

# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA INFORMADA POR LA EVIDENCIA PARA LA CESACIÓN TABÁQUICA EN ADULTOS

PARAGUAY

2025



GOBIERNO DEL  
PARAGUAY

MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA Y  
BIENESTAR SOCIAL



DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE  
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES  
Dirección General de Vigilancia de la Salud



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
INFORMADA POR LA EVIDENCIA  
PARA LA CESACIÓN TABÁQUICA  
EN ADULTOS**

**PARAGUAY**

**2025**

## FICHA TÉCNICA

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Guía de Práctica Clínica Informada por la Evidencia para la Cesación Tabáquica en Adultos, Paraguay 2025 – Asunción: MSPyBS. 80 páginas.

**ISBN: 978-99925-11-64-0**

**I. TÍTULO:** Guía de Práctica Clínica Informada por la Evidencia para la Cesación Tabáquica en Adultos, Paraguay 2025.

**PROPIEDAD:** ©Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

<http://www.mspbs.gov.py>

Asunción, Paraguay – 2025.

Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. MSPyBS Silvio Pettrossi y Constitución. Edificio de Información Estratégica y Vigilancia de la Salud. 4to piso. Asunción, República del Paraguay. Teléfono/Fax: (595 21) 2374000

<https://dvent.mspbs.gov.py/>

Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto, no puede comercializarse en el Paraguay o en el extranjero. Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente. Esta publicación debe citarse como: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección de Vigilancia de la Salud, Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, “Guía de Práctica Clínica Informada por la Evidencia para la Cesación Tabáquica en Adultos, Asunción, Paraguay 2025”.

**Diseño Editorial:** Goiriz Imagen & Cía. S.A.

# AUTORIDADES

**Dra. María Teresa Barán Wasilchuk**

Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

**Dr. Ángel José Ortellado Maidana**

Viceministro de Rectoría y Vigilancia de la Salud

**Dra. Andrea Natalia Ojeda Benítez**

Directora General de Vigilancia de la Salud

**Prof. Dra. Felicia Cañete Villalba**

Directora de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

**Dra. Zunilda Palacios Morínigo**

Directora del Programa Nacional de Control del Tabaquismo y Enfermedades  
Respiratorias Crónicas

# CONTENIDO

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	7
<b>GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA</b> .....	8
<b>GLOSARIO</b> .....	11
<b>RESUMEN</b> .....	12
Como usar esta Guía .....	12
<b>ALGORITMO</b> .....	15
Flujograma de atención para dejar de fumar .....	15
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	16
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	20
<b>OBJETIVOS Y POBLACIÓN BLANCO</b> .....	21
<b>ALCANCE Y USUARIOS</b> .....	22
<b>MÉTODOS</b> .....	23
Proceso de elaboración de la guía de práctica clínica .....	23
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	29
Cesación tabáquica en adultos .....	29
Pregunta 1. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las estrategias conductuales para el manejo de cesación tabáquica? .....	29
Evidencia.....	29
Evidencia local .....	31
Recomendaciones .....	32
Pregunta 2. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones digitales (mhealth) para el manejo de la cesación tabáquica?.....	33
Evidencia.....	33
Evidencia local .....	34
Recomendaciones .....	36
Pregunta 3. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones farmacológicas para el manejo de cesación tabáquica? .....	37
Evidencia.....	37

Evidencia local .....	41
Recomendaciones .....	42
Pregunta 4. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia farmacológica combinada con la terapia conductual para el manejo de cesación tabáquica? ....	43
Evidencia.....	43
Evidencia local .....	43
Recomendaciones .....	45
<b>MÓDULO DE IMPLEMENTACIÓN .....</b>	<b>46</b>
<b>BARRERAS Y ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>57</b>
Anexo 1. Análisis de conflicto de intereses .....	57
Anexo 2. Intervenciones clínicas sobre el tabaquismo .....	59
Anexo 3. Preguntas PICO .....	62
Anexo 4. Tablas de evidencia a la decisión.....	66

# PRESENTACIÓN

Este documento representa el resultado obtenido de una exhaustiva revisión de información sobre la cesación tabáquica desarrollando una serie de recomendaciones informadas en evidencia científica centradas en el diagnóstico, el tratamiento con el objetivo de brindar la primera **“Guía de Práctica clínica informada por la evidencia para la cesación tabáquica en adultos en Paraguay”** con la colaboración de OPS/OMS.

Esta guía tiene como finalidad ofrecer recomendaciones actualizadas, basadas en evidencia científica, para el abordaje integral del abandono del hábito tabáquico en personas adultas del Paraguay, abarcando desde la captación hasta el tratamiento, con el objetivo de orientar la toma de decisiones clínicas y mejorar la calidad de vida de la población.

Según el Convenio Marco Para el Control de Tabaco de la OMS el artículo N° 14 Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco y dentro de las directrices **MPOWER**, se destaca la directriz de ofrecer ayuda para dejar de fumar en esta GPC se destina un apartado especial sobre cesación tabáquica la cual es efectiva para el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, reduciendo así la morbimortalidad.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de la Dirección General de Vigilancia de la Salud ha impulsado la creación de esta guía para unificar procedimientos en todos los niveles de atención sanitaria, adaptada a las particularidades de la población paraguaya. Con este documento, se busca estandarizar las acciones de manejo integral de pacientes en el sistema de salud del país.

**Prof. Dra. Felicia Cañete**  
**Directora, DVENT**

# GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA

## COORDINADORA METODOLÓGICA

Lic. Ethel Santacruz  
***Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, MSPyBS***

## EQUIPO METODOLÓGICO

Dra. Zunilda Palacios, Directora  
***Programa Nacional de Control de Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas, MSPyBS***

Dra. Xintia Ayala, Coordinadora  
***Programa Nacional de Control de Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas, MSPyBS***

Dra. Noelia Cañete, Coordinadora Técnica  
***Programa Nacional de Control de Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas, MSPyBS***

MSc. Alba Carolina Cuevas  
***Programa Nacional de Control de Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas, MSPyBS***

Dr. Aldo Ojeda  
***Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, MSPyBS***

## EQUIPO TEMÁTICO

CP. Victoria Sosa  
***Dirección General de Planificación y Evaluación, MSPyBS***

Econ. Edgar Suarez  
***Dirección General de Planificación y Evaluación, MSPyBS***

Dra. Irene Benítez, Pediatra  
***Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud, MSPyBS***

Dra. María Graciela Gamarra, Neumóloga  
***Sociedad Paraguaya de Alergia, Asma e Inmunología***

Lic. Francisco Rojas, Fisioterapeuta  
***Asociación de Kinesiólogos y Fisioterapeutas del Paraguay***

Dr. Hugo Martínez, Neumólogo  
***Sociedad Paraguaya de Neumología***

Dra. Leticia Maldonado, Neumóloga  
***Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente***  
***“Prof. Dr. Juan Max Boettner”, MSPyBS***

## PANEL DE EXPERTOS

Lic. Juana Amarilla, Enfermera  
 Lic. Cinthia Ovelar, Enfermera  
 Lic. Nathalia Torales, Enfermera  
***Hospital de Clínicas - Facultad de Ciencias Médicas***  
***Universidad Nacional de Asunción***

Dra. Cynthia Meza, Neumóloga  
***Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción***

Dra. Rocio Arruabarrena, Neumóloga  
***Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente***  
***“Prof. Dr. Juan Max Boettner”, MSPyBS***

Lic. Elisa Cuenca, Enfermera  
***Hospital General de Luque, MSPyBS***

Dr. Carlos Santa Maria, Médico Familiar  
***Centro Nacional de Prevención y Tratamiento de Adicciones, MSPyBS***

Lic. Cesar Irala Romero, Trabajador Social  
***Dirección de Trabajador Social, MSPyBS***

Dr. Alberto Ortiz, Intensivista  
***Sociedad Paraguaya de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos***

Dr. Mario Otazo, Psiquiatra  
***Hospital Materno Infantil San Pablo, MSPyBS***

Dra. Doris Royg, Internista  
 Dra. Maria Cristina Gimenez, Internista  
***Sociedad Paraguaya Medicina Interna***

Lic. Diego Morel, Fisioterapeuta  
***Asociación de Kinesiólogos y Fisioterapeutas del Paraguay***

Dra. Diana Yuruhan, Médico Familiar  
***Sociedad Paraguaya Medicina Familiar***

Dra. Maria Graciela Gamarra, Alergista  
***Sociedad Paraguaya Asma, Alergia e Inmunología***

Dr. Duilio Nuñez, Infectólogo  
 Dra. Liliana Venialgo, Neumóloga  
***Instituto de Previsión Social***

Dra. Karen Figueredo, Médico Familiar  
***Dirección de Atención Primaria de Salud, MSPyBS***  
 Dra. Mónica Abente, Neumóloga  
 Dr. Ángel Gómez, Neumólogo  
***Programa Nacional de Control de Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas, MSPyBS***

## PACIENTE

Pedro Acuña

## ASESORES DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Dr. Marcelo Korc  
***Representante en el Paraguay de la Organización Panamericana de la Salud***

Dr. Lenildo de Moura  
***Asesor en Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Paraguay***

Lic. Rodrigo Burgos  
***Consultor Nacional en Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Paraguay***

Dra. Silvana Luciani  
***Jefa de Unidad, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OPS/OMS HQ***

Dr. Ludovic Reveiz  
***Jefe de Unidad de Ciencia y Conocimiento para el Impacto Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud (EIH) OPS/OMS. HQ***

Dra. Marcela Torres  
***Consultora. Unidad de Ciencia y Conocimiento para el Impacto Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud (EIH). OPS/OMS. HQ***

## REVISORES EXTERNOS

**Dra. Mónica Rosalía Loera Pulido, Médico General, Coordinadora Metodológica**  
*Dirección General de Modernización del Sector Salud (DGMoS) Secretaría de Salud, México*

**Prof. Dr. Víctor San Martín, Neumólogo**  
*Facultad de Ciencias Médicas,  
 Universidad Nacional de Asunción, Paraguay*

**Prof. Dr. Víctor Sequera, PhD Medicina e Investigación Translacional**  
*Hospital de Clínicas - Facultad de Ciencias Médicas,  
 Universidad Nacional de Asunción, Paraguay*

