotas de orozuz		
☐ 7.7	Psicoterapia de grupo		
8. ¿Vive con familiares fumadores?			
☐ 8.1 No		☐ 8.2 Sí. ¿Cuántos son? _____	
9. ¿Trabaja o convive con fumadores?			
☐ 9.1 No		☐ 9.2 Sí. ¿Cuántos son? _____	

ANEXO III A. FASES DE CAMBIO. MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DiCLEMENTE, 1994

Precontemplación	Los fumadores no tienen intención de cambiar su conducta en los próximos 6 meses (período suficiente para que el individuo planee seriamente cambios en sus conductas de salud)
Contemplación	La persona empieza a ser consciente de su problema y participa activamente buscando información y planeando el cambio seriamente en los próximos 6 meses Generalmente son fumadores que han intentado dejar de serlo en varias ocasiones, pero han tenido dificultades para conseguirlo. Hay ambivalencia importante y lucha por definirse
Preparación	El sujeto ha planeado modificar su conducta; es decir, dejar de fumar en los próximos 30 días. La ambivalencia se define hacia lo positivo.
Acción	Los individuos han iniciado activamente la modificación de su conducta, llegando a lograrlo con éxito, pero llevan aún sin fumar menos de 6 meses. En esta fase es en la que existe mayor riesgo de recaídas
Mantenimiento	El individuo lleva sin fumar un período superior a 6 meses. En esta fase se ejecutan las estrategias necesarias para prevenir la recaída y de este modo afianzar las ganancias logradas en la fase anterior. La recaída es producto de la interrupción de la fase de acción o de mantenimiento, provocando un movimiento hacia estadios previos de precontemplación y contemplación. La recaída es un fenómeno sumamente frecuente en las conductas adictivas, que hay que prevenir

ANEXO III B. EVALUACIÓN DE LAS ETAPAS DE CAMBIO

1. ¿Por qué cree que no ha podido dejar de fumar? _____			
2. ¿Le gustaría dejar de fumar?			
O 2.1 Sí		O 2.2 No	
3. ¿A partir de cuándo le gustaría dejar de fumar?			
3.1	En más de 6 meses	3.5	En un par de días
3.2	En 6 meses	3.6	Hoy mismo
3.3	En 2 meses	3.7	No contestó
3.4	En un par de semanas		
4. ¿Por qué cree que ahora sí podría dejar de fumar? _____			

5. Para el entrevistador: indique con una X en el lado derecho, la fase de cambio en que se encuentra el entrevistado					
5.1	Precontemplación		5.4	Acción	
5.2	Contemplación		5.5	Mantenimiento	
5.3	Preparación		5.6	Reincidencia	
6. Señale con una X el tipo de intervención que requiere el paciente					
6.1 Candidato a intervención breve			6.2 Candidato a intervención intensiva o avanzada (tratamiento para dejar de fumar)		

ANEXO IV. TEST DE RICHMOND

Motivación para Dejar de Fumar

	Preguntas	Opciones	Puntuación
1	¿Te gustaría dejar de fumar si pudieras hacerlo fácilmente?	Sí	1
		No	0
2	¿Qué interés tienes en dejar de fumar?	Ninguno	0
		Poco	1
		Bastante	2
		Mucho	3
3	¿Intentarás dejar de fumar en las 2 semanas próximas?	Definitivamente no	0
		Quizás	1
		Sí	2
		Definitivamente sí	3
4	¿Crees en la posibilidad de continuar sin fumar en los próximos 6 meses?	Definitivamente no	0
		Quizás	1
		Sí	2
		Definitivamente sí	3

Menos de 4 puntos:	Motivación baja	
De 5 a 6 puntos:	Motivación media	
Más de 7 puntos:	Motivación alta	

ANEXO V. CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA DE NICOTINA DE FAGERSTRÖM

