

Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

CESACIÓN TABÁQUICA:

*Compilación de las recomendaciones actualizadas
para Profesionales de la salud en Colombia*

ISBN 978-958-8963-07-5



Instituto Nacional de Cancerología ESE
2016

CESACIÓN TABÁQUICA: COMPILACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES ACTUALIZADAS
PARA PROFESIONALES DE LA SALUD EN COLOMBIA.



Financiación: Instituto nacional de Cancerología ESE

Interventoría: Grupo Área de Salud Pública

© Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Instituto Nacional de Cancerología.

Bogotá, D.C. 2016



Carolina Wiesner Ceballos
Directora General (E)

Amaranto Suárez
Subdirector General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica,
Promoción y Prevención

Jesús Antonio Acosta Peñaloza
Subdirector de Atención Médica y Docencia

Juan José Pérez Acevedo
Subdirector Administrativo y Financiero

Giana María Henríquez Mendoza
Coordinadora Grupo Área de Salud Pública

Oscar Andrés Gamboa Garay
Coordinador Grupo Área Unidad de Análisis

Yolanda Marín
Coordinadora Grupo de Políticas y Movilización Social



**Instituto Nacional
de Cancerología-ESE**
Colombia
Por el control del cáncer

CESACIÓN TABÁQUICA:

Compilación de las recomendaciones actualizadas
para profesionales de la salud en Colombia

Compilado por:

Lida Janeth Salazar Fajardo
Giana Henríquez Mendoza

CESACIÓN TABÁQUICA: COMPILACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES ACTUALIZADAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD EN COLOMBIA

Tabla de contenido

Presentación.....	8
Definiciones.....	9
Introducción	11
Los productos del tabaco son cada vez más peligrosos.....	13
Tabaquismo en Colombia: problema y políticas de control	14
Convenio marco para el control del tabaquismo.....	16
Programas de cesación de consumo de tabaco.....	20
Compilación de resultados de investigación sobre cesación tabáquica en el INC.....	22
Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia.....	23
Eficacia y seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco	26
Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco.....	29
Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco.....	30
Estudio de costo – efectividad e impacto presupuestal de intervenciones de cesación tabáquica en Colombia	34
Discusión	38
Anexos	45

Listado de tablas

TABLA 1 POLÍTICAS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL PLAN DE MEDIDAS MPOWER	17
TABLA 2 RECOMENDACIONES PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN ADULTA COLOMBIANA.....	25
TABLA 3 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA TERAPIA FARMACOLÓGICA DE REEMPLAZO NICOTÍNICO PARA CESACIÓN DE CONSUMO DE TABACO.....	27
TABLA 4 TERAPIAS ALTERNATIVAS UTILIZADAS PARA CESACIÓN DE CONSUMO DE TABACO.....	29
TABLA 5 RESULTADOS DIFERENCIALES DE LA CONSEJERÍA PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO	31

Listado de ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1 BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR	21
ILUSTRACIÓN 2 RESUMEN ESQUEMÁTICO DE LAS INTERVENCIONES DE LA CONSEJERÍA PARA LA CESACIÓN DE LA ADICCIÓN DEL TABACO EN COLOMBIA. 2012	32

Presentación

Desde hace al menos veinte años, se ha considerado la mortalidad asociada al tabaquismo como una epidemia global que crece y amenaza la salud pública en numerosos países del mundo. En la actualidad las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco constituyen la principal causa de enfermedad y mortalidad prevenible a nivel mundial. Los ingresos por impuestos, no compensan los gastos en salud del tabaquismo; convirtiéndose en uno de los desafíos más grandes para la salud pública: la reducción de las enfermedades y la disminución de los costos económicos ocasionados por el consumo de tabaco.

Mediante alianzas generadas entre naciones, y liderados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupados por las consecuencias del consumo de tabaco, se conformó en el 2003 una estrategia global: el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT); este contempla diferentes medidas regulatorias y restrictivas sobre el consumo de tabaco, con el objetivo de impactar de manera importante en la disminución de la mortalidad. Se estima que su aplicación podría prevenir cerca de 110 millones de muertes a nivel mundial para el 2050. Adicionalmente, en los últimos años se ha generado fuerte evidencia de como la cesación del consumo de tabaco es la intervención más costo-efectiva que se puede ofrecer; no obstante, los servicios de salud no parecen estar lo suficientemente informados acerca de la reducción del riesgo que conlleva el dejar de fumar.

El objetivo del presente documento es realizar una compilación a partir de los artículos originales publicados por investigadores del Instituto Nacional de Cancerología, respecto de las estrategias para la cesación del consumo de tabaco, a fin de proveer una herramienta de fácil consulta para los profesionales del área de la salud del país. Se busca impactar de manera positiva en la reducción del riesgo y prevención de enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco y sus derivados, en la atención sanitaria y en las acciones de salud pública.

Definiciones

Área cerrada: Todo espacio cubierto por un techo y confinado por paredes, independientemente del material utilizado para el techo, las paredes o los muros y de que la estructura sea permanente o temporal.

Humo de segunda mano: El humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo o de otros productos de tabaco generalmente en combinación con el humo exhalado por el fumador.

Fumar: El hecho de estar en posición de control de un producto de tabaco encendido independientemente de que el humo se esté inhalando o exhalando en forma activa.

Lugar de trabajo: Todos los lugares utilizados por las personas durante su empleo o trabajo incluyendo todos los lugares conexos o anexos y vehículos que los trabajadores utilizan en el desempeño de su labor. Esta definición abarca aquellos lugares que son residencia para unas personas y lugar de trabajo para otras.

Lugares públicos: Todos los lugares accesibles al público en general, o lugares de uso colectivo, independientemente de quién sea su propietario o del derecho de acceso a los mismos.

Fumador: Toda persona que ha fumado durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos y ha consumido más de 100 cigarrillos en la vida.

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

Abstinencia (porcentual): Porcentaje de fumadores que consiguen una abstinencia prolongada del consumo de tabaco. Corresponde al porcentaje de fumadores en un grupo o situación de tratamiento que estaba abstinentes en un momento puntual del seguimiento a corto plazo (6 semanas o menos) o a largo plazo (6 meses o más).

Abstinencia puntual: Medida de la abstinencia del consumo de tabaco basada en el consumo de tabaco en un período de tiempo determinado previo a una evaluación de seguimiento.

Adicción a la nicotina: El continuar el uso de tabaco a pesar del deseo de dejar de fumar, múltiples intentos previos de cesación, consumo persistente a pesar de una enfermedad física, la presencia de tolerancia y de síntomas de abstinencia.

Cesación del tabaquismo: Descontinuación del consumo de tabaco. Parar la acción de inhalar y exhalar cigarrillo.

Consejería para dejar de fumar: Actividad comunicativa entre profesional de la salud y el paciente que promueve el desarrollo de capacidades para dejar de fumar.

Consejería corta: Es la intervención inicial una vez identificada la adicción; se realiza en menos de 10 minutos y en episodio único.

Consejería intensiva: Aquella consejería con una duración mayor a diez minutos en cuatro sesiones o más; en ocasiones se denomina “intervención comportamental”, refiriéndose a la acción no farmacológica sobre conductas de riesgo.

Intervención psicoterapéutica: Proceso comunicativo entre un psicoterapeuta y un paciente cuyo propósito es la mejoría en la calidad de vida de este último a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

Tamización del tabaquismo: Indagación sistemática del estatus de fumador en cada uno de los encuentros clínicos independiente del motivo de consulta.

Proveedor de la consejería: Es el profesional que realiza la intervención para la cesación del tabaquismo.

Modelo de consejería: Es la metodología con la que se lleva a cabo la intervención comunicativa.

Terapia de reemplazo de nicotina: Implica el uso de productos que suministran dosis bajas de nicotina pero que no contienen las toxinas que se encuentran en el humo. El objetivo de utilizarla es aliviar los síntomas de abstinencia al cigarrillo.

Efecto adverso medicamentoso: Según la Organización Mundial de la Salud es: “cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas”.

Introducción

De acuerdo a la OMS, el tabaquismo es factor de riesgo determinante en seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo (1). El cáncer ocupa el segundo lugar después de las enfermedades cardiovasculares. Los fumadores mueren en promedio 10 años antes que los no fumadores. La cesación del consumo de tabaco a los 60, 50, 40 o 30 años aumenta la expectativa de vida en 3, 6, 9 o 10 años respectivamente(2).

En la actualidad, más de 1300 millones de personas fuman tabaco en todo el mundo, de las que aproximadamente la cuarta parte son adultos (3) y cuatro de cada cinco viven en países de bajos y medianos ingresos(4). Adicionalmente su consumo causa la muerte a más de cinco millones de personas cada año; se estima que en este momento el tabaco es responsable de una de cada diez defunciones, como segunda causa de mortalidad a nivel mundial, y que la mitad de las personas que fuman hoy morirán a causa del consumo de tabaco (5). De mantenerse las tendencias actuales, se predice que la carga de mortalidad puede duplicarse para el 2030 si no se establecen medidas que permitan contrarrestarla (3).

“La tendencia en los países desarrollados es la disminución del tabaquismo mientras que en los países en vías de desarrollo es el aumento del consumo. Según la OMS, Colombia es la cuarta nación americana con el mayor consumo de cigarrillos por persona, después de Estados Unidos, Canadá y Venezuela” (5).

La industria multinacional se ha posicionado de manera contundente en los mercados en todos los países del planeta, aprovechando la capacidad adictiva de la nicotina (6). Se prevé que la cantidad de fumadores alcance los 1.600 millones en el año 2025 (7).

En el 2008, la OMS identificó seis medidas de control del tabaco efectivas; una de ellas es ofrecer ayuda a la población para dejar de fumar (8). En ese sentido es importante resaltar que las recomendaciones para la cesación del consumo de tabaco, en adultos, en el marco de un programa estructurado, organizado y sistematizado pueden generar mejores tasas de abandono. Dentro de las intervenciones recomendadas que

tienen evidencia científica están: consejería, breve e intensiva; tratamientos con fármacos y terapias combinadas.