# GLOSARIO

APS	Atención Primaria de Salud
AVD	Años de Vida por Discapacidad
AVISA	Años de Vida Saludables Perdidos
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
CVF	Capacidad Vital Forzada
DGVS	Dirección General de Vigilancia de la Salud
DM	Diferencia de Medias
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, por sus siglas en inglés
DVENT	Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
EAG	Efecto Adverso Grave
ECA	Ensayo Clínico Aleatorizado
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERC	Enfermedades Respiratorias crónicas
EtD	Evidencia para la Decisión
GDG	Grupo Desarrollador de Guías
GOLD	Estrategia Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRADE	Grading of Recommendations Assesment, Development and Evaluation, por sus siglas en inglés
IC	Intervalo de Confianza
LIN	Límite Inferior de Normalidad
MA	Metaanálisis
mHealth	Salud Móvil
mMRC	Escala de Disnea Modificada por el Consejo de Investigación Médica
MODS	Dispositivos Susceptibles de Liberación de Nicotina con Tanques, de Modalidad Abierta y Rellenables
MPOWER	Monitor; Protección; Ofrecer Ayuda; Advertencia; Cumplimiento; Aumentó, por sus siglas en inglés
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds Ratio
PCT	Productos Calentados de Tabaco
PICO	Población, Intervención, Comparación, Resultado
PRISMA	Elementos de Notificación Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis
PRONATERC	Programa Nacional de Control del Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas
RIIS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
RR	Riesgo Relativo
RS	Revisiones Sistemáticas
SEAN	Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina
SSSN	Sistemas Electrónicos Sin Nicotina
TRN	Terapia de Reemplazo de Nicotina
VAPE/PODS	Dispositivos Electrónicos de 1 solo uso, No Recargables, que contiene un Algodón u otra Fibra Similar impregnada de Líquido con o sin Nicotina
VEF1	Volumen Espiratorio Forzado en el Primer Segundo
5A	Estrategias de Consejería Breve (Averiguar, Aconsejar, Asisitir, Ayudar y Acompañar)
5R	Estrategia de Consejería para quienes no quieren dejar de fumar (Relevancia, riesgo, recompensa, resistencia y repetición)

# RESUMEN

## CÓMO USAR ESTA GUÍA

Cada pregunta clínica presenta un grupo de recomendaciones y buenas prácticas que brindan indicaciones para la cesación tabáquica. Cada recomendación presenta la calidad de la evidencia siguiendo el sistema GRADE:

**Cuadro 1.** Calidad de la evidencia siguiendo el sistema GRADE:

Certeza	Características
<b>ALTA</b> ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
<b>MODERADA</b> ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
<b>BAJA</b> ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
<b>MUY BAJA</b> ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

**Cuadro 2.** Las recomendaciones incluyen la fuerza de la recomendación, es decir el grado de confianza, de acuerdo al sistema GRADE:

Fuerza de la Recomendación	Significado
<b>FUERTE A FAVOR</b>	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. <b>SE RECOMIENDA HACERLO</b>
<b>CONDICIONAL A FAVOR</b>	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. <b>SE SUGIERE HACERLO</b>
<b>CONDICIONAL EN CONTRA</b>	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. <b>SE SUGIERE NO HACERLO</b>
<b>FUERTE EN CONTRA</b>	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. <b>SE RECOMIENDA NO HACERLO</b>
√	<b>PUNTO DE BUENA PRÁCTICA (PBP)</b>

# MANEJO DE LA CESACIÓN TABÁQUICA

## \*Recomendaciones claves para el proceso de implementación

**Pregunta 1.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las estrategias conductuales para el manejo de cesación tabáquica?

N°	Recomendación
1	<p>Se recomienda que proveedores de atención de salud brinden sistemáticamente consejería breve (entre 30 segundos y 3 minutos por encuentro) como práctica habitual a todos los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina que accedan a cualquier centro de atención de salud.*</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada</b> ⊕⊕⊕○ <b>Recomendación Fuerte a favor.</b></p>
2	<p>Se recomienda que se ofrezca un apoyo conductual más intensivo a todos los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina interesados en dejar de fumar. Las opciones de apoyo conductual son el asesoramiento individual o grupal presencial y el asesoramiento telefónico; y deben ofrecerse múltiples opciones de apoyo conductual.*</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada</b> ⊕⊕⊕○ <b>Recomendación Fuerte a favor.</b></p>
✓	<p>Se recomienda abordar una intervención de asesoramiento motivacional para ayudar a aquellos que no están preparados para dejar el consumo de tabaco a través del modelo de las 5R.</p> <p><b>Punto de buena práctica.</b></p>

**Pregunta 2.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones digitales (mhealth) para el manejo de la cesación tabáquica?

N°	Recomendación
3	<p>Se recomienda poner a disposición de los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina interesados en dejar de fumar modalidades digitales (mensajes de texto, aplicaciones para teléfonos inteligentes, intervenciones basadas en inteligencia artificial o intervenciones basadas en Internet), de forma individual o combinada, como complemento a otro apoyo para dejar de fumar o como herramienta de autogestión.*</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada</b> ⊕⊕⊕○ <b>y baja</b> ⊕⊕○○ <b>Recomendación Fuerte a favor.</b></p>

**Pregunta 3.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones farmacológicas para el manejo de cesación tabáquica?

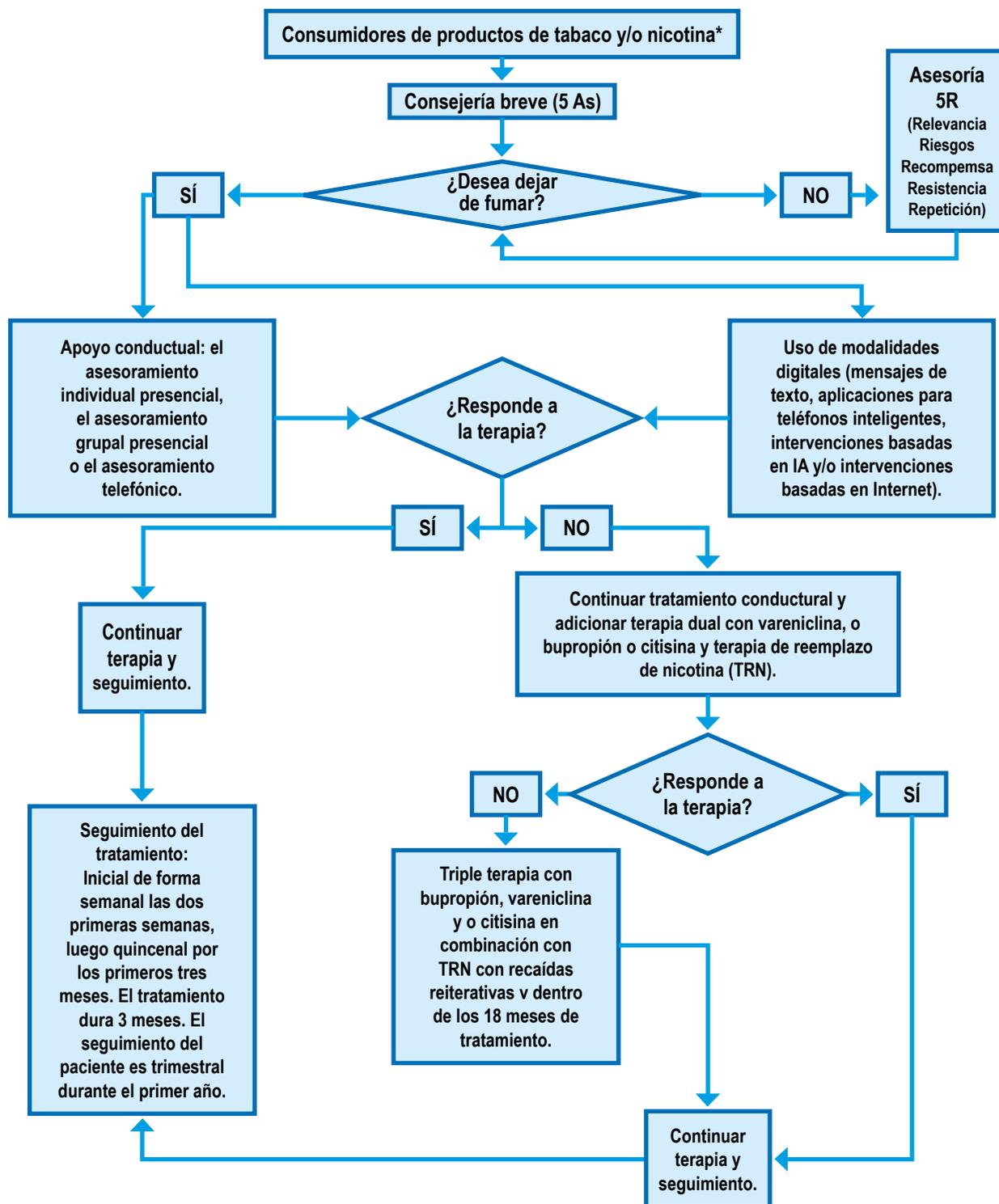
N°	Recomendación
4	<p>Se sugiere administrar terapia dual con vareniclina, o bupropión o citisina y terapia de reemplazo de nicotina (TRN), como opciones de tratamiento farmacológico de primera línea para los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina que están interesados en dejar de fumar.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○ Recomendación Condicional.</b></p>
5	<p>Se sugiere ofrecer triple terapia con bupropión, vareniclina y/o citisina en combinación con TRN a los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina interesados en dejar de fumar en casos de recaídas reiterativas dentro de los 18 meses de tratamiento. La decisión depende del grado de adicción del paciente.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○ y baja ⊕⊕○○ Recomendación Condicional.</b></p>

**Pregunta 4.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia farmacológica combinada con la terapia conductual para el manejo de cesación tabáquica?

N°	Recomendación
6	<p>Se recomienda combinar la farmacoterapia y las intervenciones psicológicas para apoyar a los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina interesados en dejar de fumar.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○ Recomendación Fuerte a favor.</b></p>
√	<p>Se debe realizar derivación al área de psiquiatría para mejorar la atención de los pacientes con complicaciones (depresión, manía, psicosis, pánico, insomnio) en el área de salud mental.</p> <p><b>Punto de buena práctica.</b></p>
√	<p>Se debe realizar entrenamiento en apoyo conductual en cesación tabáquica a personal de salud que provee tratamiento a los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina en todos los niveles de atención.</p> <p><b>Punto de buena práctica.</b></p>
√	<p>Los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina que inician tratamiento integral de cesación deben recibir seguimiento en la primera semana y luego en la segunda semana. Posteriormente, por lo menos una vez al mes durante los 3 meses que dura el tratamiento.</p> <p><b>Punto de buena práctica.</b></p>

# ALGORITMO

## Flujograma de atención para dejar de fumar



\*Tabaco y/o nicotina.