Fecha: _____		Número de expediente: _____	
Nombre del paciente: _____			
Examínese usted mismo: encierre en un círculo el número de la respuesta correcta			
1 ¿Cuántos cigarros fuma usted al día?		4 ¿Qué cigarro le es más difícil de omitir?	
3 puntos más	☐ 31 o	1 punto	☐ El primero de la mañana
2 puntos	☐ 21 a 30	0 puntos	☐ Algún otro
1 punto	☐ 11 a 20		
0 puntos	☐ Menos de 10		
2 ¿Fuma usted más cigarros durante la primera parte del día, que durante el resto del día?		5 ¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	
1 punto	☐ Sí	1 punto	☐ Sí
0 puntos	☐ No	0 puntos	☐ No
3 ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarro?		6 ¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en cama?	
3 puntos	☐ Menos de 5 minutos	1 punto	☐ Sí
2 puntos	☐ 6 a 30 minutos	0 puntos	☐ No
1 punto	☐ 31 a 60 minutos		
0 puntos	☐ Más de 60 minutos		
Conversión:		Resultado de la prueba:	
Una pipa = tres cigarros		De 0 a 3 puntos: = Dependencia baja	
Un puro = 4 a 5 cigarros		De 4 a 7 puntos: = Dependencia moderada	
Un puro pequeño = tres cigarros		8 puntos o más puntos: = Dependencia alta	
Nombre del aplicador		Firma	

ANEXO VI A. MODELO DE LAS CINCO AES DEL CONSEJO BREVE PARA TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

ACCIÓN	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Averiguar	Identificar sistemáticamente a los fumadores en cada visita	"¿Usted fuma?"
Aconsejar	De forma clara, convincente y personalizada la importancia de dejar de fumar. Es importante relacionar el uso de tabaco con el estado de salud, enfermedades actuales y sus costos sociales o económicos, el nivel de motivación/disposición para dejar de fumar y el impacto del tabaquismo sobre los niños u otros miembros de la familia. Se sugiere entregar folletos o manuales de autoayuda	<i>Clara</i> "Creo que es importante para usted que deje de fumar ahora; nosotros le podemos ayudar a lograrlo" <i>Convincente</i> "¿Sabe usted que al dejar de fumar evita muchas enfermedades producidas por el tabaquismo?, una simple tos puede ser el principio de varias de ellas" <i>Personalizada</i> ¿Cuánto gasta usted semanalmente en cigarros?, ¿Creería usted que la hiperactividad o el asma de su hijo pueden ser una consecuencia de la exposición pasiva al humo de su cigarro?
Apreciar	Se debe evaluar el grado de motivación para dejar de fumar, la disposición al cambio y valorar los esfuerzos de paciente. Acuerde tratamiento en todos los casos en que el paciente esté en disposición. Aprovechar cualquier contacto con el paciente para recordar los mensajes de dejar de fumar y reevaluar el estadio de cambio. Si el paciente está dispuesto a recibir tratamiento intensivo, deberá iniciarse o remitirlo	M. "Observo que su consumo es muy alto y que su dependencia también, ¿ha pensado en dejar de fumar?" P. Sí, me gustaría, pero me preocupa no poder lograrlo M. Entiendo su preocupación y debe saber que hay medicamentos y apoyo psicológico que le ayudarán a conseguir el objetivo con mayor facilidad"
Ayudar	Apoyar al paciente a diseñar un plan para dejar de fumar: acordar conjuntamente una fecha para la suspensión, en un plazo de 2 semanas; ofrecer tratamiento farmacológico cuando se estime oportuno; anticiparse a las dificultades que representa el dejar de fumar, particularmente durante las primeras semanas; registrar la información sobre los signos y síntomas de abstinencia de la nicotina	M. ¿Qué día le gustaría iniciar su abstinencia? P. El próximo lunes será mi cumpleaños, ¿ese día podría ser? M. ¿Qué le parece si mejor inicia al día siguiente? Desde hoy comenzará con el medicamento que le voy a indicar en la receta, siga cuidadosamente las indicaciones. P. ¿Eso me ayudará de dejar de fumar? M. Sí, pues disminuirán los síntomas de la abstinencia y, además, le voy a dar una lista de recomendaciones para que usted cuente con estrategias que le ayuden a mantener su abstinencia
Arreglar	Planea con el paciente un seguimiento para reforzar y prevenir las recaídas en cada visita sucesiva. Establezca cita próxima Reforzar y prevenir las recaídas en cada visita sucesiva	M. Nos vemos en 15 días: haga un registro de las situaciones más difíciles que haya enfrentado en estos días para comentarlas la próxima vez. Es muy importante que nos veamos. Aquí lo espero