En cambio no hay evidencia de los tratamientos alternativos para la cesación de consumo (9), como la acupuntura, la hipnosis y la homeopatía, y otras intervenciones no convencionales sin evidencia de su eficacia clínica (9;10).

En el presente libro se resume el problema del tabaquismo en Colombia y las políticas de control; las generalidades del Convenio Marco para el Control del Tabaco y los objetivos de los programas para la cesación del consumo del tabaco; se presenta la compilación de los resultados de cuatro investigaciones auspiciadas por la Pontificia Universidad Javeriana y el Instituto Nacional de Cancerología, que incluyen intervenciones clínicas de tipo psíquico, farmacológico o ambos y se complementa con los resultados del estudio económico de las intervenciones con medicamentos. Finalmente se plantea la discusión con base en la compilación y resultados del análisis de costo-efectividad.

Los productos del tabaco son cada vez más peligrosos

Las políticas en salud pública en contra del tabaquismo empezaron con la publicación de la primera edición del *Informe general de la Dirección de Servicios de Salud sobre el Tabaquismo y la Salud* en 1964 en Estados Unidos (11); no obstante, no solo las medidas anti tabaco han evolucionado sino también los productos del tabaco. La industria tabacalera ha hecho más complejos sus productos, por ejemplo para convencer de que son más “suaves” o “light” y ampliar sus usuarios, es así como el lanzamiento de los cigarrillos “light” produjo la gran conquista del mercado femenino en el mundo (12).

En Estados Unidos se ha observado que entre 1950 y 2010 se aumentó el riesgo de cáncer en los fumadores –10 veces más en las mujeres y el doble en los hombres– a pesar de que simultáneamente los fumadores del 2000 al 2010 disminuyeron el número de cigarrillos fumados por día (11).

Lo anterior permitió al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU plantear que los cigarrillos ahora son más mortales que hace 50 años (11). Dicha entidad explica que mitad del siglo XX los cigarrillos eran más simples: sin filtros, perforaciones de ventilación y menos sustancias químicas agregadas; cincuenta años después, los filtros y las perforaciones de ventilación en la mayoría de los cigarrillos modernos obligan al fumador a aspirar más profundamente y así a llevar las sustancias peligrosas más profundo en sus pulmones.

Ahora bien como el peligro de fumar viene de inhalar productos químicos –algunos están en el tabaco y otros se producen por la combustión– encontramos que el proceso de fabricación de los cigarrillos modernos los hace más peligrosos, pues incluye sustancias dentro de las cuales se han identificado al menos 70 que específicamente está probado que causan cáncer, dentro de los casi 7.000 presentes en el humo del cigarrillo que siguen en revisión (13).

Tabaquismo en Colombia: problema y políticas de control

De una parte en estudio publicado en el 2013 en Colombia (14) el consumo de tabaco es el responsable de:

- El 15.9% de todas las muertes (24.460 muertes por año).
- Un número de 10.606 personas por año que son diagnosticadas con un cáncer asociado al tabaco.
- Número de casos de 112.891 infartos que se presentan por año.
- Los 674.262 años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad.
- El monto de 4.2 billones de pesos anuales en costos directos de atención en salud.

Por otra parte, el Ministerio de Salud y de Protección Social en el boletín electrónico para actores del sistema de salud en Colombia manifiesta, para el año 2013, que las principales causas de muerte atribuibles al consumo de tabaco en el país, están asociadas a: enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 6.883 (67,3% del total de muertes por esta causa); cardiopatía isquémica: 2.807 (10,2% del total de muertes por esta causa); cáncer broncopulmonar: 2.372 (61,4% del total de muertes por esta causa); enfermedad cerebrovascular: 1.282 (9,4% del total de muertes por esta causa) y los años de vida saludable perdidos por muerte prematura e incapacidad asociados al consumo de cigarrillo en el país han sido 187.900 (AVISAS) (15).

En cuanto a las decisiones del Estado de Colombia para hacer frente al tabaquismo, en el año 2006, el país adoptó el Convenio Marco para el control del Tabaco – CMCT (de la OMS) mediante la Ley 1109 de ese año, declarada exequible en la sentencia C – 665/07; luego en el año 2009 se promulgó la Ley 1335 de 2009 (Ley Antitabaco) que adoptó los principios del CMCT (16) .

A través de la Ley 1335 y de la Sentencia de la Corte Constitucional C-830-10, Colombia se convierte en uno de los dos países en la región de las américas que posee una ley integral que prohíbe toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco (15), y promueve la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo y al abandono de la dependencia

del tabaco del fumador. Los recursos provenientes de multas por su incumplimiento son destinados al FOSYGA. Para el año 2011, la OMS en un reporte sobre la epidemia global de tabaco, informó que Colombia es uno de los países con avances muy significativos frente a las prohibiciones de la publicidad y el patrocinio de los productos de tabaco (17).

En cuanto a la oferta de atención a los fumadores la Ley 1335 en su Artículo 5 manifiesta que el Ministerio de Salud y Protección Social es responsable del diseño e incorporación en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) de las acciones que permitan: *“identificar y promover la atención y demanda de servicios de rehabilitación, cesación y curación de la población fumadora enferma por causas asociadas al tabaquismo”* (18).

Además en el Artículo 11 define que el Gobierno Nacional es responsable de ofrecer la asesoría y desarrollar programas para desestimular el hábito de fumar. Así mismo, en los parágrafos 1 y 2 del artículo en mención, los prestadores de servicios de salud (EPS e IPS) son responsables de brindar a los usuarios fumadores todos los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) que les ayuden a manejar este factor de riesgo (18).

El PDSP 2012-2021, ha planteado como meta para ese periodo el incremento de servicios, clínicas o ambos para cesación de tabaco en el 80% de los departamentos y el desarrollo e implementación de una Guía de Cesación de Consumo de Tabaco (19). El Plan Decenal para el Control del Cáncer (PNCC) 2012-2021 propone también, como acción en los servicios de salud, la introducción de programas de cesación de tabaco por parte de los prestadores de salud o las entidades que ejerzan sus funciones como secretarías de salud territoriales (20).

La Resolución 5592 de 2015 que actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS) establece dentro de la cobertura de beneficios para los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la atención en psicoterapia ambulatoria durante un año y hasta 60 sesiones individuales y 60 terapias grupales para infantes, adolescentes y adultos que usan sustancias psicoactivas. Este tipo de servicios son útiles para los consumidores de cigarrillo y otros derivados del tabaco (6;21).

Convenio marco para el control del tabaquismo

Se ha comprobado que no es fácil dejar el hábito de fumar, efecto atribuido a la dependencia, que es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos. Son muy pocos los consumidores de tabaco que pueden dejar el hábito al primer intento (22;23). Además, las creencias y actitudes sociales no ayudan a los consumidores a dejar el hábito según lo manifestado en el reporte de Bogotá de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (24).

Como se mencionó previamente el marco del CMCT de la OMS, a partir del año 2003, reconoce la necesidad de intervenciones políticas ante la globalización de la epidemia del tabaquismo, se adoptó así un grupo de medidas para reducir el consumo de tabaco y sus derivados denominadas MPOWER. (Ver tabla 1)

Tabla 1 Políticas, objetivos e intervenciones del plan de medidas MPOWER

POLÍTICAS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL PLAN DE MEDIDAS MPOWER			
POLÍTICAS		OBJETIVOS	INTERVENCIONES
Monitor VIGILAR EN CONSUMO DE TABACO ACTIVIDAD TRNASVERSAL M1 Obtener datos periódicos representativos a nivel nacional y basados en población sobre los indicadores clave del consumo de tabaco en jóvenes y adultos.	Protect Proteger a la población del humo de tabaco	Entornos completamente libres de humo en todos los espacios públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos restaurantes y bares.	INTERVENCIÓN P1 Promulgar y hacer cumplir leyes sobre entornos completamente libres de humo en las instalaciones sanitarias y educativas y en todos los lugares públicos cerrados, incluidos lugares de trabajo, restaurantes y bares.
	Offer Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco	Servicios de fácil acceso para tratar clínicamente la dependencia del tabaco en el 100% de los centros de atención primaria de salud y con los recursos de la comunidad.	INTERVENCIÓN O 1 Fortalecer los sistemas sanitarios para que faciliten asesoramiento sobre el abandono del tabaco en el marco de la atención primaria de salud. Apoyar el establecimiento de líneas telefónicas de ayuda al abandono del tabaco y otras iniciativas comunitarias, junto con tratamiento farmacológico de fácil acceso y bajo costo, cuando sea conveniente.
	Warn advertir de los peligros del tabaco	Altos niveles de sensibilización sobre los riesgos del consumo de tabaco para la salud entre grupos de edad, sexos y lugares de residencia, para que todas las personas comprendan que las consecuencias de fumar tabaco son el sufrimiento, la desfiguración y la muerte prematura.	INTERVENCIÓN W1 Exigir que el etiquetado incluya advertencias eficaces.
			INTERVENCIÓN W2 Realizar campañas de publicidad antitabáquica
			INTERVENCIÓN W3 Obtener la cobertura gratuita de las actividades antitabáquicas por los medios de difusión.
	Enforce hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio	Ausencia total de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.	INTERVENCIÓN E1 Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban totalmente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio directos del tabaco.
			INTERVENCIÓN E2 Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban la publicidad, la promoción y el patrocinio indirectos del tabaco.
	Raise aumentar los impuestos al tabaco	Productos de tabaco progresivamente menos asequibles.	INTERVENCIÓN R1 Aumentar los tipos impositivos para los productos de tabaco, y asegurar que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación y aumenten más deprisa que el poder adquisitivo de los consumidores.
			INTERVENCIÓN R2 Fortalecer la administración fiscal para reducir el comercio ilícito de productos de tabaco.