1. Productos de tabaco: cigarrillo convencional, tabaco para liar, puro, purito, pipa, pipa de agua.

2. Productos de tabaco sin combustión: tabaco de mascar, tabaco de uso nasal, tabaco de uso oral, nicotina.

3. Productos novedosos: a) sistemas electrónicos de administración de nicotina: cigarrillos electrónicos, mods, pods, vapes, b) sistemas electrónicos sin nicotina. (Tipos de productos del tabaco, productos relacionados y productos emergentes de nicotina).

# MARCO TEÓRICO

## Tabaquismo

El tabaco es adictivo, la nicotina es la droga que causa la adicción y el proceso psicofarmacológico involucrado en esta adicción es similar al de otras drogas, tales como la heroína o la cocaína (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 2020).

El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica que pertenece al grupo de las adicciones, clasificada dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) de la American Psychiatric Association (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed, 2013), (Bello S et al., 2009).

La cesación tabáquica es el proceso de detener el consumo de tabaco. Existen distintas modalidades de intervención para lograr la cesación del tabaquismo en las personas fumadoras (Stepankova et al., 2024). Todos los programas de cesación tabáquica deben tener un enfoque dual, es decir, con intervención psicosocial y farmacológica concomitantes, ya que la evidencia indica que combinados mejora la probabilidad de éxito a corto y largo plazo (World Health Organization, 2024).

## Normativas

En Paraguay, a partir de la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS mediante la Ley N° 2969/2006, se han desarrollado e implementado diversas normativas orientadas a la reducción del consumo de tabaco y sus efectos en la salud pública. En este contexto, la Ley N° 5538/2015 incorporó medidas adicionales, estableciendo autoridades competentes y delimitando sus funciones.

Ante la proliferación de nuevos dispositivos electrónicos, como los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), se dictó la Resolución N° 630/2019, que regula su comercialización, habilitación y puntos de venta, bajo supervisión de la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DINAVISA).

Adicionalmente, el Decreto N° 7605/2017 establece disposiciones sobre los espacios habilitados para el consumo de productos de tabaco y dispositivos electrónicos. Como parte de los avances en ambientes libres de humo, la Resolución N° 233/2019 declara 100% libres de humo de productos de tabaco todas las áreas ocupadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) a nivel nacional.

## Modelos y estrategias de intervención para la cesación del consumo mismo de nivel de Tabaquismo.

Estas intervenciones pueden utilizar dentro de su dinámica diferentes modelos y estrategias (ver Anexo 2), como:

- **Modelo Transteórico de Prochaska Di Clemente:** los estadios de cambio y su aplicación en el consumo de tabaco, fueron inicialmente utilizados para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Es una estrategia transversal que se combina con la consejería breve, evalúa la fase de abandono en la que se encuentra la persona. El dejar de fumar o vapear no sucede en un paso, la gente progresa a través de cinco etapas hasta el éxito. El progreso en las etapas tempranas depende del balance de decisión que tome la persona (balance entre pros y contras de dejar de fumar o vapear), Iniciar y mantener la cesación tabáquica requiere un sentido suficiente de confianza (autoeficacia). Las etapas que se evalúan desde este modelo son: Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento o recaída. (Prochaska & DiClemente, 2019).
- **Entrevista motivacional para dejar de fumar o vapear:** es una estrategia de entrevista directiva no confrontativa y centrada en el paciente. El objetivo principal de esto es facilitar la superación de la negación y la resistencia al cambio pues la responsabilidad del cambio está en la persona. La entrevista motivacional también se puede aplicar a los pacientes que están dispuestos a hacer un intento por dejar de fumar o vapear como a los que no lo están considerando. Un tipo de estrategia motivacional que es usada en los fumadores o vapeadores que no están dispuestos a hacer un intento para dejar de fumar o vapear, es la estrategia de las “5R”, denominada así por la inicial de los 5 puntos a considerar: Relevancia, Riesgos, Recompensas, Resistencias y Repetición con la cual se busca motivar y concretar los intentos por dejar de fumar o vapear. Permite que la persona encuentre motivaciones internas y suficientes para tomar decisiones respecto a dejar de fumar tabaco y dar inicio al proceso de cesación de forma empática. El objetivo es reforzar en el usuario que él es el agente activo de cambio y que el profesional está allí para apoyarlo. (Lindson et al., 2019).
- **Intervención cognitivo-conductual:** se utiliza para el tratamiento de la dependencia física, psicológica y social, asociadas al consumo de tabaco. Se trabaja en las modalidades de terapia grupal o individual. Esta técnica parte del enfoque cognitivo-conductual, desde el cual se considera que cualquier conducta adictiva es resultado de unos patrones comportamentales aprendidos, tal como sucede en el consumo de cigarrillo, en este contexto, el enfoque reconoce el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta del fumador y/o vapeador. Esta intervención, tiene como objetivo el cambiar los comportamientos adictivos por conductas más adaptativas y de mejores habilidades a la hora de afrontar los acontecimientos vitales y los estresores de la vida cotidiana. (Miller & Rose, 2009).

## Marco conceptual

### Definiciones

En relación a las diferentes definiciones operativas en cesación tabáquica. (Corvalan, B, 2017; Organización Mundial de la Salud. 2014).

**Alta dependencia:** se aplica a las personas que fuman más de 20 cigarrillos/día y/o quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse.

**Consejos breves:** consejos para dejar de consumir tabaco, que generalmente sólo dura hasta 3 minutos, y que se dan a todos los consumidores de tabaco, habitualmente durante una consulta o interacción de rutina.

**Consejería (Counseling):** guía psicológica y asesoramiento práctico, en el que se entrena a las personas que fuman a identificar y afrontar los eventos y problemas que se relacionan con fumar o con riesgo de recaída (ej: anticipar situaciones estresantes, emplear estrategias de relajación y otras).

**Craving:** manifestación intensa del síndrome de abstinencia. Es el deseo imperioso de fumar que se percibe como difícil de refrenar. Lo padecen más del 80% de las personas que fuman después de 8 a 12 horas sin fumar. Día D: fecha propuesta para dejar de fumar.

**Día D:** fecha propuesta para dejar de fumar.

**Fumador/a adulto/a:** toda persona de 18 años o más que fuma todos o algunos días (OMS). Fumador/a adolescente fumador/a frecuente: jóvenes que han fumado por lo menos en 20 de los 30 días anteriores a la encuesta; alguna vez fumadores/as: jóvenes que alguna vez han fumado (aunque sea una o dos bocanadas); fumadores/as: jóvenes que han fumado por lo menos una vez en los treinta días anteriores a la encuesta.

**Intervención:** hace referencia a un abordaje, acción o programa, mayor al sólo consejo y que se extiende a más de una oportunidad de contacto. Se distinguen según la duración de cada contacto en: Intervención Mínima: menos de 3 minutos; Intervención Breve: entre 3 a 10 minutos; e Intervención Intensiva: más de 10 minutos.

**Tasa de cesación (o de abstinencia):** porcentaje o proporción de personas que consiguen no fumar por un tiempo determinado.

**Tasa de cesación continua:** la persona está sin consumir tabaco desde el día D.

**Tasa de cesación puntual:** la persona está sin fumar al menos en los últimos 7 días desde el momento en que se evalúa.

**Tasa de cesación prolongada:** la persona está sin fumar en forma continuada desde un “periodo de gracia” (ej. 15 días después de la fecha de abandono y su evaluación final).

**Terapia o apoyo comportamental o acompañamiento para el cambio del comportamiento:** es la consejería que abarca todo apoyo no farmacológico destinado a ayudar a dejar de consumir tabaco. Incluye impartir conocimientos acerca del consumo y dependencia, prestar apoyo, enseñar técnicas y estrategias para modificar el propio comportamiento.

**Terapia cognitivo-comportamental:** abordaje psicoterapéutico dirigido a identificar y modificar estilos de pensamiento negativos, defectuosos o distorsionados y las conductas maladaptativas asociadas a dichos estilos de pensamiento.

**TRN:** terapia de reemplazo de nicotina, por ejemplo parches, chicles, comprimidos dispersables y pulverizador nasal.

### **Epidemiología de cesación tabáquica**

En Paraguay se estima que el 12,2% de todas las muertes son atribuibles al hábito tabáquico en mayores de 35 años, lo que representa aproximadamente 3.300 muertes anuales que podrían evitarse. El tabaquismo ocasiona una importante cantidad de muertes, enfermedades y costos sanitarios. El mayor peso está dado por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las enfermedades cardíacas y el cáncer de pulmón. (Bardach et al., 2018).

Según la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, el 9,2% de la población paraguaya son exfumadores, con una mayor proporción en hombres de 14,6% que en mujeres de 3,8%. La edad promedio para dejar de fumar es de 27 años en ambos sexos, con una duración media de 15 años desde que los ex fumadores diarios abandonaron el tabaquismo. Además, el 51,5% de los fumadores intentaron dejar de fumar en el último año. En cuanto al tabaquismo pasivo, el 15,6% de la población estuvo expuesta al humo de tabaco en el lugar de trabajo. Por otro lado, la prevalencia del consumo de cigarrillos electrónicos fue del 4,8%, siendo más frecuente en hombres. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, 2023).

# JUSTIFICACIÓN

La cesación tabáquica se posiciona como uno de los principales desafíos en el ámbito de la salud pública a nivel mundial, debido al considerable impacto negativo que el tabaquismo genera tanto en la salud individual como colectiva. Según un estudio, una parte significativa de los médicos reporta no sentirse lo suficientemente capacitada para realizar consultas orientadas para dejar de fumar, lo que subraya la necesidad de fortalecer su formación en este ámbito (Sigal et al., 2023).

La ampliación de los servicios para los profesionales de la salud, a través del suministro de las mejores herramientas y consensos, es fundamental para que puedan brindar una atención de calidad a los pacientes que desean dejar de fumar.

El tabaquismo es una enfermedad crónica y adictiva con un alto impacto en la población. El objetivo de los programas y guías de cesación tabáquica es proporcionar un tratamiento efectivo para la dependencia a la nicotina, con la meta de reducir en aproximadamente 180 millones el número de muertes a nivel mundial por enfermedades relacionadas con el tabaquismo para el año 2050 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

A pesar de los avances en salud pública, el consumo de tabaco sigue siendo la principal causa prevenible de enfermedades crónicas, discapacidades y muertes prematuras en todo el mundo (OMS, 2023). Pese a la evidencia contundente de los daños causados por el tabaco, muchos fumadores encuentran extremadamente difícil abandonar el tabaquismo debido a la adicción a la nicotina y a los factores psicológicos y sociales asociados.