ANEXO VI B. COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN BREVE

Cinco componentes de la intervención breve	
1. Conocer el estatus de fumador, registrarlo y actualizarlo en cada consulta	
2. Realizar un consejo breve y de impacto para dejar de fumar	
3. Evaluar el nivel de motivación (o etapa de cambio)	
4. Elaborar un programa de tratamiento ○ Fecha de abandono ○ Intervención psicosocial ○ Intervención farmacológica	
5. Elaborar un plan de seguimiento	

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

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

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

1. Razones personales para dejar de fumar	• El impacto de la motivación será mayor si se jerarquizan las propias razones o motivos del fumador • Proveer información sobre buenas razones para dejar de fumar e intentar conectarlas con los síntomas que presenta el paciente • Preguntar al paciente: ¿Cuáles cree que podrían ser razones importantes para dejar de fumar?
2. Riesgos del tabaquismo	• Se deben resaltar aquellos riesgos que son relevantes para el fumador • Se debe informar sobre el riesgo agudo y a largo plazo. El riesgo para el medio ambiente y para los convivientes (tabaquismo pasivo, aumento de la incidencia de asma y catarros en los niños, entre otros) • Se debe desmitificar el hecho de que fumar pocos cigarros o fumar en pipa o puro es inofensivo para la salud • Falsas evidencias, como un solo estudio clínico sin datos patológicos, no implica que fumar haya sido inofensivo • Debe vincularse al tabaquismo con otros problemas de salud • Preguntar al paciente: ¿Cómo cree que el tabaco afecta su salud? ¿Cuáles cree que podrían ser las consecuencias de fumar?
3. Beneficios de abandonar el consumo de tabaco	• Se deben jerarquizar las prioridades del paciente • Proveer información sobre los beneficios posibles: como mejorar la salud general, el rendimiento físico, disminuir los riesgos de cáncer e infarto, tener hijos más sanos, arrugarse mucho menos, recuperar los sentidos del gusto y del olfato, ahorrar dinero, mejorar la calidad de vida, entre otros • Preguntarle al paciente: ¿Cuáles beneficios cree que podría tener si dejara de fumar?
4. Obstáculos para abandonar el consumo de tabaco	• Se deben ofrecer respuestas y alternativas de solución a obstáculos como: temor al fracaso, aumento de peso, pérdida del placer de fumar • Preguntarle al paciente: ¿Hay algo que le impide dejar de fumar? ¿Qué le preocuparía si dejara de fumar? ¿Le genera algún temor dejar de fumar?
5. Evaluación de intentos anteriores de cesación	• Debe indagarse cómo fueron estos intentos, cuánto tiempo estuvo sin fumar, qué fue útil, por qué volvió a fumar y qué cree haber aprendido de esos episodios
6. Repetición continua de la intervención y ofrecimiento de ayuda explícita	• Esto debe realizarse siempre que se pueda, en cada visita. Relacionar el síntoma de consulta con el tabaquismo en cada oportunidad • Ofrecer ayuda explícita: mostrarse interesado en ayudarlo a dejar de fumar y ofrecer una entrevista para iniciar un programa de tratamiento, explicar que existe tratamiento y está a su alcance