Fuente: Instituto Nacional de Cancerología ESE. Boletín Hechos y Acciones: Epidemia Mundial de Consumo de Tabaco, Una Problemática en Salud Pública 2015

La implementación de las medidas para regular el consumo de tabaco así como las de cesación del tabaquismo, conllevan a un efecto en la reducción en el número de fumadores como primer resultado, y a largo plazo a la reducción de la prevalencia. En este contexto, dejar de fumar es la acción que más rápidamente empieza a arrojar resultados sobre la reducción de la mortalidad (11).

El humo de tabaco que contamina los espacios interiores proviene en un 85% de la corriente lateral – humo que proviene del extremo encendido de un producto de tabaco en combustión (25) - y en un 15% de la corriente principal exhalada por los fumadores. Esta mezcla se conoce como humo de segunda mano, el cual produce daño al ser respirado, especialmente en las personas más vulnerables como los niños, los ancianos y los enfermos. Los ambientes libres de humo persiguen la separación de fumadores y no fumadores en el mismo espacio aéreo y consiguen reducir –sin eliminar del todo– la exposición de los no fumadores al humo del tabaco. En consecuencia para aquellos adultos en cuyos hogares no existen fumadores, el medio laboral supone la principal fuente de exposición ambiental al humo de tabaco (26).

En relación con las advertencias sobre los peligros del consumo de tabaco, la realización de campañas con mensajes antitabaco, en los medios de comunicación, es considerada una estrategia de gran ayuda puesto que puede llegar a un número significativo de personas a través de su impresión y emisión (27). Antes de la aplicación generalizada de la prohibición de la publicidad del tabaco, el principal objetivo de las campañas en los medios, era contrarrestar la publicidad de la industria y cambiar la conducta de fumar; iban destinadas especialmente a desalentar a los jóvenes en la iniciación de consumo y a fomentar el abandono entre los adultos, aunque su efecto era limitado en este grupo. Más recientemente, las campañas también tienen como objetivo cambiar las normas sociales y

conseguir apoyo para las demás políticas de control de consumo de tabaco (27). Estas campañas ejecutadas en el marco de programas integrales de control de tabaco implementados, están asociados con reducciones en las tasas de tabaquismo entre los adultos y los jóvenes (28;29).

Las advertencias sanitarias (o etiquetas de advertencia en las cajetillas de cigarrillos) que comunican los riesgos para la salud asociados al consumo de cigarrillos,

llegan a todos los consumidores de tabaco (21), y permiten a los fumadores comprender dichos riesgos de una manera más directa y fácil; se ha demostrado que el impacto visual de esta medida influye en la reducción del hábito de fumar; es decir que aquellos que perciben un mayor riesgo para la salud del hábito de fumar presentan una alta probabilidad de tener la intención de dejar de fumar y de dejar de fumar con éxito (21):

Programas de cesación de consumo de tabaco

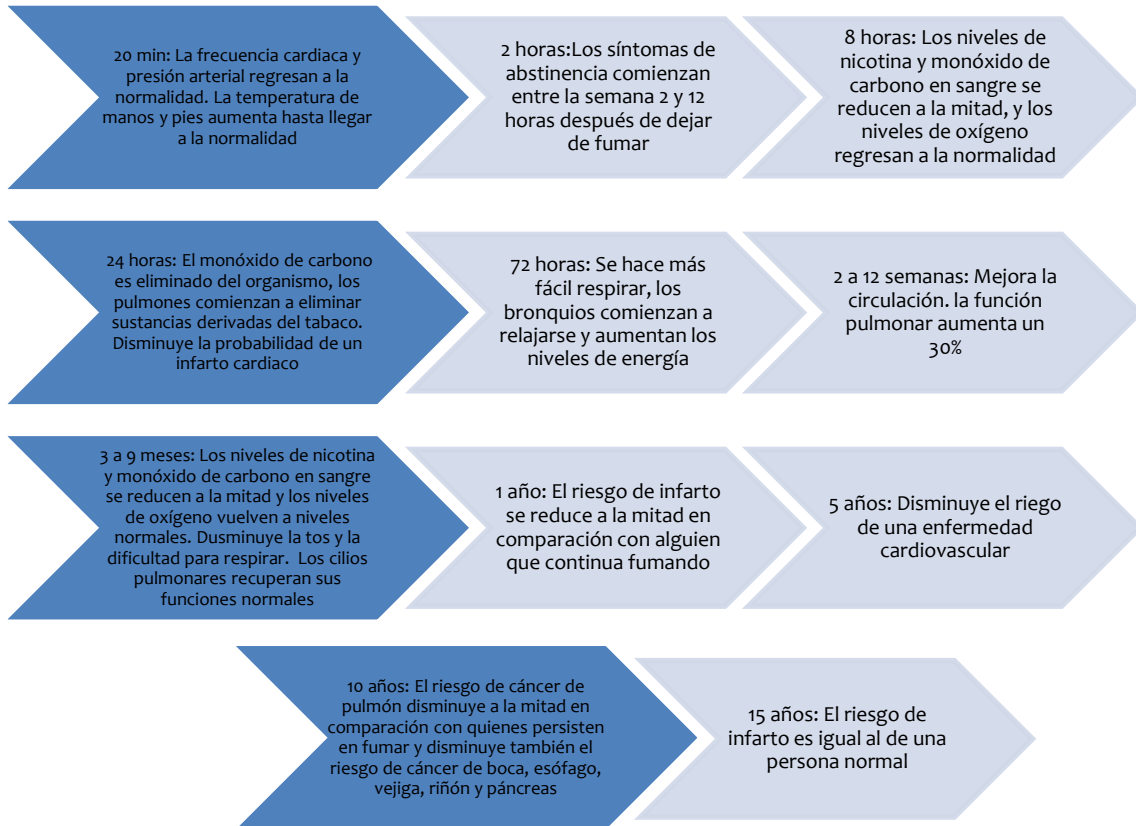
Según la Organización mundial de la salud aunque son pocas las personas que comprenden los riesgos para la salud ocasionadas por el tabaquismo, la mayoría de los consumidores que los conocen desean dejar de fumar para lo cual se requiere de ayuda o asesoramiento (24). las tasas de abandono pueden mejorar en gran medida si se implementan distintas intervenciones que tienen un impacto potencial sobre la población, dentro de las que se incluyen consejería para dejar de fumar -o consejo breve- proporcionada por profesionales de la salud entrenados, disponibilidad de medicamentos para manejo farmacológico, terapias alternativas, combinación de terapias y otras ayudas basadas en la tecnología, el internet y los teléfonos celulares como medios para enviar mensajes de recordación (27).

Desde los años 80 se han conocido programas para la cesación de consumo de tabaco, principalmente en empresas o industrias con más de 50 trabajadores, dando respuesta a requisitos de control de riesgo asociados a exposiciones específicas por salud ocupacional y seguridad laboral; basados en intervenciones como: biblioterapia, consejo médico, programas grupales de actividades múltiples y programas con incentivos (30).

Los objetivos de un programa para la cesación de consumo de tabaco son: ofrecer de manera sistemática el conocimiento y las herramientas disponibles para apoyar la cesación del consumo de tabaco, realizar clasificación de riesgo de exposición en fumadores, motivar al equipo de salud para que la consejería para la cesación del consumo sea una herramienta cotidiana en su trabajo e introducir un modelo de intervención en cesación conformado con métodos conocidos para el equipo de salud.

En el programa de cesación de consumo de tabaco también se deben tener en cuenta los alcances que se logran a corto, mediano y largo plazo. (Ver ilustración 1)

Ilustración 1 Beneficios de dejar de fumar



Fuente: Instituto Nacional de Cancerología. No fumar es la actitud.

Compilación de resultados de investigación sobre cesación tabáquica en el INC

Muchos fumadores intentan dejar de fumar al menos una vez en su vida; sin embargo, sólo el 2,5% de ellos logran abandonar el tabaco cada año (31); aproximadamente el 10% de los fumadores logran abandonar el hábito por sí mismos (32). Se encuentran múltiples medicamentos y terapias que pueden ser eficaces y están disponibles para el tratamiento de la dependencia al tabaco (33). *“Algunas de estas sustancias están contraindicadas en poblaciones especiales en las que su eficacia no está probada (las mujeres embarazadas, en período de lactancia, los usuarios de tabaco sin humo, y los adolescentes)”* (34).

La modificación de aspectos biológicos y psicológicos relacionados con la dependencia a la nicotina es la parte fundamental de los métodos y productos para que los fumadores puedan dejar de fumar (35). Existe evidencia suficiente que comprueba que el porcentaje de abandono aumenta cuando se solicita ayuda y una persona con suficiente conocimiento y entrenamiento lo provee, a pesar de ello generalmente se requiere de múltiples intentos para lograrlo (9;32;36) . La principal razón para no poder abandonar el consumo de tabaco y sus derivados es la adicción a la nicotina (37) sustancia que causa dependencia física y psicológica (38); punto en el cual se deben enfocar las acciones encaminadas al abandono.

En el año un alto porcentaje de fumadores pueden llegar a realizar una visita médica por cualquier motivo, presentándose allí una oportunidad para persuadir, aconsejar y tratar de reducir o suspender el hábito de consumo de tabaco y sus derivados (32;36).

Las graves consecuencias del tabaquismo para la salud son conocidas por muchos de los adictos a la nicotina, no obstante continúan fumando; en el grupo se encuentran los que han realizado múltiples intentos por abandonar el hábito pero no lo han logrado y otros que piensan que dejar de fumar es cuestión de fuerza de voluntad. Esto como resultado del desconocimiento de la existencia de métodos evaluados científicamente con los cuales se ha logrado la cesación del consumo; adicionalmente a esto, la falta de adiestramiento o información de los profesionales de la salud para

implementar las diferentes estrategias para reducir o abandonar el consumo de tabaco empeora la situación (9;39) .

Entre las múltiples alternativas para dejar de fumar se han evaluado las consejerías y los tratamientos farmacológicos, además de tratamientos complementarios como apoyo a la cesación y los tratamientos alternativos de uso extendido (9;10;36;38;39).