El uso de cigarrillos electrónicos (vapeadores, PODs) crece aceleradamente a nivel mundial, principalmente en adolescentes, superando incluso la prevalencia en adultos. No existe evidencia concluyente de que estos productos ayuden a dejar de fumar. Por el contrario, estudios muestran que triplican el riesgo de iniciar el consumo de cigarrillos convencionales. Además, contienen nicotina, sustancia altamente adictiva, y componentes con efectos nocivos comprobados para la salud.

## OBJETIVOS Y POBLACIÓN BLANCO

**Objetivo:** brindar recomendaciones para el manejo de cesación tabáquica en personas adultas consumidoras de productos de tabaco y/o nicotina\* interesadas o no en dejar de fumar y/o vapear.

**Población blanco:** personas mayores de 18 años consumidoras de productos de tabaco y/o nicotina\* interesados o no en dejar de fumar y/o vapear.

**\*Tabaco y/o nicotina:**

1. Productos de tabaco: cigarrillo convencional, tabaco para liar, puro, purito, pipa, pipa de agua.
2. Productos de tabaco sin combustión: tabaco de mascar, tabaco de uso nasal, tabaco de uso oral, nicotina.
3. Otros productos novedosos: a) sistemas electrónicos de administración de nicotina: cigarrillos electrónicos, mods, pods, vapes, b) sistemas electrónicos sin nicotina, (otros tipos de productos del tabaco, productos relacionados y productos emergentes de nicotina) (Llambi et al, 2020).

## ALCANCE Y USUARIOS

La guía de práctica incluye tratamiento farmacológico y no farmacológico de cesación tabáquica en adultos de 18 años o más. No incluye personas embarazadas y periodo de lactancia. No incluye fumadores de segunda mano, segunda línea de manejo o seguimiento.

Las recomendaciones de esta guía de práctica clínica están dirigidas al personal del sector salud como profesionales de medicina familiar, alergista, internista, medicina crítica, infectología, neumología, psicología, psiquiatría, enfermería, fisioterapeutas y otras disciplinas relacionadas con pacientes para ayudarlos a dejar de fumar en todos los niveles de atención.

La elaboración de la guía pretende ser utilizada por tomadores de decisiones y miembros de organizaciones gubernamentales con el fin de facilitar el proceso de implementación estandarizando procesos asistenciales.

# MÉTODOS

Esta sección se basa en los métodos descritos y la plantilla de reporte de la Guía para adaptar y aplicar directrices informadas por la evidencia. Segunda edición de OPS/OMS (OPS, 2023).

## **Composición del grupo desarrollador**

El grupo contó con la participación de expertos temáticos en alergia, medicina interna, medicina crítica, neumología, infectología, enfermería, psicología, psiquiatría, fisioterapia y rehabilitación y con un equipo de metodólogos y epidemiólogos.

## **Análisis de conflicto de intereses**

Todos los miembros del grupo desarrollador, del panel de expertos, así como las personas que participaron tanto en la revisión externa, firmaron un formato de conflicto de intereses. No se identificó ningún conflicto que pueda afectar las decisiones del grupo desarrollador. El análisis se encuentra en el Anexo 1.

## **Declaración de independencia editorial**

Se declara que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay y la Organización Panamericana de la Salud no influenciaron el desarrollo de esta guía.

## **Definición de alcance y objetivos**

El alcance y los objetivos de estas directrices fueron definidos por el Ministerio de Salud y Bienestar Social, y revisados por el grupo de expertos con el apoyo de OPS/OMS. Con el ánimo de garantizar que las recomendaciones formuladas se pudieran aplicar al ámbito clínico regional y servir de apoyo a todos profesionales de la salud con el objeto de brindar una atención médica con calidad y eficiencia, se consideraron los aspectos clínicos del manejo de cesación tabáquica.

## **Proceso de elaboración de la guía de práctica clínica**

### **Adaptación de la guía de OMS del manejo de cesación tabáquica**

La OMS publicó en julio del 2024 la guía para el tratamiento de cesación tabáquica. El alcance, objetivos y las preguntas PICO de la guía de OMS fueron validados por el grupo desarrollador de la guía a través de un consenso donde se revisaron las intervenciones y los desenlaces. El GDG decidió que todas las preguntas fueran incluidas en la presente guía. En el Anexo 3 se encuentran las preguntas PICO.

El siguiente paso fue evaluar la evidencia de la guía de la OMS. Dado que la guía se encuentra actualizada no se realizó actualización de la evidencia.

### **Preguntas que abordan la guía**

**Pregunta 1.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las estrategias conductuales para el manejo de cesación tabáquica?

**Pregunta 2.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones digitales (mhealth) para el manejo de la cesación tabáquica?

**Pregunta 3.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones farmacológicas para el manejo de cesación tabáquica?

**Pregunta 4.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia farmacológica combinada con la terapia conductual para el manejo de cesación tabáquica?

### **Evidencia local**

Con apoyo del equipo metodológico, fueron identificados, evaluados e incluidos los estudios en bases de datos y literatura gris como repositorios de tesis de diferentes universidades nacionales para grado y posgrado junto con investigaciones en cesación tabáquica, documentos elaborados por el MSPyBS y de otros estamentos gubernamentales con el fin de contextualizar las recomendaciones de esta guía.

### **Formulación de las recomendaciones**

La formulación de las recomendaciones se realizó en dos pasos. Primero los expertos temáticos revisaron la evidencia de la guía base de adaptación y la evidencia local con el fin de contextualizar las recomendaciones de la guía al sistema de salud de Paraguay.

Segundo un panel de expertos compuesto por sociedades científicas, direcciones del MSPyBS, líderes del tema nacionales y un paciente, formularon las recomendaciones finales de la guía y la fuerza de la recomendación considerando la certeza de la evidencia.

**Cuadro 3.** Niveles de la calidad de evidencia según sistema GRADE.

Calificación	Juicio	Características
A	ALTA ⊕⊕⊕⊕	Muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
B	MODERADA ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
C	BAJA ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
D	MUY BAJA ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Para la metodología GRADE, los ensayos clínicos controlados representan, en principio, evidencia de alta calidad; no obstante, la confianza en el efecto (calidad) puede verse afectada por la presencia de serias o muy serias limitaciones en el diseño o la conducción del estudio (riesgo de sesgos); serias o muy serias limitaciones en la consistencia de los resultados; serias o muy serias limitaciones al momento de analizar la aplicabilidad de la evidencia o al evaluar la precisión de los resultados; y por último, cuando se sospecha fuertemente la presencia de sesgo de publicación. Ahora bien, a pesar de que, en esta metodología, los estudios controlados no aleatorizados (por ejemplo, estudios de cohorte o estudios de casos y controles) son catalogados como evidencia de baja calidad, la confianza en el efecto se puede acrecentar hasta ser evidencia de alta calidad, si se observa un gradiente de dosis y respuesta; si la magnitud del efecto es fuerte o muy fuerte (en términos de la magnitud de la medida de asociación) o bien, si todos los sesgos plausibles podrían haber disminuido la magnitud del efecto. Los perfiles de evidencia se encuentran en el anexo web de la guía de OMS.

En cuanto a la fortaleza de la recomendación, GRADE propone dos grados de recomendación: fuerte o condicional. Cuando los efectos deseables de una intervención sobrepasan claramente los efectos indeseables, el panel de expertos emitió una recomendación fuerte. Por otro lado, cuando el balance entre los efectos deseables e indeseables de la intervención es menos claro, ya sea en virtud de calidad baja o muy baja de la evidencia, la incertidumbre o variabilidad en los valores y preferencias, la preocupación por el alto consumo de recursos de la intervención o bien, porque la evidencia sugiere escasa diferencia entre los efectos deseables y los efectos indeseables de la intervención, el panel emitió una recomendación condicional.

La guía sigue la metodología propuesta por el sistema GRADE (Calificación de las recomendaciones, valoración, desarrollo y evaluación) e implementa los siguientes grados de recomendación (Guyatt, 2018).

Cada recomendación presenta la fuerza de la recomendación según el enfoque GRADE que se interpreta como se muestra en el siguiente cuadro 4 (GRADE, 2017).

**Cuadro 4.** Descripción del grado de confianza.

Fuerza de la Recomendación	Significado
<b>FUERTE A FAVOR</b>	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. <b>SE RECOMIENDA HACERLO</b>
<b>CONDICIONAL A FAVOR</b>	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. <b>SE SUGIERE HACERLO</b>
<b>CONDICIONAL EN CONTRA</b>	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. <b>SE SUGIERE NO HACERLO</b>
<b>FUERTE EN CONTRA</b>	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. <b>SE RECOMIENDA NO HACERLO</b>
√	<b>PUNTO DE BUENA PRÁCTICA (PBP)</b>

**Cuadro 5.** Fuerza de la recomendación según sistema GRADE.

Población	Recomendaciones fuertes	Recomendaciones condicionales
<b>Para pacientes</b>	La mayoría de los individuos en esta situación desearían el curso de acción recomendado y solo una pequeña proporción no lo desearía.	La mayoría de los individuos desearían el curso de acción sugerido, pero muchos no lo aceptarían.
<b>Para usuarios de las directrices</b>	La mayoría de los individuos debería recibir el curso de acción recomendado. La adherencia a esta recomendación de acuerdo con las directrices podría ser usada como un criterio de calidad o un indicador de rendimiento. Es poco probable que se necesite colaboración en las decisiones formales para ayudar a los individuos a tomar decisiones coherentes con sus valores y preferencias.	Reconocer qué opciones diferentes serían apropiadas para distintos pacientes, y que se debe ayudar para que cada paciente alcance una decisión de manejo consistente con sus valores y preferencias. Las colaboraciones en las decisiones pueden resultar útiles al momento de ayudar a los individuos en la toma de decisiones coherentes con sus valores y preferencias. Los médicos deben saber que pasarán más tiempo con los pacientes en el proceso de la toma de decisión.
<b>Para desarrolladores de políticas</b>	La recomendación se puede adaptar como política en la mayoría de las situaciones, incluido su uso como indicador de rendimiento.	Formular políticas requeriría de debates importantes y la participación de muchas partes interesadas. Es muy probable que las políticas varíen entre las regiones. Los indicadores de rendimiento tendrían que centrarse en el hecho de que ha tenido lugar una deliberación adecuada acerca de las opciones de manejo.

Las tablas de la evidencia a la decisión se encuentran en el anexo 4.

### Buenas prácticas

Las buenas prácticas son sugerencias operativas basadas en la experiencia del GDG y de las mesas de trabajo de GRADE donde participaron diferentes grupos de interés, que, aunque no son informadas por la evidencia, hacen parte de las buenas prácticas de diagnóstico, tratamiento o seguimiento de los pacientes. Las buenas prácticas tienen como objetivo apoyar las recomendaciones expuestas.