ANEXO IX. ESTRATEGIAS DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

1. Relevancia La información motivacional tiene el mayor impacto si es relevante en relación con: el estado de enfermedad o de riesgo de un paciente, su situación familiar o social (por ejemplo, tener niños en casa), la preocupación por la salud, edad y sexo, el costo económico, otras características importantes del paciente (por ejemplo, experiencias anteriores, barreras personales)
2. Riesgos El médico debería solicitar al paciente que identifique las posibles consecuencias negativas del uso del tabaco e indicarle las más relevantes. El profesional deberá señalar que fumar cigarros bajos en alquitrán/nicotina ("light") o utilizar de otra forma el tabaco (por ejemplo, no tragarse el humo, fumar puros o en pipa) no elimina los riesgos
3. Recompensas El profesional sanitario solicitará al paciente que identifique los beneficios potenciales de dejar de fumar e indicará los más relevantes (mejora de la salud)
4. Resistencias Las barreras típicas podrían consistir en síntomas de abstinencia, temor al fracaso (sentimiento que suele estar encubierto y debemos ayudar a expresar), aumento de peso, falta de apoyo, depresión, disfrute del tabaco. El profesional solicitará al paciente que las identifique para establecer las estrategias más convenientes
5. Repetición La intervención motivacional consiste en dar información necesaria para educar, tranquilizar y motivar. Deberá repetirse a cada paciente no motivado que asiste a consulta. La duración no debe ser mayor de 10 minutos. A los fumadores que han fracasado en intentos previos se les deberá comunicar que una recaída no representa el fracaso sino una regresión antes de conseguir el éxito

ANEXO X. ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA

Síntoma	Duración	Causa	Recomendaciones
Cansancio	2 a 3 semanas	Falta del estímulo de la nicotina	• Aumento de horas de sueño • Tomar las cosas con calma
Irritabilidad Agresividad Nerviosismo Impaciencia	10 a 15 días	Necesidad biológica de nicotina	• Avisar a los que nos rodean • Hacer ejercicio físico • Ejercicios de respiración y relajación • Distraerse en actividades recreativas o no estresantes
Dificultad de concentración	2 a 3 semanas	Falta del estímulo de la nicotina	• No exigirse un alto rendimiento durante 2 semanas • Hacer ejercicio físico • Evitar bebidas alcohólicas
Disforia Desánimo	2 a 3 semanas	Falta del estímulo de la nicotina	• Mantener actividad: trabajo, deporte • Evitar la soledad, buscar la compañía de amigos • Descansar más tiempo • Hablar con ex fumadores
Aumento de la tos	6 a 8 días; a veces, más tiempo	Regeneración de los cilios respiratorios: aumenta la limpieza bronquial	• Beber abundantes líquidos
Estreñimiento Molestias gástricas o intestinales	10 a 15 días	Disminución de movimiento intestinal	• Dieta rica en fibra • Abundantes líquidos • Ejercicio físico
Trastornos del sueño	15 a 30 días	Alteración de las ondas cerebrales por falta de nicotina	• Evitar bebidas estimulantes • Aumentar ejercicio físico • Antes de acostarse tomar leche caliente o valeriana • Ejercicios de relajación
Dolor de cabeza	10 a 15 días	Cambios de la presión arterial por falta de nicotina	• Ducha o baño caliente • Ejercicios de relajación • Analgésicos
Aumento del apetito	2 a 3 meses	Ausencia de efecto anorexígeno de la nicotina Recuperación del sentido del gusto	• Beber mucha agua y líquidos con pocas calorías • Aumentar la ingesta de verduras y frutas • Evitar grasas y dulces • Disfrutar con actividades agradables