Con el fin de implementar acciones para la cesación del consumo de tabaco en población adulta, acordes con el contexto colombiano, un grupo de expertos en medicina preventiva, investigación clínica, neumología y salud pública adelantaron una serie de revisiones sistemáticas de literatura durante el año 2012 de las Guías de Práctica Clínica existentes relacionadas. El periodo de búsqueda fue de 2005 a 2010 con búsquedas ampliadas para las recomendaciones con uso farmacológico y de terapias alternativas de 1954 a 2010 con actualizaciones a 2013 y 2011 respectivamente. La adaptación se realizó mediante la metodología ADAPTE. Se utilizaron las bases de Medline, EMBASE, CINAHL, LILACS y Cochrane; con criterios para evaluación de cesación a seis meses para consejería breve e intensiva, terapia de reemplazo nicotínico, bupropion, vareniclina, clonidina, nortriptilina, acupuntura, hipnosis, homeopatía y la combinación de tratamientos. La evaluación de las guías de práctica clínica seleccionadas fue realizada con German Instrument for Methodological Guideline Appraisal (DELBI) según los resultados, con puntaje mayor de 60 % en rigor metodológico y aplicabilidad en Colombia. Las preguntas sin evidencia fuerte se llevaron a consenso de expertos (9;10;36;38) .

Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia

De acuerdo al hecho de que el tabaquismo es el principal factor de riesgo para enfermedades crónicas que constituyen la mayor carga en Colombia se justificó la necesidad de generar las recomendaciones de práctica clínica sobre eficacia y seguridad del tratamiento para la cesación de la adicción al tabaco en adultos colombianos.

Las recomendaciones aquí presentadas se basan en el artículo original publicado por la Pontificia Universidad Javeriana y el Instituto Nacional de Cancerología (9) en el

que se preseleccionaron diecisiete guías de práctica clínica y se escogieron cinco para adaptación.

La evaluación realizada evidenció que existen diversas alternativas con eficacia demostrada para dejar de fumar con incrementos variables en las tasas de cesación y de las que se requiere un mayor seguimiento en la duración del efecto. Entre las recomendaciones que aplicaron al contexto colombiano y teniendo en cuenta que los métodos para ayudar a los fumadores a dejar su adicción funcionan mediante la modificación de aspectos biológicos y psicológicos relacionados con la dependencia a la nicotina (37); se proponen intervenciones clínicas que incluyen el uso de estrategias de tipo psicosocial y farmacológico, solas o en combinación, cuya eficacia se define por las tasas de abandono del tabaco a los 6 meses (9).

En ese sentido se recomiendan como intervenciones para la cesación: la consejería breve e intensiva, la Terapia de Reemplazo Nicotínico – TRN, el uso de medicamentos (bupropion, nortriptilina y vareniclina) que demuestran ser eficaces en las tasas de abandono con un incremento de 5,1 % a 22,7 %. Los tratamientos alternativos no tienen eficacia demostrada en la cesación (9;10). En cuanto a la combinación de medicamentos la única evidencia disponible de eficacia la tiene la combinación de Terapias de Reemplazo Nicotínico en forma de parches más chicle o spray, durante catorce semanas (OR 1,9; IC95%: 1,3-2,7) (9;38).

Tabla 2 Recomendaciones para la cesación del consumo de tabaco en población adulta colombiana

TIPO DE TRATAMIENTO	RECOMENDACIÓN
CONSEJERÍA CORTA O BREVE	Se debe preguntar a todos los pacientes que asisten a un encuentro clínico si fuman, y registrar su respuesta en la historia clínica. La tamización clínica (considerar el estatus de fumador como un signo vital), incrementa significativamente las tasas de intervención clínica.
	Se debe realizar consejería corta, entre 3 y 10 minutos, a todos los fumadores para que abandonen la adicción al tabaco. El consejo para dejar de fumar incrementa las tasas de abstinencia, independientemente de si se remite a terapia intensiva o no.
CONSEJERÍA INTENSIVA	Se debe ofrecer consejería intensiva a todos los pacientes fumadores que quieran dejar de fumar. Existe una relación dosis-respuesta entre la duración de la sesión de contacto directo y su eficacia. Las intervenciones intensivas (mayores a 10 minutos) son más efectivas que las intervenciones menos intensivas y se deben utilizar siempre que sea posible. Igualmente, ofrecer consejería directa en cuatro o más sesiones parece ser especialmente efectivo en el incremento de las tasas de abstinencia.
TERAPIAS ALTERNATIVAS	No se debe ofrecer acupuntura, acupresión, terapia láser ni electroestimulación como terapia para la cesación del hábito de fumar. La evidencia muestra que estas alternativas de tratamiento no mejoran las tasas de abstinencia en comparación con el efecto placebo.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	El chicle de nicotina, el spray nasal, las pastillas de nicotina, el inhalador y los parches de nicotina son tratamientos eficaces para dejar el hábito de fumar. Se deben ofrecer dentro de un programa integral de cesación de este hábito, excepto cuando esté contraindicado.
	Bupropion SR es un tratamiento eficaz para dejar de fumar. Se debe ofrecer dentro de un programa integral de cesación de este hábito, excepto cuando esté contraindicado
	Vareniclina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar. Se debe ofrecer dentro de un programa integral de cesación de tabaco, excepto cuando esté contraindicado
	Nortriptilina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar. Se debe ofrecer dentro de un programa integral de cesación de este hábito, excepto cuando esté contraindicado.
	Clonidina es un medicamento eficaz para dejar de fumar. En razón a por su perfil de seguridad se debe usar bajo supervisión médica como tratamiento de segunda línea dentro de un programa integral para la cesación del hábito de fumar, excepto cuando esté contraindicado
RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO COMBINADO	La combinación de parches de nicotina y chicle o spray nasal es eficaz para dejar de fumar. Esta combinación debe usarse en personas con un alto nivel de dependencia a la nicotina o que han tenido falla terapéutica con el uso de monoterapia
	El uso de parches de nicotina en combinación con bupropion SR no ha mostrado incremento en las tasas de cesación del hábito de fumar
	La evidencia actual es insuficiente para recomendar, a favor o en contra, el uso de la combinación de vareniclina y bupropion SR para la cesación del hábito de fumar.
	Se debe realizar consejería cara a cara (breve o intensiva) asociada a la medicación, en todos los pacientes que estén tratando de dejar el hábito de fumar. La evidencia muestra que el uso combinado de medicación y consejería es más efectivo que el uso de medicación o de consejería de forma aislada. Existe una relación dosis respuesta entre las tasas de abstinencia y el número de sesiones de consejería realizadas.

Fuente: Recomendaciones para la cesación de la adicción del tabaco en Colombia. (9)

Eficacia y seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco

Puesto que se recomendaron intervenciones clínicas en las que requiere el uso de fármacos, los autores de éste artículo, optaron por revisar la eficacia y seguridad de medicamentos para cesación del tabaquismo en el contexto de construcción de guías de práctica clínica (GPC); teniendo en cuenta los desenlaces de cesación ≥ 6 meses y la seguridad de las intervenciones; se establece que los fármacos duplican la cesación comparados con placebo demostrando tasas de 25,0 % hasta 27,0 % al combinarse con consejería. Los mayores incrementos en cesación se obtienen con ansiolíticos y antidepresivos (8,7% a 19,4%), y los menores con terapia de reemplazo nicotínico –TRN- (5,2 % a 12,9 %). La Nortriptilina tiene eficacia similar al bupropión (aproximadamente 10,0 %).

En las cinco guías revisadas se encontró al bupropión de liberación lenta como medicamento de primera línea y la clonidina como segunda línea en dos de ellas (9) .

La seguridad de los tratamientos analizados incluye aspectos a tener en cuenta como (9) :

1. Ninguna de las formas de terapia de reemplazo nicotínico ha demostrado superioridad sobre las otras.
2. Para el uso de la Vareniclina se debe documentar la historia clínica de salud mental y cardiovascular y usar la dosis mínima efectiva según la respuesta clínica de cada sujeto.
3. El consenso fue de iniciar la Vareniclina con 0,5 mg/día y titular hasta un máximo de 2 mg/día.
4. Por reportes de hipertensión arterial de rebote y cefalea, se debe tener seguimiento estricto a los pacientes medicados con Clonidina.
5. No se tienen reportes de efectos secundarios mayores con la medicación de Nortriptilina en este tratamiento de cesación tabáquica.

La elección para la intervención dependerá de (9):

- la preferencia del paciente (oral, tópica, chicles, etc.)
- historia clínica del fumador (convulsiones, enfermedad psiquiátrica o cardiovascular, etc.)
- grado de dependencia: la evaluación inicial de la dependencia no es requisito para iniciar el tratamiento, pero una alta dependencia tiene relación con el incremento de las recaídas y es importante conocer en qué grado de dependencia está el paciente para orientar al clínico.
- Experiencias previas de cesación
- la tolerancia frente a la aparición de efectos adversos
- el acceso que se tenga a la molécula en particular

En Colombia existe una restricción importante en este sentido pues ninguno de estos fármacos está disponible en el Plan de Salud (POS) y la Nortriptilina (medicamento de menor costo) no se comercializa (9).

Aunque la eficacia para la mayoría de los medicamentos se ha probado a tres y seis meses; sin embargo en algunos fumadores la persistencia de los síntomas de abstinencia, la historia de recaídas o el deseo de recibir el fármaco por más tiempo, justificarían extender el tratamiento farmacológico (9).

Los autores manifiestan que pese a los beneficios mencionados, el tratamiento de cesación con fármacos aún plantea serios interrogantes, dentro de los que están:

1. La duración del efecto y el incremento en las recaídas luego de 12 meses de tratamiento. En estudios con seguimiento superior a 1 año muestran un número de recaídas similar en personas que utilizaron TRN o placebos. Se considera que el beneficio neto de los sustitutos de nicotina está sobreestimado en un 30 % (9) .
2. Los pacientes con alto consumo y dependencia importante a la nicotina necesitan tratamientos más intensivos.
3. Algunos estudios valoran el uso de terapia de reemplazo nicotínico en sujetos no motivados para dejar de fumar o con dificultad para iniciar un tratamiento, encontrando un incremento significativo de las tasas de cesación a los doce

meses frente a placebo (OR 2,06 IC95 % 1,3- 3,1), pero con un efecto moderado (5,3% grupo intervención frente al 3,2 % control) (9).