### **Consideraciones de implementación y recomendaciones claves**

Se creó un módulo de implementación que presenta los actores que apoyan el proceso, así como las barreras, los facilitadores y las estrategias para la implementación. Estos actores se detectaron mediante la revisión de la literatura y las experiencias del panel de expertos. La información se consolidó en cuadros diseñados para presentar los componentes clave de implementación de las recomendaciones en cada nivel del proceso. Además, se incluyeron indicadores de proceso y de resultado que pueden medirse a nivel regional. Se elaboraron recomendaciones clave, marcadas con un asterisco que fueron seleccionadas con base en la relevancia para la práctica clínica, uso de recursos y factibilidad en la región.

### **Incorporación de los costos y las preferencias de los pacientes**

En estas directrices se consideraron los costos relacionados con el manejo de la Cesación Tabáquica, obtenidas a partir de la experiencia del panel de expertos y de la revisión de la literatura.

### **Incorporación de comentarios de los pares evaluadores**

Estas directrices fueron revisadas de forma independiente por pares expertos en métodos y contenido temático. Sus aportes se incorporaron al documento si el GED lo consideró pertinente.

### **Actualización de la guía**

Esta guía se actualizará de acuerdo con la aparición de nuevas tecnologías que ameriten actualizar las recomendaciones.

# RECOMENDACIONES

## Cesación tabáquica en adultos

La evidencia presentada en este grupo de recomendaciones corresponde a la evidencia presentada en la guía de OMS para el manejo de cesación tabáquica (WHO, 2024).

**Pregunta 1.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las estrategias conductuales para el manejo de cesación tabáquica?

### Evidencia

Para estas recomendaciones sobre el apoyo conductual prestado tanto en entornos clínicos como comunitarios, la OMS se basó en una revisión sistemática recientemente desarrollada (Cheng et al., en prensa) y cuatro revisiones sistemáticas Cochrane (Lancaster & Stead, 2017; Stead, Carroll, & Lancaster, 2017; Matkin, Ordóñez-Mena, & Hartmann-Boyce, 2019; Tzelepis et al., 2019).

Una revisión sistemática y un metaanálisis, que incluyeron 24.352 participantes en 13 ECA, realizados por Cheng et al. mostraron que, en comparación con la falta de asesoramiento, el efecto promedio del tratamiento de asesoramiento breve para la abstinencia del tabaco a largo plazo fue modesto y significativo (riesgo relativo/riesgo relativo [RR]: 1,17; intervalo de confianza del 95% [IC]: 1,07-1,27) (Cheng et al., en prensa). El efecto promedio del tratamiento de un breve consejo para la abstinencia del tabaco a corto plazo también fue modesto y significativo (RR: 1,22; IC del 95%: 1,01-1,47). El efecto promedio del tratamiento de un breve consejo para un intento de dejar de fumar fue insignificante cuando solo se incluyeron estudios con menor riesgo de sesgo (RR: 1,03; IC del 95%: 0,97-1,08). Se realizaron análisis de subgrupos sobre edad, países de ingresos altos versus países de ingresos bajos, tipos de proveedores de atención médica, entornos clínicos versus comunitarios y características de los resultados (por ejemplo, duración del seguimiento). No se detectó heterogeneidad significativa de los efectos del tratamiento sobre la abstinencia a largo o corto plazo entre los subgrupos.

La evidencia relacionada con el asesoramiento conductual individual se basó en una revisión sistemática Cochrane publicada por Lancaster et al. (Lancaster et al., 2017). Que mostró: hubo evidencia de alta calidad de que el asesoramiento individual fue más efectivo que un control de contacto mínimo (que incluyó asesoramiento breve,

atención habitual o provisión de materiales de autoayuda) cuando no se ofreció farmacoterapia a ninguno de los participantes (RR: 1,57; IC del 95%: 1,40-1,77; 27 estudios; 11 100 participantes); hubo evidencia de calidad moderada de un beneficio del asesoramiento cuando todos los participantes recibieron farmacoterapia (RR: 1,24; IC del 95%: 1,01-1,51; 6 estudios; 2662 participantes); y hubo evidencia de calidad moderada de un pequeño beneficio del asesoramiento más intensivo en comparación con el asesoramiento breve (RR: 1,29; IC del 95%: 1,09-1,53; 11 estudios; 2920 participantes). No se informaron diferencias significativas en cinco estudios que compararon diferentes tipos de asesoramiento.

Para el asesoramiento conductual grupal, la evidencia de una revisión sistemática Cochrane que incluyó 66 ECA (Stead, Carroll, & Lancaster, 2017) indicó que, en comparación con un programa de autoayuda, el enfoque grupal resultó en un beneficio, con una probabilidad de dejar de fumar a largo plazo aumentada del 50% al 130% (RR: 1,88; IC del 95%: 1,52-2,33; 4395 participantes); un pequeño aumento en el abandono a largo plazo en comparación con el apoyo breve proporcionado por un proveedor de atención médica (RR: 1,22; IC del 95%: 1,03-1,43; 7286 participantes); y también hubo evidencia de baja calidad del beneficio de un programa grupal en comparación con los controles sin intervención (RR: 2,60; IC del 95%: 1,80-3,76; 9 ensayos; 1098 participantes). La revisión no identificó evidencia de que la terapia grupal fuera más efectiva que el asesoramiento individual de intensidad similar (RR: 0,99; IC del 95%: 0,76-1,28; 6 ensayos; 980 participantes). No se demostró que los programas que incluían componentes para aumentar las habilidades cognitivas y conductuales fueran más eficaces que programas de la misma duración o más cortos sin estos componentes.

Una revisión sistemática Cochrane de 104 ensayos, que incluyeron 111 653 participantes, evaluó el efecto del asesoramiento telefónico para ayudar a las personas a dejar de fumar cigarrillos (Matkin, Ordóñez-Mena, & Hartmann-Boyce, 2019). La revisión mostró que, en comparación con una condición de control en la que se proporcionaron materiales de autoayuda o asesoramiento breve en una sola llamada, múltiples sesiones de asesoramiento proactivo aumentaron las tasas de abandono a largo plazo para las personas que contactaron con líneas de ayuda (RR: 1,38; IC del 95%: 1,19-1,61; 14 ensayos; 32 484 participantes); para las personas que no llamaron a una línea de ayuda, la provisión de asesoramiento telefónico aumentó las tasas de abandono (RR: 1,25; IC del 95%: 1,15-1,35; 65 ensayos; 41 233 participantes); y en estudios que compararon más versus menos llamadas directamente, las personas a

las que se les ofrecieron más llamadas (tres a cinco) tendieron a ser más propensas a dejar de fumar que las que recibieron solo una llamada (RR: 1,27; IC del 95%: 1,12-1,44; 2602 participantes).

El análisis de subgrupos no identificó evidencia de que el efecto del asesoramiento telefónico dependiera de si se proporcionaban o no otras intervenciones, de que el apoyo más intensivo fuera más eficaz que el apoyo menos intensivo, o de que el efecto del apoyo telefónico dependiera de si las personas estaban o no intentando activamente dejar de fumar. Sin embargo, la metarregresión demostró que el apoyo telefónico era más eficaz para las personas que estaban motivadas a intentar dejar de fumar; el asesoramiento telefónico se asoció con una mayor eficacia cuando se proporcionaba como complemento del apoyo escrito de autoayuda o de una breve intervención de un proveedor de atención sanitaria; y el asesoramiento telefónico era menos eficaz cuando se proporcionaba como complemento de un asesoramiento más intensivo. Por otra parte, otra revisión sistemática Cochrane comparó el asesoramiento por vídeo en tiempo real con el asesoramiento telefónico (Tzelepis et al., 2019).

La revisión indicó que no hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto al efecto del tratamiento entre el asesoramiento por vídeo y el asesoramiento telefónico para ayudar a las personas a dejar de fumar (RR: 2,15; IC del 95%: 0,38-12,04; 2 estudios; 608 participantes).

### **Evidencia local**

No se identificó evidencia local que diera respuesta a esta pregunta

**Cuadro 6.** Juicio de valor.

<b>Balance riesgo beneficio</b>	El GDG considera que los beneficios del asesoramiento breve y la terapia individual y grupal a la cesación tabáquica.
<b>Preferencia de pacientes</b>	Una RS reporta que para los pacientes resulta más efectivo el asesoramiento individual y grupal no dependiendo sólo de su grado de motivación más que solo la llamada telefónica. (Matkin, Ordóñez-Mena, & Hartmann-Boyce, 2019).
<b>Aceptabilidad</b>	Se considera que la recomendación propuesta será aceptada por los usuarios de la guía.
<b>Costos</b>	El GDG considera que el asesoramiento breve debe ser impartido por el profesional en todos los servicios y niveles de atención y no supone costo extra para el sistema de salud, pero el apoyo conductual tiene un costo adicional para el paciente.
<b>Factibilidad</b>	Se considera que la recomendación propuesta es factible de implementar.
<b>Acceso</b>	El GDG considera que los profesionales especializados en el área de psicología no están distribuidos equitativamente en todo el territorio nacional dentro del sistema de salud.

## Recomendaciones

Nº	Recomendación
1	<p>Se recomienda que proveedores de atención de salud brinden sistemáticamente consejería breve (entre 30 segundos y 3 minutos por encuentro) como práctica habitual a todos los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina que accedan a cualquier centro de atención de salud.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada</b> ⊕⊕⊕○ <b>Recomendación Fuerte a favor.</b></p>
2	<p>Se recomienda que se ofrezca un apoyo conductual más intensivo a todos los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina interesados en dejar de fumar. Las opciones de apoyo conductual son el asesoramiento individual o grupal presencial y el asesoramiento telefónico; y deben ofrecerse múltiples opciones de apoyo conductual.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada</b> ⊕⊕⊕○ <b>Recomendación Fuerte a favor.</b></p>

**Pregunta 2.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones digitales (mhealth) para el manejo de la cesación tabáquica?

### Evidencia

La evidencia que da respuesta a esta pregunta se basó en una revisión sistemática Cochrane (Whittaker et al., 2019) y tres revisiones sistemáticas recientemente encargadas realizadas por Gartner et al. La revisión sistemática sobre intervenciones de software basadas en IA ya se ha publicado (Bendotti et al, 2023).