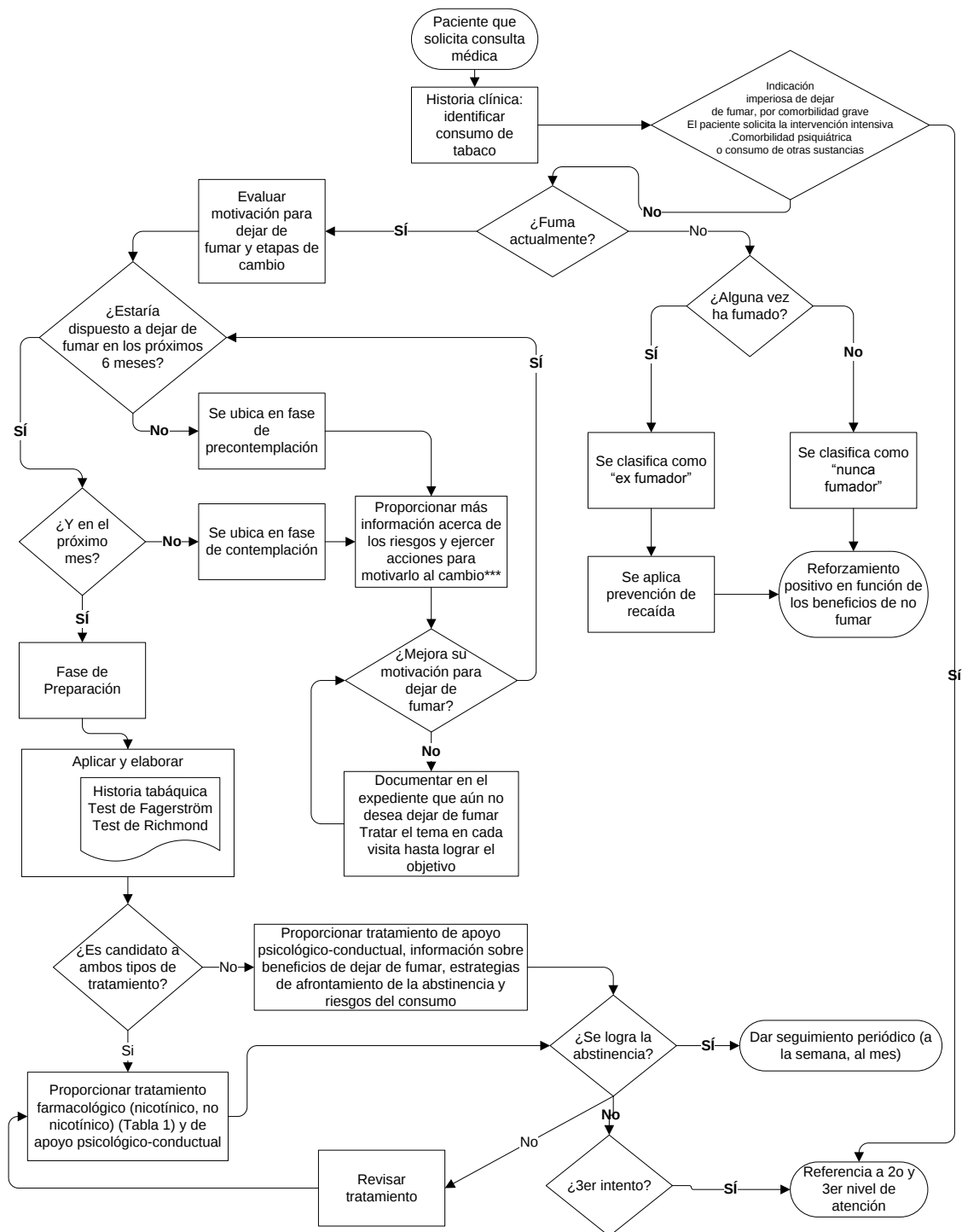
Deseo intenso de fumar: "craving"	Desde días hasta años Disminuye con el tiempo	Falta física de la nicotina los primeros días y falta psicológica durante más tiempo	• Esperar, las "ganas de fumar" pasan pronto • Respirar profundamente • Ejercicios de relajación • Salir de la situación, cambiando de actividad • Inducir cambio de pensamiento • Masticar chicle sin azúcar • Realizar alguna actividad
--	--	--	---