4. En prevención de las recaídas no se encuentra un efecto significativo en los tratamientos analizados (9).
5. En conclusión la terapia de reemplazo nicotínico, la vareniclina, el bupropion y la nortriptilina son eficaces para dejar de fumar; en cuanto a las combinaciones de medicamentos refieren que se requiere de más evidencia y que debería restringirse a personas con alta dependencia o con falla terapéutica inicial (9) .

Tabla 3 Medicamentos utilizados en la terapia farmacológica de reemplazo nicotínico para cesación de consumo de tabaco

FÁRMACO	ACCIÓN
BUPROPION	Antidepresivo, mecanismo de acción no muy bien conocido; se considera inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina, serotonina y noradrenalina; actúa como un antagonista débil de los receptores de nicotina. Por su efecto sobre las vías de serotonina-noradrenalina produce un efecto antidepresivo que puede mejorar los desenlaces relacionados con depresión (33). Fue aprobado para el tratamiento de cesación en 1999 y se ha visto que duplica las posibilidades de dejar de fumar después de 6 meses de tratamiento.
VARENICLINA	Reduce la satisfacción que produce el fumar mediante el bloqueo de la nicotina. Estudios que evalúan este fármaco han mostrado aumento de las tasas de cesación (33). Agonista parcial, y antagonista en presencia de nicotina, de los receptores neuronales para acetilcolina de tipo nicotínico alfa-4, β -2.
RIMONABANT	Es un antagonista de los receptores centrales CB1 de los mamíferos. Los estudios en animales sugieren que este receptor puede desempeñar un papel en los efectos de refuerzo de las drogas de abuso como nicotina (33).
CLONIDINA	La clonidina es un agonista α -2 selectivo que tiene especificidad por los receptores presinápticos α 2 en el Centro Vasomotor del SNC. Esta unión inhibe la producción de norepinefrina, disminuyendo de ese modo la actividad simpática, predominando la actividad parasimpática; de tal manera, que reducir los síntomas de abstinencia cuando se intenta dejar de fumar. Como terapia combinada para dejar de fumar genera efectos secundarios marcados sin cambios en las probabilidades de cesación (31;40)

Fuente: Estudio de costo-efectividad e impacto al presupuesto de las terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo en Colombia 2015 (34;38)

Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco

A nivel mundial se ha extendido el uso de las terapias alternativas para el manejo del consumo del tabaco entre las que se encuentran: acupuntura, hipnosis y homeopatía. Para ésta revisión se evaluaron cinco guías con evidencia disponible sobre el uso de terapias alternativas para cesación de la adicción en población adulta y que cumplieron los criterios de adaptación y de calidad (10).

Tabla 4 Terapias alternativas utilizadas para cesación de consumo de tabaco

TERAPIA	EFICACIA	EVENTOS ADVERSOS	
ACUPUNTURA	Es una de las terapias alternativas más usada como método para dejar de fumar; está basada en la aplicación de agujas en áreas específicas del cuerpo, colocadas allí con la intención de disminuir los síntomas de abstinencia y, por tanto, promover la cesación de tabaco (41).	La acupuntura, la acupresión, la terapia laser y la electroestimulación no mejoran las tasas de abstinencia a largo plazo en comparación con el efecto placebo.	Se han reportado pocos efectos adversos asociados Serios: Neumotórax, taponamiento cardiaco, hepatitis B, lesiones medulares. Otros: olvido o la ruptura de las agujas sangrado, sensación de fatiga, lipotimias, equimosis, mareos, dolor en los sitios de las punciones
HIPNOSIS	Técnica que modifica los impulsos asociados al fumar; debilita el deseo y fortalece el propósito de parar, controla los síntomas de abstinencia y mejora la capacidad de concentración (31;42).	Los resultados no respaldan el uso de la hipnosis como tratamiento para dejar de fumar.	Se reporta que la hipnosis puede empeorar los síntomas de algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar. También puede desencadenar recuerdos desagradables en personas que padecen de síndrome de estrés postraumático.
HOMEOPATIA	Es un método mucho más reciente; se basa en el principio hipocrático que postula «lo semejante debe ser tratado con lo semejante», y consiste en el empleo de preparados medicinales altamente diluidos que pretenden disminuir los síntomas de abstinencia (43).	En ausencia de evidencia sobre la eficacia de esta intervención, no es posible estimar el tamaño del efecto.	No se encontró literatura relacionada con la ocurrencia de efectos adversos.

Fuente: Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. (10)

En la revisión de terapias alternativas como tratamiento para la cesación de la adicción al tabaco se mostró que:

- La acupuntura y sus técnicas relacionadas no mejoran las tasas de abstinencia en comparación con el efecto placebo.
- No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la hipnosis como terapia para dejar de fumar.
- No existe evidencia que justifique el uso de medicamentos homeopáticos para el tratamiento del tabaquismo.

Por lo tanto se concluye que las terapias alternativas no tienen eficacia demostrada en cesación del hábito de fumar; de tal manera que es necesario recomendar el uso de otras opciones terapéuticas con eficacia probada para dejar de fumar.

Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco

Los criterios de evaluación sobre eficacia y seguridad de la consejería para cesación del tabaquismo, fueron la cesación a seis meses según proveedor, el modelo y el formato de consejería. De 925 referencias se seleccionaron cinco GPC que incluyen 44 revisiones sistemáticas y meta análisis (9;36) .

Se aborda la consejería: *“como el intercambio de información y mensajes verbales, o como toda intervención comportamental para la cesación del tabaco y se asume como una actividad comunicativa entre profesional de la salud y paciente que promueve el desarrollo de capacidades para dejar de fumar”* (36).

En la consejería existen aspectos de importancia al momento de evaluar las tasas de cesación, en algunos casos se evalúan las modalidades de consejería como categorías independientes (breve e intensiva); tal es el caso del modelo ABC o de los modelos de 5Aes, 5Rs, entrevista motivacional y resolución de problemas; al igual que el modelo, el tipo de proveedor y el formato mediante el cual se suministra la consejería pueden generar resultados diferenciales.

Tabla 5 resultados diferenciales de la consejería para la cesación del consumo de tabaco

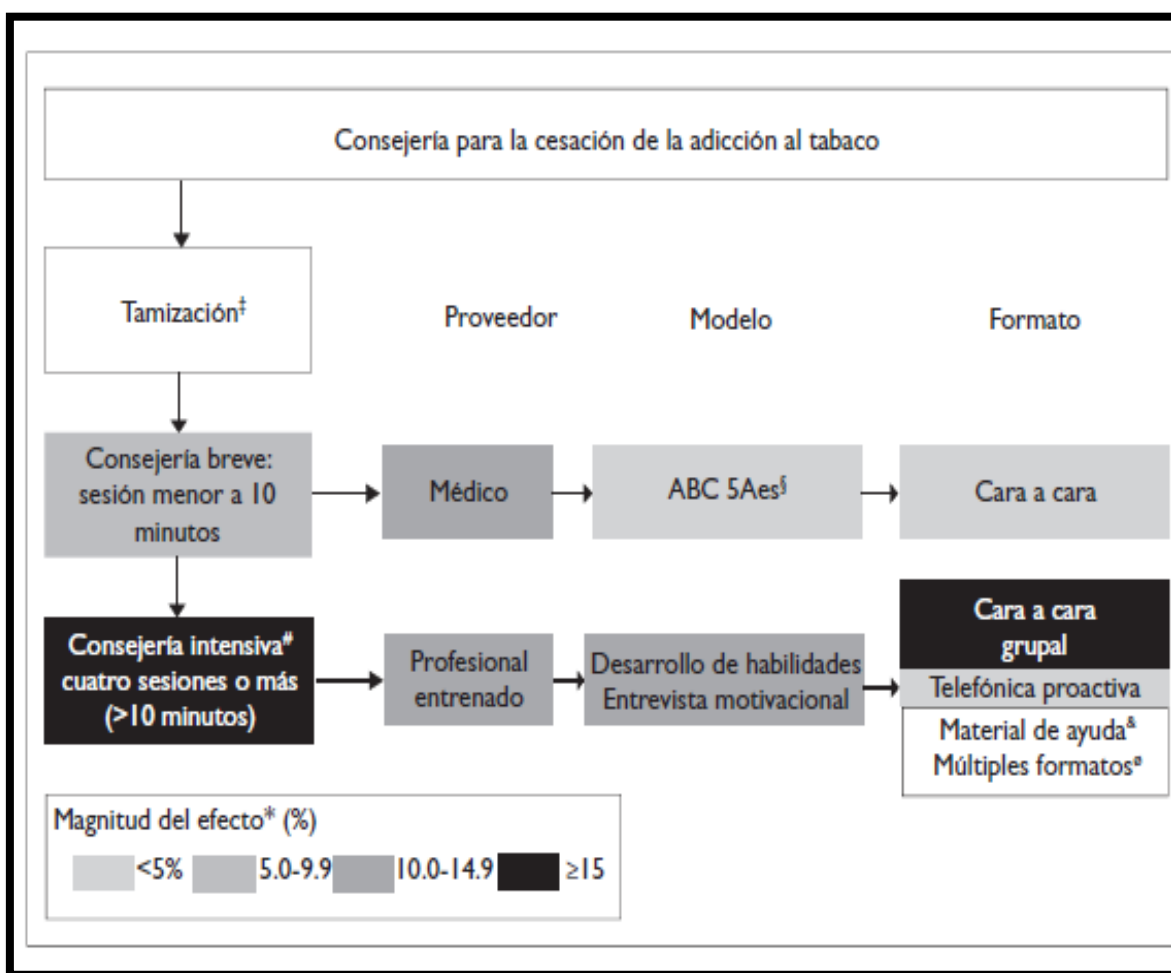
La consejería breve incrementa la abstinencia a seis meses entre 2.1 y 5.1%
El consejo cuya duración es inferior a tres minutos no incrementa la cesación (RM= 1.3; IC95% 1.01-1.6), mientras que el realizado entre tres y 10 minutos lo hace en 5.1% (RM= 1.6; IC95% 1.2-2.0) y la consejería intensiva en 6.1% frente al consejo breve (RR= 2.3; IC95% 2.0-2.7)
El tiempo total de contacto –número de sesiones por duración– tiene relación dosis-respuesta y se incrementa la cesación hasta 17.4% con 300 minutos de contacto, sin cambios significativos después de este tiempo.
El número de sesiones incrementa la cesación hasta en 12.3%: RM=1.4; 1.9; y 2.3; para tres, ocho y más de ocho sesiones
La intervención del médico aumenta la abstinencia en 9.7% de los fumadores frente a la no intervención (RM= 2.2; IC95% 1.5-3.2), y en 4.1% frente a profesionales no médicos
Igualmente, el consejo médico breve incrementa la cesación en 1% a 3% frente al cuidado habitual (RM= 1.66; IC95% 1.42-1.94)
La consejería corta por enfermeras no muestra diferencias con el control (RM=1.27; IC95% 1.0-1.6)
Una revisión que encuentra aumento en la cesación tras la intervención breve por enfermeras, incluye estudios en clínicas de fumadores, lo que impide valorar el efecto de la intervención en el cuidado habitual
La consejería por parte de odontólogos no tiene efecto en fumadores de cigarrillo, aunque sí en otros usuarios de tabaco
El consejo telefónico reactivo (una única llamada de urgencia), no muestra beneficios significativos Por el contrario, el consejo telefónico proactivo (con seguimiento) es más efectivo que el material de autoayuda o el apoyo mínimo (RM=1.3; IC95% 1.2-1.5), y la adición de consejería telefónica a la consejería cara a cara tiene mayor eficacia que esta última sola (3.3% y 1.1% - RM=1.4 IC95% 1.1-1.7)
La consejería individual –cara a cara–, cuya duración supera los 10 minutos, tiene mayor eficacia que la intervención mínima (RR= 1.4; IC95% 1.2-1.6) sin diferencias por grados de intensidad después de 10 minutos
La consejería grupal muestra mayor efecto que la no intervención y que el material de autoayuda, y no tiene diferencias con la consejería individual
El material de autoayuda (consejería no presencial y sin ayuda profesional) sólo tiene eficacia comparado con ninguna intervención (RM=1.4; IC95% 1.3-1.7) y cuando se combina con consejería (RM=2.5; IC95% 1.1- 5.4)
La combinación de terapia de reemplazo nicotínico con consejería individual, grupal, telefónica o material de autoayuda no muestra efecto aditivo para estas últimas (RM=1.3; 1.0; 1.2; 1.1; IC95% 1.0-1.6; 0.7-1.6; 1.0-1.3; 0.9-1.3, respectivamente)