La revisión sistemática Cochrane sugirió que las intervenciones de mensajes de texto automatizados fueron más efectivas que el apoyo mínimo para dejar de fumar (RR: 1,54; IC del 95%: 1,19-2,00; 13 estudios; 14 133 participantes), y que los mensajes de texto agregados a otras intervenciones para dejar de fumar fueron más efectivos que las otras intervenciones para dejar de fumar solas (RR: 1,59; IC del 95%: 1,09-2,33; 4 estudios; 997 participantes). Dos estudios que compararon los mensajes de texto con otras intervenciones para dejar de fumar y tres estudios que compararon mensajes de alta y baja intensidad no mostraron diferencias significativas entre los grupos (RR: 0,92; IC del 95%: 0,61-1,40; 2 estudios; 2238 participantes y RR: 1,00; IC del 95%: 0,95-1,06; 3 estudios; 12 985 participantes, respectivamente).

Las revisiones sistemáticas recientemente encargadas mostraron que: en comparación con ninguna intervención o con una intervención mínima, las intervenciones basadas en Internet no fueron significativamente más efectivas para la abstinencia del tabaco a largo plazo (RR: 1,11; IC del 95%: 0,90-1,36; 7 estudios; 12 970 participantes); no hubo un efecto estadísticamente significativo del tratamiento entre las aplicaciones para teléfonos inteligentes y la intervención mínima para ayudar a las personas a dejar de consumir tabaco (RR: 0,93; IC del 95%: 0,79-1,09; 6 estudios; 5424 participantes); y que, en comparación con la atención estándar/habitual, basadas en IA conversacional.

Las intervenciones de software aumentaron significativamente las tasas de abstinencia del tabaco a largo plazo (RR: 1,29; IC del 95%: 1,13-1,46; 3 ensayos; 1486 participantes) (Bendotti et al, 2023). Ocho estudios que compararon aplicaciones para teléfonos inteligentes con más funciones y con menos funciones para dejar de fumar sugirieron que las personas a las que se les ofrecieron aplicaciones para teléfonos inteligentes con más funciones tenían más probabilidades de dejar de fumar que aquellas a las que se les ofrecieron aplicaciones menos funcionales (RR: 1,33; IC del 95 %: 1,01-1,74; 10 235 participantes). Cinco estudios que examinaron el uso de aplicaciones para teléfonos inteligentes administradas con farmacoterapia versus farmacoterapia y apoyo conductual mínimo mostraron que había evidencia de calidad moderada de un aumento de la abstinencia del tabaco a largo plazo después del uso

de aplicaciones para teléfonos inteligentes cuando se usaban como complemento de la farmacoterapia (RR: 1,28; IC del 95 %: 1,12-1,47; 1798 participantes).

### Evidencia local

Se identificaron los siguientes estudios de evidencia local que dan respuesta a la pregunta:

**Cuadro 7.** Síntesis de la evidencia local.

Referencia	Población	Métodos	Principales hallazgos	Conclusiones
San Martín, V., Caballero, A. M., Coronel, E. S., Larán, V. M., & Calderoli, F. (2021). Evaluación de la satisfacción de pacientes en cesación de tabaquismo mediante la utilización de telemedicina en la Cátedra y Servicio de Neumología del Hospital de Clínicas. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción), 54(3), 61-66.	80 pacientes mayores de 18 años tratado por cesación tabáquica mediante telemedicina en el servicio de Neumología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA	Un estudio transversal, por conveniencia de 80 pacientes que consultan mediante telemedicina en la Cátedra y Servicio de Neumología de Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Asunción.	Los pacientes tenían un 11% dependencia alta y un 84% habían tenido al menos un intento previo de abandono del tabaco. El grado de atención recibida se encontró un 82% muy satisfecho. La duración de la teleconsulta un 73% estaba muy satisfecho.	La cesación de tabaquismo utilizando la teleconsulta genera un alto grado de satisfacción en los pacientes. Al analizar la efectividad a largo plazo de la cesación obtenida con esta estrategia, para lo cual se realizarán otros estudios. La teleconsulta fue utilizada durante la pandemia por el COVID-19 como una ventaja ya que evitó el riesgo de contagio dentro del hospital y aumentó la accesibilidad de los pacientes al personal médico aún durante las restricciones.

Referencia	Población	Métodos	Principales hallazgos	Conclusiones
Martínez, C., Castellano, Y., Company, A., Guillen, O., Margalef, M., Arrien, M. A., Sánchez, C., Cáceres, P., Barnoya, J., & Fernández, E., & the Group of hospital coordinators in the Fruitful study project. (2017). Impact of an online training program in hospital workers' smoking cessation interventions in Bolivia, Guatemala and Paraguay. <i>Gaceta Sanitaria</i> . <a href="https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.020">https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.020</a>	80 pacientes mayores de 18 años tratado por cesación tabáquica mediante telemedicina en el servicio de Neumología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA	Por método de encuesta en línea y por curso	Los médicos, los ex fumadores y los profesionales de Paraguay obtuvieron puntuaciones más altas. El grado de preparación, el nivel de competencia y la familiaridad con los recursos aumentaron entre los participantes	Las organizaciones sanitarias deberían facilitar la incorporación de la deshabitación tabáquica a las buenas prácticas proporcionando apoyo y recursos. La formación en línea es más factible en este contexto y podría ser una solución para mejorar la implementación satisfactoria de los servicios para dejar de fumar en los países con ingresos bajos. Los futuros programas de formación en línea deben tener en cuenta que algunos profesionales sanitarios pueden tener poco interés o conocimientos insuficientes de Internet para inscribirse y completar estos cursos adecuadamente, por lo que se requiere el apoyo de algunas organizaciones para superar estas barreras.

**Cuadro 8.** Juicio de valor.

<b>Balance riesgo beneficio</b>	El GDG considera que los beneficios de la intervención basado en internet y mensajes de texto automatizado superan los riesgos de no utilizar.
<b>Preferencia de pacientes</b>	Los pacientes fumadores tenían un 11 % dependencia alta y un 84 % habían tenido al menos un intento previo de abandono del hábito tabáquico. El grado de satisfacción en la atención al paciente se encontró un 82 % muy satisfecho. En la duración de la teleconsulta un 73% estaba muy satisfecho. La cesación de tabaquismo utilizando la teleconsulta genera un alto grado de satisfacción en los pacientes. (San Martín 2021).
<b>Aceptabilidad</b>	Se considera que la recomendación propuesta será aceptada por los usuarios de la guía.
<b>Costos</b>	El GDG considera que las intervenciones digitales son muy útiles e implica un costo adicional para el paciente.
<b>Factibilidad</b>	Se considera que la recomendación propuesta es factible de implementar.
<b>Acceso</b>	El GDG considera que las intervenciones digitales en el país deben salvar barreras tecnológicas, económicas y deberán ser adaptadas al usuario nacional.

### Recomendaciones

N°	Recomendación
3	<p>Se recomienda poner a disposición de los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina interesados en dejar de fumar modalidades digitales (¿cuáles? Mensajes de texto, aplicaciones para teléfonos inteligentes, intervenciones basadas en inteligencia artificial o intervenciones basadas en Internet), de forma individual o combinada, como complemento a otro apoyo para dejar de fumar o como herramienta de autogestión.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada</b> ⊕⊕⊕○ <b>Recomendación Fuerte a favor.</b></p>

**Pregunta 3.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones farmacológicas para el manejo de cesación tabáquica?

### Evidencia

La evidencia de las intervenciones farmacológicas aplicadas tanto en el ámbito clínico como en el comunitario se obtuvo de cuatro revisiones sistemáticas Cochrane (Lindson et al, 2019; Hajizadeh et al. 2023; Livingstone-Banks et al, 2023.) y una revisión sistemática recientemente encargada sobre la citisina.

### Terapia de reemplazo de nicotina (TRN)

En cuanto a los efectos de la TRN como monoterapia en comparación con un grupo de control placebo o sin TRN, una revisión sistemática Cochrane de 133 estudios que incluyeron a 64.640 participantes mostró que el RR de abstinencia a largo plazo para cualquier forma de TRN en relación con el control fue de 1,55 (IC del 95 %: 1,49-1,61) (Hartmann-Boyce et al., 2018).

Los RR agrupados para cada tipo fueron 1,49 (IC del 95 %: 1,40-1,60; 56 ensayos; 22.581 participantes) para chicles de nicotina, 1,64 (IC del 95 %: 1,53-1,75; 51 ensayos; 25.754 participantes) para parches de nicotina, 1,52 (IC del 95 %: 1,32-1,74; 8 ensayos; 4.439 participantes) para comprimidos o pastillas orales; 1,90 (IC del 95 %: 1,36–2,67; 4 ensayos; 976 participantes) para los inhaladores de nicotina, 2,02 (IC del 95 %: 1,49–2,73; 4 ensayos; 887 participantes) para los aerosoles nasales de nicotina y 2,48 (IC del 95 %: 1,24–4,94; 1 ensayo; 542 participantes) para los aerosoles orales de nicotina. Los autores consideraron que la evidencia era de alta calidad. Los efectos fueron en gran medida independientes de la definición de abstinencia, la intensidad del apoyo adicional proporcionado y el entorno en el que se ofreció la TRN.

Un análisis de subgrupos en una revisión sistemática Cochrane separada (Lindson et al., 2019) sugirió que: para parches (de 24 horas), 42/44 mg es tan efectivo como 21/22 mg por parche (RR: 1,09; IC del 95 %: 0,93-1,29; 5 estudios; 1.655 participantes), y 21 mg es más eficaz que 14 mg (RR: 1,48; IC del 95 %: 1,06-2,08; 1 estudio; 537 participantes); y para parches de 16 horas, 25 mg es más efectivo que 15 mg (RR: 1,19; IC del 95 %: 1,00-1,41; 3 estudios; 3.446 participantes). Cinco estudios que compararon chicles de 4 mg con chicles de 2 mg informaron que los fumadores altamente dependientes pueden beneficiarse de la dosis más alta (RR: 1,43; IC del 95 %: 1,12-1,83; 5 estudios; 856 participantes).

La evidencia de alta certeza de ocho estudios sugiere que el uso de una forma de TRN de acción rápida o un parche de nicotina da como resultado tasas de abandono similares a largo plazo (RR: 0,90; IC del 95 %: 0,77-1,05; 8 estudios; 3.319 participan-

tes). Los autores no identificaron evidencia de efectos de: duración del uso del parche de nicotina; uso diario del parche de 16 horas versus 24 horas; reducción gradual de la dosis del parche versus interrupción abrupta del parche; tipo de TRN de acción rápida; duración del uso de chicles de nicotina; dosis ad libitum versus fija de TRN de acción rápida; TRN gratis versus comprada; duración de la provisión de TRN gratis; interrupción versus continuación del uso del parche en caso de recaída; y la terapia de reemplazo de nicotina seleccionada por el participante frente a la seleccionada por el médico. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estos hallazgos se basaron en evidencia de certeza muy baja o baja y fueron hallazgos de estudios únicos.