ANEXO XI. DOSIFICACIÓN DE FÁRMACOS PARA DEJAR DE FUMAR

Fármaco	Dosis y duración	Efectos secundarios	Contraindicaciones	
			Generales	Específicas
Parche de nicotina, 21, 14 y 7 mg	21 mg cada 24 horas por 4 a 6 semanas; posteriormente 14 mg cada 24 horas por 2 semanas; finalmente 7 mg cada 24 horas por 2 semanas	Irritación cutánea, insomnio, mareo, mialgias, cefalea	Hipertensión arterial no controlada Cardiopatía no controlada Arritmia cardíaca no controlada Embarazo	Dermatitis generalizada
Chicles de nicotina, 2 y 4 mg	12 a 15 piezas al día durante 8 a 10 semanas; luego 8 a 10 piezas diarias durante 3 a 6 meses	Dolor articular temporomaxilar, hipo, mal sabor de boca		Artropatía temporomaxilar Inflamación orofaríngea Trastornos dentarios
Bupropión	150 mg al día durante 6 días, 1 semana antes de suspender el consumo de tabaco; seguir con 150 mg 2 veces al día durante 8 a 9 semanas	Insomnio, sequedad de boca, crisis convulsivas (menos de 0.1% de casos), reacciones cutáneas, mareo	Historia de crisis convulsivas Traumatismo craneoencefálico Anorexia Bulimia Fármacos inhibidores de la monoaminoxidasa	
Tartrato de vareniclina	0.5 mg al día durante 3 días, iniciando 1 semana antes de suspender el tabaco; continuar con 0.5 mg 2 veces al día durante 4 días; a continuación, 1 mg 2 veces al día durante 3 meses Instruir para dejar de fumar el día 8, cuando la dosis aumenta a 1 mg 2 veces al día	Náusea, problemas de sueño, sueños vívidos o anormales	Precaución en pacientes con historia de trastorno depresivo o padecimientos psiquiátricos	

5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO

DETECCIÓN TEMPRANA (INTERVENCIÓN BREVE) Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO



5.5 LISTADO DE RECURSOS

5.5.1 TABLA DE MEDICAMENTOS

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento del **consumo de tabaco y humo ajeno**, en el **primer nivel de atención**, del Cuadro Básico Sectorial:

[illegible]

6. GLOSARIO

No aplica

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams DB, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG, Monti PM, et al. *The Tobacco Dependence Treatment Handbook; A guide to best practices*. Nueva York: The Guilford Press; 2003: 55-75.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
3. Becoña IE, Cortés TM, coord. *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol; 2008: 41-70.
4. Bosley ARJ, Sibert JR, Newcombe RG. *Effects of maternal smoking on fetal growth and nutrition*. Arch Dis Child 1981; 56:727-9.
5. Colombo E, Ghignone S, coord. *Tabaquismo*. Arch Argent Pediatr [online] 2005;103(5). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000500014&script=sci_arttext
6. Consejo Nacional contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México, DF: CONADIC; 2008.
7. Davies DP, Gray OP, Ellwood PC, Abernethy M. *Cigarette smoking in pregnancy: Associations with maternal weight gain and fetal growth*. Lancet 1976;21:385-7.
8. Dodgen CE. *Nicotine dependence: Understanding and applying the most effective treatment interventions*. American Psychological Association, 2005.
9. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence*. Clinical Practice Guideline. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
10. Gutiérrez-Ramírez SF. *Humo de tabaco ambiental y neumonías en niños de Monterrey, México*. Rev Salud Publica 2007;9(1):76-85.
11. Harrison CG, Branson RS, Vaucher YE. *Association of maternal smoking with body composition of the newborn*. Am J Clin Nutr 1983;8:757-62.
12. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. *The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of a Fagerström Tolerance Questionnaire*. Br J Addict 1991;86(9):1119-27.
13. Jiménez ML, Rubio E, Pérez A. *Determinación de la dependencia nicotínica en escolares fumadores a través del test de Fagerström modificado*. An Pediatr 2003;58(6):538-44.
14. López-Antuñano FJ, Lazcano-Ponce EC. *Beneficios de un lugar de trabajo libre de humo de tabaco*. En: Instituto Nacional de Salud Pública. *Cómo promover lugares de trabajo libres de humo de tabaco*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007: 23-6.
15. Mallin R. *Smoking cessation: integration of behavioral and drug therapies*. Am Fam Phys 2002;65(6):1107-14.
16. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco*. Argentina, 2005. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/info-prof.asp
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings*. Public Health Intervention Guidance No. 1, March 2006. Disponible en: [www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=smoking cessationPGMain](http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=smoking%20cessationPGMain)
18. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Varenicline for smoking cessation*. NICE technology appraisal Guidance 123 Review date: July 2010.

19. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Workplace interventions to promote smoking cessation (PH5)*. Public health guidance PH5 Issued: April 2007.
20. National Institutes of Health. *State-of-the-Science Conference*. Bethesda, Maryland (NIHSSC), 2006.
21. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión*. Ginebra: OMS; 1992.
22. Organización Mundial de la Salud. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 21 de mayo 2003.
23. Pereiro-Gómez C, coord. *Tabaquismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en evidencia científica*. Barcelona: Socidrogalcohol; 2008.
24. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. *In search of how people change. Applications to addictive behavior*. Am Psychol 1992;47(9):1102-14.
25. Prochaska JO, Prochaska JM. *Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas*. En: Casa M, Gossop M, ed. *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Neurociencias; 1993: 85 - 136.
26. Reardon JZ. *Environmental tobacco smoke: respiratory and other health effects*. Clin Chest Med 2007;28:559-73.
27. Registered Nurses' Association of Ontario. *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice (Revised)*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario; 2007.
28. Reicher J, Araujo AJ, Goncalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. *Smoking Cessation Guidelines*. J Bras Pneumol 2008;34(10):845-80.
29. Reynales-Shigematsu, LM. *Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS Morelos*. Salud Publica Mex 2005;47:451-7.
30. Sancho, JL. *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III; 2003.
31. Secretaría de Salud. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México, DF: SSA; 2009. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/nom028.pdf>
32. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. *Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar*. (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com
33. US Department of Health and Human Services. *Treating tobacco use and dependence*, Update, 2008. Disponible en: http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
34. Villalba CJ, Martínez-Herederó R. *Frecuencia del carcinoma broncopulmonar en pacientes fumadores y no fumadores diagnosticados en el INER en 1991*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2004;17(1):27-34.
35. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. *Effect of potentially modifiable risk factor associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*. Lancet 2004 Sep 11;364(9438):937-52.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **a las instituciones que elaboraron la guía** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de las **Universidad Nacional Autónoma de México** en los procesos de **validación interna** su valiosa colaboración en esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	<i>Directora General</i>
Dr. José David Leonardo Hernández Santillán	<i>Director de Integración de GPC</i>
Dra. Selene Martínez Aldana	<i>Subdirectora de GPC</i>
Dra. Sandra Danahé Díaz Franco	<i>Departamento de Validación y Normatividad de GPC</i>
Dr. Jesús Ojino Sosa García	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dr. Luis Agüero y Reyes	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dr. Héctor González Jácome	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	<i>Coordinadora de guías de gineco-obstetricia</i>
Dr. Arturo Ramírez Rivera	<i>Coordinador de guías de pediatría</i>
Dr. Eric Romero Arredondo	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Dr. Joan Erick Gómez Miranda	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Lic. Alonso Max Chagoya Álvarez	<i>Investigación Documental</i>
Dra. Ana María Corrales Estrada	<i>Apoyo a los centros desarrolladores institucionales</i>
Dra. Magda Luz Atrián Salazar	<i>Revisión Editorial</i>
Dr. Pedro Nieves Hernández	<i>Subdirector para la Gestión de GPC</i>
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	<i>Departamento de Apoyo Científico para GPC</i>
Lic. Juan Ulises San Miguel Medina	<i>Departamento de Coordinación de Centros de Desarrollo de GPC</i>
Dra. Gilda Morales Peña	<i>Coordinación de avances sectoriales</i>

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial

Secretaría de Salud

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro

Social

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales de los Trabajadores del

Estado

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo

Integral de la Familia

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Alberto Lifshitz Guinzber

Secretario del Consejo de Salubridad General

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Romeo Rodríguez Suárez	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Mtro. David García Junco Machado	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg	Titular
Secretario Técnico del Consejo de Salubridad General	
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Urólogo Rafael Ángel Delgado Nieto	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dr. Santiago Echevarría Zuno	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. Francisco Hernández Torres	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
Director General de Información en Salud	
M en A María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular 2012-2013
Dr. Norberto Treviño García Manzo	
Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca	
Dr. Jesús Salvador Fragozo Bernal	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Dra. Mercedes Juan López	Asesor Permanente
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	
Dra. Sara Cortés Bargalló	Asesor Permanente
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	
Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dra. Mercedes Macías Parra	Invitada
Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	