Fuente: Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco (9;36) .

“La consejería breve o corta es la intervención inicial una vez identificada la adicción; se realiza en menos de 10 minutos y en episodio único. No obstante, NICE considera como breves aquellas intervenciones hasta de 30 minutos e incluye en este concepto acciones diferentes de consejería realizables en ese tiempo. La consejería intensiva, esto es, de más de diez minutos en cuatro sesiones o más, en ocasiones se denomina “intervención comportamental” refiriéndose a la acción no farmacológica sobre conductas de riesgo. Lo anterior sugiere que la consejería breve no es intervención comportamental, lo cual no coincide con su propósito, igual que puede decirse en este caso de la terapia farmacológica” (36).

Con ésta revisión se demostró que la consejería breve por médicos y la intensiva por profesionales capacitados (individual, grupal, telefónica proactiva) son eficaces con incremento en la abstinencia con tasas de 2.1 a 17.4% respectivamente, y que únicamente el consejo práctico y la entrevista motivacional tienen eficacia en consejería intensiva. Con relación al efecto clínico, a pesar de la eficacia, se determinó que es pequeño y se prevé una reducción del mismo en la rutina de los servicios de salud (9;36).

Ilustración 2 Resumen esquemático de las intervenciones de la consejería para la cesación de la adicción del tabaco en Colombia. 2012



Fuente: Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. (36)

Para la implementación de la consejería para la cesación del consumo de tabaco en el servicio de salud se debe tener en cuenta que:

1. Todos los profesionales de la salud deben preguntar por el estado de fumador y orientar los pacientes a servicios de cesación.
2. Todos los médicos deben aconsejar dejar de fumar y remitir para intervenciones intensivas a quienes quieran dejarlo.
3. Todos los profesionales de la salud, adecuadamente capacitados, deben ofrecer consejería intensiva basada en resolución de problemas y generación de habilidades, o entrevista motivacional.
4. La consejería intensiva se puede ofrecer individual, grupal o telefónicamente de manera proactiva.
5. El material de autoayuda se puede usar si no hay otra posibilidad de contacto con el paciente. Si se usa en combinación con consejería individual o grupal, se recomienda personalizarlo.
6. Ofrecer múltiples formatos en consejería intensiva requiere gran esfuerzo e inversión de recursos, por lo que esta alternativa debe basarse en las condiciones específicas del paciente y en la evidencia para cada combinación.

Los cuatro estudios concluyen con la recomendación de generar evaluaciones económicas con el fin de valorar el impacto y seleccionar las mejores intervenciones en el contexto del país en el marco de la implementación de un programa de salud pública para la cesación del consumo del tabaco en población adulta. El estudio de costo efectividad fue realizado por el Instituto Nacional de Cancerología en conjunto con la Universidad de Nacional de Colombia en el año 2015.

Estudio de costo – efectividad e impacto presupuestal de intervenciones de cesación tabáquica en Colombia

En Colombia hasta el 2013 no se habían realizado análisis económicos que evaluaran el costo-efectividad y el impacto al presupuesto de salud de las terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo. En el estudio realizado en el 2015 por la Universidad Nacional y el Instituto Nacional de Cancerología, se presenta de manera detallada la magnitud del problema del tabaquismo en el país y los costos de las enfermedades atribuidas a éste en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (34). Muestra por ejemplo, que los costos al sistema de salud por las enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo al miocardio, la enfermedad pulmonar obstructiva, el cáncer de pulmón, entre otras, fueron estimados en \$4,2 billones de pesos, lo que equivale a un 0,6% del producto interno bruto (PIB) de Colombia para el año 2013 (44).

El uso de tratamientos farmacológicos para la cesación del consumo del tabaco ha demostrado ser eficaz. Sin embargo, sus costos y efectos son diferenciales, razón por la cual se justificó la necesidad de realizar estudios que permitieran evaluar sus costos y beneficios, de tal forma que se prioricen aquellos que muestren una mejor relación entre los costos y beneficios en salud. Adicionalmente, fue necesario evaluar la viabilidad financiera de la implementación de las recomendaciones en el país.

En el estudio se menciona de la existencia del debate a nivel mundial acerca de la responsabilidad de los sistemas de salud de asumir los costos de las intervenciones de este tipo de terapias, debido a los potenciales beneficios en salud y a la carga económica elevada al implementarlas (34). Los estudios de costo efectividad facilitan a los tomadores de decisiones asignar los recursos de forma eficiente, priorizando aquellas intervenciones que muestren la mejor relación entre los costos y resultados en salud y que sean viables desde el punto de vista del presupuesto en salud de un país, teniendo en cuenta los ahorros potenciales que ocurren en el largo tiempo por beneficios en la salud (34).

Metodología: en el estudio de costo–efectividad e impacto al presupuesto de las terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo en Colombia se creó un capítulo detallado sobre la metodología usada, se contemplaron los siguientes ítems:

- Revisión sistemática de la efectividad y seguridad de las terapias farmacológicas para la cesación del consumo del tabaco con la pregunta: ¿Son eficaces y seguras las terapias farmacológicas para la cesación del tabaco, comparadas con no tratamiento farmacológico, en población adulta fumadora? y bajo la estructura PICO con métodos de búsqueda para la identificación de los estudios en las bases de datos: MEDLINE, Embase y Cochrane, con la inclusión de términos en español e inglés.

- Evaluación económica para la cual la estimación de los costos fue la del tercer pagador, teniendo en cuenta los costos directos y costos asociados, ambos expresados en pesos colombianos. Los costos asociados al tratamiento incluyen, el personal asistencial, los tratamientos médicos y el tratamiento de las complicaciones. Para el cálculo de éstos se utilizó la cantidad usada y la frecuencia de uso fueron estimadas a través de opinión de expertos. La valoración monetaria se realizó usando el manual ISS 2001 y SOAT para los procedimientos y la información reportada por el SISMED 2010 y la circular 02, 03 y 04 del 08 de noviembre del 2012 para los medicamentos.

- Análisis de impacto al presupuesto: para el desarrollo de la evaluación de impacto al presupuesto se tuvieron en cuenta:

- Población
- Estimación de los casos esperados
- Tecnologías evaluadas
- Comparador
- Perspectiva del análisis
- Horizonte temporal
- Estimación de costos
- Modelo
- Escenarios
- Análisis

De manera detalla se presentan los resultados del estudio costo–efectividad e impacto al presupuesto de las terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo en Colombia, desde la revisión sistemática de literatura en la que se seleccionaron 73

referencias y se identificaron cuatro estudios, con una calificación alta según el instrumento AMSTAR, sobre la eficacia y seguridad de las terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo.