Los efectos adversos del uso de TRN se relacionaron con el tipo de producto e incluyen irritación de la piel después del uso de parches e irritación en el interior de la boca después del uso de chicles y comprimidos. Los efectos adversos cardíacos, como dolores en el pecho y palpitaciones, fueron poco frecuentes, y los eventos adversos graves (EAG) fueron extremadamente raros. La razón de probabilidades (OR) de dolores en el pecho o palpitaciones para cualquier forma de TRN en relación con el control fue de 1,88 (IC del 95 %: 1,37–2,57; 11.074 participantes). La mayoría de las comparaciones no identificaron evidencia de efectos sobre los efectos adversos cardíacos, los EAG o las retiradas debido al tratamiento. Las tasas de estos fueron bajas en general. En un ensayo se informaron significativamente más retiros debido al tratamiento en los participantes que usaron aerosoles nasales en comparación con parches (RR: 3,47; IC del 95 %: 1,15-10,46; 922 participantes), y en los participantes que usaron parches de 42/44 mg en comparación con parches de 21/22 mg en dos ensayos (RR: 4,99; IC del 95 %: 1,60-15,50; 544 participantes).

## Bupropión

En cuanto a la evidencia del bupropión en relación con el abandono del tabaquismo a largo plazo, una revisión sistemática Cochrane de 124 estudios que incluyeron 48 832 participantes demostró que había evidencia de alta certeza de que el bupropión aumentaba las tasas de abandono del hábito tabáquico en comparación con placebo o ningún tratamiento farmacológico (RR: 1,60; IC del 95 %: 1,49-1,72; 50 estudios; 18 577 participantes) (Hajizadeh et al., 2023). El bupropión resultó en tasas de abandono del hábito tabáquico inferiores en comparación con vareniclina (RR: 0,73; IC del 95 %: 0,67-0,80; 9 estudios; 7.564 participantes) y con TRN combinada (RR: 0,74; IC del 95 %: 0,55-0,98; 2 estudios; 720 participantes). Sin embargo, no hubo evidencia clara de una diferencia en la eficacia entre el bupropión y la TRN de forma única (RR: 1,03; IC del 95 %: 0,93-1,13; 10 estudios; 7.613 participantes).

Hubo evidencia de certeza moderada de que los participantes que tomaron bupropión tenían más probabilidades de informar eventos adversos graves que aquellos que tomaron placebo o que no recibieron tratamiento farmacológico. Sin embargo, los

resultados no fueron significativamente diferentes (RR: 1,16; IC del 95 %: 0,90-1,48; I<sup>2</sup> = 0 %; 23 estudios; 10.958 participantes). Hubo evidencia de certeza alta de que el bupropión resultó en más abandonos del ensayo debido a eventos adversos que el placebo o ningún tratamiento farmacológico (RR: 1,44; IC del 95 %: 1,27-1,65; 25 estudios; 12.346 participantes).

## Vareniclina

Una revisión sistemática Cochrane de 75 ensayos con 45.049 participantes (Livingstone-Banks et al., 2023) publicada en 2023 encontró evidencia de alta certeza de que la vareniclina ayuda a más personas a dejar de fumar que el placebo (RR: 2,32; IC del 95 %: 2,15-2,51; 41 estudios; 17.395 participantes); ayuda a más personas a dejar de fumar que el bupropión (RR: 1,36; IC del 95 %: 1,25-1,49; 9 estudios; 7560 participantes); y ayuda a más personas a dejar de fumar que una sola forma de TRN (RR: 1,25; IC del 95 %: 1,14-1,37; 11 estudios; 7.572 participantes). No hubo evidencia clara de una diferencia en las tasas de abandono entre los participantes que tomaron vareniclina y terapia de reemplazo de nicotina combinada (RR: 1,02; IC del 95 %: 0,87-1,20; 5 estudios; 2.344 participantes). Los resultados agrupados de los estudios que compararon citisina con vareniclina mostraron que más personas que tomaron vareniclina dejaron de fumar que las que recibieron citisina (RR: 0,83; IC del 95 %: 0,66-1,05; 2 estudios; 2.131 participantes).

Los autores encontraron evidencia de certeza moderada de que las personas que toman vareniclina tienen más probabilidades de informar eventos adversos graves que las que no la toman (RR: 1,23; IC del 95 %: 1,01-1,48; 26 estudios; 14.356 participantes). Al comparar vareniclina con bupropión, no hubo evidencia clara de una diferencia en las tasas de todos los eventos adversos graves (RR: 0,89; IC del 95 %: 0,61-1,31; 5 estudios; 5.317 participantes), eventos adversos graves neuropsiquiátricos (RR: 1,05; IC del 95 %: 0,16-7,04; 2 estudios; 866 participantes) o eventos adversos graves cardíacos (RR: 3,17; IC del 95 %: 0,33-30,18; 2 estudios; 866 participantes). En comparación con la terapia de reemplazo de nicotina combinada, las personas que tomaron vareniclina tuvieron un mayor riesgo de eventos adversos graves (RR: 2,15; IC del 95 %: 0,49-9,46; 4 estudios; 1.852 participantes) y eventos adversos neuropsiquiátricos (RR: 4,69; IC del 95 %: 0,23-96,50; 2 estudios; 764 participantes), y un menor riesgo de eventos adversos cardíacos (RR: 0,32; IC del 95 %: 0,01-7,88; 2 estudios; 819 participantes). En todos estos casos, la evidencia fue de baja certeza y los IC fueron muy amplios, abarcando tanto daños como beneficios sustanciales. Hubo evidencia de baja certeza de que más personas que tomaron vareniclina informaron eventos adversos graves en comparación con las que tomaron citisina (RR: 0,67; IC del 95 %: 0,44-1,03; 2 estudios; 2.017 participantes).

## Citisina

Una revisión sistemática de 14 estudios encargados por la OMS mostró que los participantes que recibieron citisina tenían significativamente más probabilidades de dejar de fumar durante al menos 6 meses que aquellos que recibieron placebo/ninguna intervención/atención habitual (RR: 2,61; IC del 95%: 1,50–4,67; 6 ensayos; 5.194 participantes) y significativamente más probabilidades de tener tasas de abstinencia a largo plazo más altas que los participantes que recibieron TRN (RR: 1,36; IC del 95%: 1,06–1,73; 2 ensayos; 1.511 participantes). No hubo diferencias significativas en la probabilidad de dejar de consumir tabaco entre los participantes que tomaron citisina y vareniclina (RR: 0,96; IC del 95%: 0,63–1,45; 3 ensayos; 2.127 participantes). Dos ensayos que examinaron el impacto de duraciones de tratamiento más largas versus más cortas con citisina encontraron altas tasas de abstinencia con el tratamiento más prolongado (RR: 1,29; IC del 95%: 1,02-1,63; 1009 participantes).

Si bien siete estudios informaron más eventos adversos entre quienes recibieron citisina en comparación con quienes recibieron placebo, TRN o asesoramiento, hubo poca evidencia de eventos adversos graves asociados con el uso de citisina.

## Combinación de farmacoterapia

Se reporta evidencia de alta certeza de que la TRN combinada (una forma de acción rápida más un parche) da como resultado tasas de abandono a largo plazo más altas que la TRN de forma única (RR: 1,25; IC del 95 %: 1,15-1,36; 14 estudios; 11.356 participantes) (Lindson et al., 2019). Los autores no encontraron evidencia de un efecto de la duración del uso de la TRN combinada. Hubo evidencia de certeza moderada de que una combinación de bupropión y vareniclina puede haber dado como resultado tasas de abandono superiores en comparación con vareniclina sola (RR: 1,21; IC del 95 %: 0,95-1,55; 3 estudios; 1.057 participantes) (Hajizadeh et al., 2023). Sin embargo, no hubo evidencia suficiente para establecer si una combinación de bupropión y TRN dio como resultado tasas de abandono superiores en comparación con la TRN sola (RR: 1,17; IC del 95 %: 0,95-1,44; 15 estudios; 4.117 participantes) (Hajizadeh et al., 2023).

No hubo evidencia de un efecto sobre los eventos adversos cardíacos y todos los eventos adversos graves y los abandonos cuando se comparó la TRN combinada con la TRN de forma única (Lindson et al., 2019). Los resultados también fueron imprecisos al comparar los eventos adversos graves entre las personas asignadas aleatoriamente a una combinación de bupropión y TRN versus TRN sola (RR: 1,52; IC del 95 %: 0,26-8,89; 4 estudios; 657 participantes), y asignadas aleatoriamente a bupropión más vareniclina versus vareniclina sola (RR: 1,23; IC del 95 %: 0,63-2,42; 5 estudios; 1.268 participantes) (Hajizadeh et al., 2023). Sin embargo, no hubo evidencia

suficiente de que el bupropión combinado con TRN versus TRN sola, o el bupropión combinado con vareniclina versus vareniclina sola, tuviera un impacto en el número de abandonos debido al tratamiento (Hajizadeh et al., 2023).

### Evidencia local

No se identificó evidencia local que diera respuesta a esta pregunta.

### Cuadro 9. Juicio de Valor.

<b>Balance riesgo beneficio</b>	El GDG considera que los beneficios de la intervención farmacológica y de terapia combinada (individual y combinada) superan los riesgos de no utilizar.
<b>Preferencia de pacientes</b>	Se reporta evidencia de alta certeza de que la TRN combinada (una forma de acción rápida más un parche) da como resultado tasas de abandono a largo plazo más altas que la TRN de forma única (RR: 1,25; IC del 95 %: 1,15-1,36; 14 estudios; 11.356 participantes) (Lindson et al., 2019).
<b>Aceptabilidad</b>	Se considera que la recomendación propuesta será aceptada por los usuarios de la guía.
<b>Costos</b>	El GDG considera que las recomendaciones no aumentarán los costos del tratamiento con fármacos de primera línea dado que se encuentra en el listado de medicamentos, no así para la terapia psicológica que supondrá costos adicionales para el paciente.
<b>Factibilidad</b>	Se considera que la recomendación propuesta es factible de implementar.
<b>Acceso</b>	El panel manifiesta la disponibilidad de dos medicamentos de primera línea, ofrecidos de forma gratuita, para promover la cesación tabáquica a largo plazo. Asimismo, la presencia de especialistas en las distintas regiones sanitarias del país contribuirá a la descentralización de la atención, lo que se espera favorezca una mayor aceptación del tratamiento.