El meta-análisis muestra que los odds de cesación son significativamente incrementados con las terapias de remplazo de nicotina (TRN) o bupropion cuando se comparan contra placebo OR de 1,84 (IC 95% 1,71 a 1,99) para las TRN y 1,82 (IC 95% 1,6 a 2,06) para el bupropion. La vareniclina comparada contra placebo incrementa el OR para cesación a 2,88 (IC 95% 2,4 a 3,47). Cuando se ordenan las intervenciones de acuerdo a la eficacia la vareniclina tiene una probabilidad cercana a la unidad de ser ordenada de primera, lo que indica que esta fue el tratamiento más efectivo. Son pocos los eventos adversos que se encuentran asociados a las terapias farmacológicas para la cesación del tabaco y los otros tratamientos evaluados, en caso contrario la clonidina sí causa eventos adversos importantes (34).

De igual manera, se presentan en tablas, la estimación de los costos para cada una de las enfermedades relacionadas con el tabaco según severidad de la misma en el siguiente orden: EPOC, cáncer de pulmón, cáncer de la cavidad oral, cáncer de esófago, cáncer de laringe, cáncer de riñón, cáncer de vejiga, cáncer gástrico, cáncer de páncreas, infarto agudo al miocardio, cáncer de cuello uterino, accidente cerebrovascular, neumonía y enfermedades cardiovasculares (34).

En el modelo, para el caso de los cánceres, incluyó una única medida de los costos, que correspondió al promedio ponderado por el porcentaje de pacientes en cada estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico. Además se presentan los costos usados en el análisis con rangos de sensibilidad (34).

Según la evaluación económica, la estrategia más efectiva es la vareniclina. Este medicamento domina a las otras estrategias farmacológicas para la cesación, esto indica que ésta fue más efectiva y menos costosa. De manera adicional se muestra que la implementación de las intervenciones en cualquiera de los regímenes del Sistema General de Salud tendría un impacto alto en los presupuestos en salud, llegando a costar 1,235 billones de pesos si la tecnología es usada por el 50% de los fumadores durante el primer año, lo que representaría el 4,47% del presupuesto por concepto de UPC (34).

Discusión

Existe evidencia de buena calidad relacionada con diversas alternativas con eficacia demostrada para dejar de fumar en el mundo, en las que se muestran incrementos variables en las tasas de cesación y se establece que la duración del efecto necesita mayor seguimiento (9). No solo basta con las alianzas gubernamentales, el cumplimiento de los compromisos pactados y la implementación de las recomendaciones para la cesación, sino que se requiere que los tomadores de decisiones asignen recursos de forma eficiente, priorizando intervenciones que muestren la mejor relación entre los costos y resultados en salud y que sean viables desde el punto de vista del presupuesto en salud, teniendo en cuenta los ahorros potenciales que ocurren a largo plazo por beneficios en salud (34).

A pesar de las medidas adoptadas, el tabaquismo continúa siendo un problema de salud pública; la inclusión de terapias para la cesación del consumo de tabaco al sistema de salud de Colombia implica un esfuerzo en recursos importante, *“alcanzando los 1,235 billones de pesos, lo cual corresponde al 4,47% de los recursos por concepto de UPC, si ésta es usada por el 50% de los fumadores que actualmente tiene el país durante el primer año de implementada la tecnología. Este costo se puede incrementar aún más si se ofrece a los fumadores la opción de más de un ciclo de tratamiento”* (34) ; además de las particularidades del contexto del país que merecen tenerse en cuenta para la toma de decisiones.

Desde el punto de vista de política pública el implementar programas de cesación tiene varias implicaciones prácticas.

“En Colombia se estima que los costos directos al sistema de salud atribuibles al tabaquismo son del orden de \$4,266 billones de pesos anuales. El mercado del tabaco genera ingresos al país 689 mil millones de pesos (Matriz insumo producto DANE 2005) y la recaudación impositiva sobre los productos derivados del tabaco alcanza aproximadamente 450 mil millones de pesos cada año, según datos de Curti y et al, lo cual representaría el 16,2% y el 10,5%, de los costos en salud respectivamente. Por lo tanto, el tabaco por cada peso que aporta a la economía, retira 3,74 por vía de gasto en salud, esto sin tener en cuenta otros

gastos sociales por tabaco (pérdida de productividad, impacto ambiental, etc.)”
(34).

Es decir, que las intervenciones para la cesación del consumo de tabaco se muestran como una estrategia atractiva de política pública en salud, no solo por las mejoras potenciales que se lograrían a nivel poblacional en salud sino por el ahorro de recursos como resultado de la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo.

Como lo establecen las recomendaciones elaboradas para Colombia, el abordaje del tabaquismo requiere de la participación de todos los integrantes de un equipo de salud entrenado; cada uno desde su disciplina tiene la oportunidad de realizar intervenciones específicas para el control de ésta adicción a nivel individual, colectivo o ambos en el marco de un programa de salud pública para la cesación del consumo; resaltando siempre el comportamiento de las tasas de abandono. De igual manera se hace necesario tener en cuenta los efectos clínicos reportados y la repercusión en el control de la adicción en ciertos casos en el que los beneficios pueden ser limitados, como en la consejería breve y el reemplazo nicotínico, en los que en general se muestran incrementos de la abstinencia entre 2 y 15 %, evidenciando aspectos más críticos como la duración del efecto (9).

En ese sentido, con la consejería, en la cual existe gran variabilidad en las técnicas y condiciones específicas, en la que se ha evaluado los diferentes tipos de proveedor, diferentes formatos y diferentes medios de comunicación, se logra establecer que afectan la eficacia y deben tenerse en cuenta al momento de implementar este tipo de intervención (9). El utilizar fármacos duplica la probabilidad de dejar de fumar comparada con placebo, con tasas de cesación a 6 meses alrededor del 25,0 %, eficacia que puede incrementarse cuando la medicación se combina con consejería, alcanzando tasas de éxito hasta de 27,6 %. En general, está demostrado que combinar medicamentos con consejería es más útil que cualquiera de las dos opciones de manera independiente, en la que al igual que para los medicamentos, en la consejería existe una relación dosis respuesta entre tasas de abstinencia y número de sesiones realizadas junto al uso de medicación. El uso de otros medicamentos combinados aún requiere mayor investigación, pues no hay pruebas contundentes respecto al incremento de la eficacia a largo plazo (9).

Con relación a la medicina complementaria y alternativa que según la OMS, incluye diversidad de prácticas sanitarias, enfoques, conocimientos y creencias (45) , se encuentra en un auge reciente atribuido a múltiples factores, dentro de los que se destacan su mayor accesibilidad, la preocupación de los pacientes por los efectos adversos de los fármacos, los cuestionamientos sobre los enfoques biologicistas de la medicina alopática y el mayor acceso de las personas a información de este tipo (46); pero a pesar de su amplio uso, este es cuestionado en razón de la existencia limitada de ensayos aleatorizados, en su mayoría con poca calidad, número pequeño de participantes, heterogeneidad en las intervenciones, falta de estandarización en las técnicas (41) y que combinados con otras intervenciones muestran que las tasas de abstinencia a largo plazo no son mejores que el placebo y la evidencia de su utilidad se basa primordialmente en la tradición y la experiencia individual y colectiva de su uso (10).

No obstante, la implementación de las recomendaciones puede encontrar barreras, como la no inclusión de los medicamentos o la indicación para la cesación en el Plan Obligatorio de Salud, la falta de disponibilidad de medicamentos como la Nortriptilina en el mercado nacional, las dificultades para estandarizar el ejercicio y seguimiento de la consejería, y el bajo nivel de entrenamiento en el tema durante la formación de pregrado (9). Se requiere de esfuerzos en los que se trace un plan de implementación -como se sugiere de forma general para todas las guías de práctica clínica- en el marco de un programa estructurado, organizado y sistematizado que a futuro pueda generar mejores tasas de abandono del tabaco.

Reference List

- (1) World Health Organization. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. 2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Bmj* 2004;328(7455):1519.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. Tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco. 2004.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173241/1/La%20Epidemia%20del%20Tabaquismo.pdf> . 2000. Washington.
- (5) Banco Mundial. Control del Tabaco de un vistazo. 2013. 1-7-2016.
- (6) Europa E. EL LIBRO VERDE DE LA COMISIÓN EUROPEA. <http://www.imsereso.es/InterPresent1/groups/revistas/documents/binario/242informe.pdf> 2002
- (7) Jha P, Chaloupka FJ. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. World Bank Publications; 1999.
- (8) Organización Panamericana de la Salud. Conversatorio sobre experiencias en clínicas de cesación de tabaquismo. 9-7-2013.
- (9) Alba LH, Murillo RH, Becerra NA, Páez N, Cañas A, Mosquera CM, et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. *Biomédica* 2012;33(2):186-204.
- (10) Becerra NA, Alba LH, Castillo JS, Murillo R, Cañas A. Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. *Gaceta Médica de México* 2012;148(5):457-66.
- (11) Departamento de salud y servicios humanos de los EEUU. Las consecuencias del tabaquismo en la salud. 50 años de progreso. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud 2014 Available from: URL: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/executive-summary-spanish.pdf

- (12) Jimenez ML. Ilusiones de humo. Sentidos y sinsentidos del consumo femenino de cigarrillos. Revista de humanidades y ciencias sociales 2008 Mar 2;1-18.
- (13) International Agency for Research on Cancer. Production, Composition, use and Regulation. Tobacco. 53-106. 2016. Lyon, Fr.
- (14) Pichon-Riviera A, Bardach A, Alcaraz A. Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en Colombia. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria . 2013. 8-7-2016.
- (15) Ministerio de Salud de Colombia. Réditos para Colombia en el control de Tabaco. www.minsalud.gov.co;harevalo@minsalud.gov.co 2013 August 2642Available from: URL: <https://www.minsalud.gov.co>
- (16) Instituto Nacional de Cancerología. ABC de la ley antitabaco (Ley 1335 de 2009). Instituto Nacional de Cancerología, editor. [2]. 2009. Bogotá. Hechos y acciones.
- (17) Organización Mundial de la Salud. WHO report on the global tobacco epidemic 2013. Organización Mundial de la Salud, editor. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. 2013.
- (18) Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana, 1335, Congreso de Colombia, (2009).
- (19) Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública, 1841 de 2013, Ministerio de Salud de Colombia, (2013).
- (20) Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Plan decenal para el control del cáncer 2012-2021. Bogotá DC: 2012.
- (21) Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud, 5521 de 2013, Ministerio de Salud de Colombia, (2013).
- (22) Ministerio de Salud de la Argentina. Guía de práctica clínica nacional de tratamiento de la adicción del tabaco. 2016. Buenos Aires Argentina.
- (23) Organización Mundial de la Salud. Tratamiento de la dependencia del tabaco. Iniciativa liberarse del tabaco . 2016.
- (24) Wiesner C, Peñaranda D. Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes reporte de Bogotá, Colombia. Revista Colombiana de Cancerología 2002;6(4):5-14.

- (25) Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer. <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=748226> . 2016.
- (26) Bureau of national affairs. Where There's Smoke: Problems and Policies concerning smoking in the workplace. 1987. Washington DC.
- (27) Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction* 2012;107(6):1066-73.
- (28) Bala MM, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *The Cochrane Library* 2008.
- (29) Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tobacco control* 2012;21(2):127-38.
- (30) Klesges RC, Cigrang JA. Worksite smoking cessation programs: clinical and methodological issues. *Progress in behavior modification* 1988;23:36-61.
- (31) Kamholz SL. Pulmonary and cardiovascular consequences of smoking. *Clinics in occupational and environmental medicine* 2006;5(1):157.
- (32) Morales A. Tabaquismo-Adicción a la nicotina----» Enfermedad-----» Muerte ¿Cómo alterar esta cadena de eventos?
- (33) Nides M. Update on pharmacologic options for smoking cessation treatment. *The American journal of medicine* 2008;121(4):S20-S31.
- (34) Gamboa GOA. Estudio de costo-efectividad e impacto al presupuesto de las terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
- (35) Mitrouska I, Bouloukaki I, Siafakas NM. Pharmacological approaches to smoking cessation. *Pulmonary pharmacology & therapeutics* 2007;20(3):220-32.
- (36) Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública de México* 2013;55(2):196-206.
- (37) Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. La nicotina y el tabaco. *Medline Plus* . 2016.
- (38) Becerra NA, Cañón M, Vivas JM. Terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo. *Universitas Médica* 2010;51(2):167-83.

- (39) Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *European journal of cancer prevention* 2008;17(6):535-44.
- (40) Talwar A, Jain M, Vijayan VK. Pharmacotherapy of tobacco dependence. *Medical Clinics of North America* 2004;88(6):1517-34.
- (41) White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(1):CD000009.
- (42) Perry C, Gelfand R, Marcovitch P. The relevance of hypnotic susceptibility in the clinical context. *Journal of Abnormal Psychology* 1979;88(5):592.
- (43) Mondéjar Barrios MD, Amado Barreda M. Aplicación de la homeopatía a pacientes fumadores de la localidad "Enrique Varona". *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 2010;48:253-63.
- (44) Howard MP, Knight C, Boler A, Baker C. Cost-utility analysis of varenicline versus existing smoking cessation strategies using the BENESCO simulation model. *Pharmacoeconomics* 2008;26(6):497-511.
- (45) Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. 2002. Ginebra. 1-7-2016.
- (46) Rivera A, Ausin J, García R. Analisis de situación de las Terapias Naturales. 2010.

Anexos

Epidemiología del tabaquismo

<http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/#top>

[How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease](#)

[How Tobacco Smoke Causes Disease: What It Means to You](#)

[Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity, A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General](#)

[Women and Smoking: A Report of the Surgeon General](#)

[Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General](#)

[Oral Health in America: A Report of the Surgeon General](#)

[Mental Health: A Report of the Surgeon General](#)

[Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups: A Report of the Surgeon General](#)

[Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General](#)

[Surgeon General's Report to the American Public on HIV Infection and AIDS](#)

[Smoking and Health in the Americas: A Report of the Surgeon General](#)

[The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General](#)

[The Surgeon General's Report on Nutrition and Health](#)

[Understanding AIDS: America Responds to AIDS \(brochure\)](#)

[The Surgeon General's Letter on Child Sexual Abuse](#)

[Smoking and Health, A National Status Report: A Report to Congress](#)

[Smoking and Health: A Report of the Surgeon General 1979](#)

[Television and Growing Up: The Impact of Televised Violence. Report to the Surgeon General](#)

[Report on Regional Medical Programs to the President and the Congress](#)

[Program Analysis: A Report to the Surgeon General](#)

Informes OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo:

http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/es/

Tabaco: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

[Who report on the global tobacco epidemic, 2015? Raising taxes on tobacco](#)

Prevención del tabaquismo

[National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. A report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention.](#)

[2004 Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General](#)

[1994 Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General](#)

[Surgeon General's Report for Kids about Smoking Healthy People - The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention](#)

[Protecting and Improving Health through the Radiological Sciences: A Report of the Surgeon General prepared by the National Advisory Committee on Radiation](#)

Publicaciones Lucha contra el Tabaquismo: <http://www.who.int/tobacco/publications/es/>

Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo

Consecuencias en la salud del tabaquismo

[The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General 2014](#)

[The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General 2006](#)

[The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: Secondhand Smoke and What It Means to You \(PDF - 11 MB\) 2006](#)

[Bone Health and Osteoporosis: A Surgeon General's Report 2004](#)

[The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General 2004](#)

[http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2001/index.htm 2004](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2001/index.htm)

[Reducing the Health Consequences of Smoking - 25 Years of Progress: A Report of the Surgeon General 1989](#)

[Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: A Report of the Surgeon General: 1989 Executive Summary 1989](#)

[The Health Consequences of Smoking - Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General 1988](#)

[The Surgeon General's Report on Acquired Immune Deficiency 1987](#)

[Children with Special Health Care Needs: Surgeon General's Report: Campaign '87](#)

[The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General 1986](#)

[The Health Consequences of Using Smokeless Tobacco 1986](#)

[The Health Consequences of Smoking - Cancer and Chronic Lung Disease in the Workplace: A Report of the Surgeon General 1985](#)

[Summary of the Health Consequences of Smoking - Chronic Obstructive Lung Disease: A Report of the Surgeon General 1984](#)

[The Health Consequences of Smoking - Chronic Obstructive Lung Disease: A Report of the Surgeon General](#)

[The Health Consequences of Smoking - Cardiovascular Disease: A Report of the Surgeon General 1983](#)

[The Health Consequences of Smoking - Cancer: A Report of the Surgeon General 1982](#)

[The Health Consequences of Smoking - The Changing Cigarette: A Report of the Surgeon General 1981](#)

[The Health Consequences of Smoking for Women: A Report of the Surgeon General](#)

[The Health Consequences of Smoking, 1977-1978](#)

[The Health Consequences of Smoking: A Reference Edition](#)

[The Health Consequences of Smoking 1975](#)

[The Health Consequences of Smoking 1974](#)

[The Health Consequences of Smoking 1973](#)

[The Health Consequences of Smoking 1972](#)

[The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General: 1971](#)

[The Health Consequences of Smoking: 1969 Supplement to the 1967 Public Health Service Review](#)

[The Health Consequences of Smoking: 1968 Supplement to the 1967 Public Health Service Review](#)

[The Health Consequences of Smoking, A Public Health Service Review 1967](#)

[Securing Health in Our Urban Future: A Report to the Surgeon General](#)

[Smoking and Health: Report of the Advisory Committee of the Surgeon General of the Public Health Service 1964](#)

[Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU](#)

Marco Normativo internacional para el control del tabaco

Centro de Prensa OMS: <http://www.who.int/mediacentre/es/>

Convenio Marco para el Control del Tabaco: <http://www.who.int/fctc/es/>

Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80881/1/9789243505244_spa.pdf?ua=1

Marco Normativo Nacional para el control del tabaquismo

[Tabaquismo y salud: Una aproximación a las políticas públicas para su control en Colombia](#)

[ABC de la Ley Antitabaco](#)

[Por Una Legislación efectiva para el control del tabaquismo en Colombia](#)

[El tabaquismo en lugares del trabajo](#)

[Separata. Nuevas medidas para el control del consumo de tabaco en Colombia](#)

Otros aspectos nacionales para el control del tabaquismo

[Informe de Cesación Anti-tabáquica. Instituto Nacional de Cancerología](#)

[Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo En Colombia](#)

[Epidemia Mundial de Consumo de Tabaco, Una Problemática en Salud Pública](#)

[Encuesta de tabaquismo en estudiantes de colegios oficiales de Bogotá](#)

[Personal y sitios de salud, la llave para un mundo libre de tabaco](#)

[Evaluación Económica del tabaquismo en Colombia](#)

Día mundial sin tabaco

Día Mundial Sin Tabaco 2016: Prepárate para el empaquetado neutro:

<http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/event/es/>

Día Mundial Sin Tabaco 2015: Alto al Comercio Ilícito de productos de tabaco:

<http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2015/es/>

Día Mundial Sin Tabaco 2014 : Subir los impuestos al tabaco:

<http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/es/>

Día Mundial Sin Tabaco 2013 - Prohibamos la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2013/es/>

Día Mundial Sin Tabaco 2012 - La Interferencia de la industria tabacalera:

<http://www.who.int/tobacco/wntd/2012/es/>

Día Mundial Sin Tabaco 2011 - El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco:

<http://www.who.int/tobacco/wntd/2011/es/>

Día Mundial Sin Tabaco 2010 - Género y tabaco: la promoción del tabaco dirigida a las mujeres: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2010/es/>

Día Mundial Sin Tabaco 2009 - Advertencias sanitarias antitabaco:

<http://www.who.int/tobacco/wntd/2009/es/>

Día Mundial Sin Tabaco 2008 - Juventud libre de tabaco:

<http://www.who.int/tobacco/wntd/2008/es/>

Día Mundial Sin Tabaco 2007 - Ambientes libres de humo de tabaco:

<http://www.who.int/tobacco/wntd/2007/es/>