**Tabla 1.** Listado de medicamentos esenciales de la línea respiratoria del PRONATERC

Medicamento*	CONCENTRACIÓN	Unidad	Presentación	Precio PYG
Bupropion	150 mg	30 unidades	comprimido	96.000
Nicotina	0,5 mg	frasco	spray nasal	259.500
Vareniclina**				
Citisina **				

\*Con distribución sin costo dentro del MSPyBS.

\*\*No cuenta con registro sanitario a la fecha en la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DINAVISA).

## Recomendaciones

N°	Recomendación
4	<p>Se sugiere administrar terapia dual con vareniclina, o bupropión o citisina y terapia de reemplazo de nicotina (TRN), como opciones de tratamiento farmacológico de primera línea para los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina que están interesados en dejar de fumar.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○ Recomendación Condicional.</b></p>
5	<p>Se sugiere ofrecer triple terapia con bupropión, vareniclina y/o citisina en combinación con TRN a los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina interesados en dejar de fumar en casos de recaídas reiterativas dentro de los 18 meses de tratamiento. La decisión depende del grado de adicción del paciente.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○ y baja ⊕⊕○○ Recomendación Condicional.</b></p>

**Pregunta 4.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia farmacológica combinada con la terapia conductual para el manejo de cesación tabáquica?

### **Evidencia**

Una revisión sistemática Cochrane de 83 estudios publicada en 2019 (Hartmann-Boyce et al., 2019), que representaron a 29.536 participantes, demostró un beneficio estadísticamente significativo del apoyo conductual además de la farmacoterapia (RR: 1,15; IC del 95 %: 1,08-1,22; 65 estudios; 23.331 participantes) para la abstinencia a largo plazo del tabaco, y este efecto no difirió cuando se compararon los subgrupos por tipo de farmacoterapia o intensidad del contacto. Este efecto fue similar en un subgrupo de ocho estudios en los que el grupo de control no recibió apoyo conductual (RR: 1,20; IC del 95 %: 1,02-1,43; 4.018 participantes). Diecisiete estudios compararon intervenciones emparejadas por tiempo de contacto, pero que diferían en términos de los componentes conductuales o los enfoques empleados. De las 15 comparaciones, todas incluyen un número pequeño de participantes y eventos, y solo una detectó un efecto estadísticamente significativo, a favor de un enfoque de educación para la salud (que los autores describieron como asesoramiento estándar que incluía información y consejos) sobre un enfoque de entrevistas motivacionales (RR: 0,56; IC del 95%: 0,33-0,94; 378 participantes).

Una revisión sistemática Cochrane publicada en 2016 (Stead, et al., 2016), que examinó 53 estudios con un total de más de 25.000 participantes, encontró evidencia de alta calidad de un beneficio de la farmacoterapia combinada y el apoyo conductual en comparación con la atención habitual, el asesoramiento breve o el apoyo conductual menos intensivo (RR: 1,83; IC del 95 %: 1,68-1,98). La estimación agrupada para 43 estudios que reclutaron participantes en entornos de atención médica (RR: 1,97; IC del 95 %: 1,79-2,18) fue más alta que la estimación agrupada para 8 estudios con reclutamiento en la comunidad (RR: 1,53; IC del 95 %: 1,33-1,76).

Los autores de las revisiones no detectaron diferencias entre los subgrupos definidos por la motivación para dejar de fumar, el proveedor del tratamiento, el número o la duración de las sesiones de apoyo o la aceptación del tratamiento.

### **Evidencia local**

No se identificó evidencia local que diera respuesta a esta pregunta.

**Cuadro 10.** Juicio de valor.

<b>Balance riesgo beneficio</b>	El panel considera que los beneficios de la intervención de terapia combinada farmacológica y conductual superan los riesgos de no utilizar.
<b>Preferencia de pacientes</b>	Una RS reporta que examinó 53 estudios con un total de más de 25 000 participantes, encontró evidencia de alta calidad de un beneficio de la farmacoterapia combinada y el apoyo conductual en comparación con la atención habitual, el asesoramiento breve o el apoyo conductual menos intensivo (RR: 1,83; IC del 95 %: 1,68-1,98).(Stead, et al., 2016).
<b>Aceptabilidad</b>	El panel considera que la efectividad de la terapia conductual y el uso de fármacos de primera línea depende de la voluntad del paciente, así como de la capacidad del sistema de salud y de los profesionales especializados para implementar y aceptar la recomendación.
<b>Costos</b>	El panel considera que se cuenta con medicamentos de primera línea aunque no en su totalidad, el tratamiento inicial está cubierto no así en caso de recaídas (falta de medicamentos a nivel país). Además destaca la importancia de la terapia conductual, la cual influye en la decisión y mantenimiento de la deshabituación tabáquica, dependiendo de la carencia de especialistas en esta área en todas las regiones del país.
<b>Factibilidad</b>	El panel manifiesta que la efectividad de la terapia farmacológica combinada con la terapia conductual depende tanto de la voluntad del paciente como de la disponibilidad de servicios de salud y la implementación de esta recomendación será factible dentro del sistema de salud.
<b>Acceso</b>	El panel considera que la implementación de la terapia conductual depende de la capacitación que se pueda ofrecer a nivel país y la medicación depende de la capacidad de adquisición de las mismas a nivel del sistema de salud.

## Recomendaciones

N°	Recomendación
6	<p>Se recomienda combinar la farmacoterapia y las intervenciones psicológicas para apoyar a los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina interesados en dejar de fumar.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○ y baja ⊕⊕○○</b> <b>Recomendación fuerte a favor.</b></p>
√	<p>Se debe realizar derivación al área de psiquiatría para mejorar la atención de los pacientes con complicaciones (depresión, manía, psicosis, pánico, insomnio) en el área de salud mental.</p> <p><b>Punto de buena práctica.</b></p>
√	<p>Se debe realizar entrenamiento en apoyo conductual en cesación tabáquica a personal de salud que provee tratamiento a los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina en todos los niveles de atención.</p> <p><b>Punto de buena práctica.</b></p>
√	<p>Los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina que inician tratamiento integral de cesación deben recibir seguimiento en la primera semana y luego en la segunda semana. Posteriormente, por lo menos una vez al mes durante los 3 meses que dura el tratamiento.</p> <p><b>Punto de buena práctica.</b></p>

## MÓDULO DE IMPLEMENTACIÓN

Con el fin de brindar orientación a los prestadores de servicios de salud para la implementación de la guía, se ha desarrollado un módulo de implementación que presenta los actores claves responsables de llevar las recomendaciones a la práctica en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes niveles organizacionales, así como las barreras, facilitadores e indicadores de la implementación de la guía.

Este módulo ha sido construido con base en la revisión de la literatura en Medline, LILACs, Cochrane, literatura gris y aportes del panel de expertos con énfasis en el contexto paraguayo. Se consideró adicionalmente la normatividad nacional. Posteriormente, expertos del grupo desarrollador ajustaron la información presentada con el fin de brindar información contextualizada al país y sea de fácil utilización por los usuarios de la guía. Las barreras y facilitadores se adaptaron de acuerdo con la organización sugerida por la Organización Panamericana de la Salud y el Grupo EPOC de Cochrane.

## **ACTORES RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA**

El primer paso de la implementación es identificar y crear una lista de los actores responsables del proceso, la cual se cita a continuación:

- Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, MSPyBS
- Dirección de Atención Primaria de la Salud, MSPyBS
- Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud, MSPyBS
- Dirección Nacional de Salud Mental, MSPyBS
- Centro Nacional de Prevención y Tratamiento de Adicciones, MSPyBS
- Red Nacional de Laboratorios, (RNL)
- Programa Nacional de Control del Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas, MSPyBS
- Programa Nacional de Prevención Cardiovascular, MSPyBS
- Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), MSPyBS
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INERAM
- Instituto de Previsión Social, IPS
- Sociedad Paraguaya de Neumología
- Sociedad Paraguaya de Medicina Interna
- Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar
- Sociedad Paraguaya de Asma, Alergia e Inmunología
- Sociedad Paraguaya de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos
- Sociedad Paraguaya de Psicología
- Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
- Sociedad Paraguaya de Nutrición
- Sociedad Paraguaya de Enfermería
- Asociación de Kinesiólogos y Fisioterapeutas del Paraguay
- Instituciones Académicas de Ciencias de la Salud
- Dirección de Beneficencia y Ayuda Social, (DIBEN)

La siguiente tabla presenta una matriz de evaluación de cada recomendación:

Dimensión de Priorización / Recomendación (R)	1	2	3	4	5	6
<b>Alto impacto en desenlaces relevantes al paciente:</b> Se responde 1 si la recomendación mejora sustancialmente los desenlaces en salud de los pacientes.	1	1	1	1	1	1
<b>Alto impacto en la disminución de la variabilidad:</b> Se responde 1 si la recomendación contribuye a estandarizar el manejo de la condición.	1	0	0	1	1	0
<b>Se asocia a mayor eficiencia en el uso de los recursos:</b> Se responde 1 si la recomendación contribuye a un mejor manejo de recursos.	0	0	1	1	1	1
<b>Promueve la equidad y elección de los pacientes:</b> Se responde 1 si la recomendación reduce la inequidad en la atención de los pacientes.	1	1	1	1	1	1
<b>La intervención no hace parte de la atención estándar.</b> Se responde 1 si la recomendación no corresponde a la práctica clínica actual.	1	1	1	1	1	1
<b>Implica cambios en la oferta de servicios.</b> Se responde 1 si la implementación de la recomendación implica cambios en la oferta de servicios.	0	1	1	1	1	1
<b>Implica procesos de reentrenamiento del personal de salud o el desarrollo de nuevas destrezas y competencias.</b> Se responde 1 si la implementación de la recomendación implica capacitación de los usuarios de la guía.	1	1	1	1	1	1
<b>Implica un cambio en la práctica institucional.</b> Se responde 1 si la implementación de la recomendación puede llevar a cambios importantes en la atención de los pacientes.	1	1	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	6	6	7	8	8	7

El resultado final de este ejercicio de priorización muestra que estas son las recomendaciones claves para el proceso de implementación:

N°	Recomendación
4	<p>Se sugiere administrar terapia dual con vareniclina, o bupropión o citisina y terapia de reemplazo de nicotina (TRN), como opciones de tratamiento farmacológico de primera línea para los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina que están interesados en dejar de fumar.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○</b> <b>Recomendación Condicional.</b></p>
5	<p>Se sugiere ofrecer triple terapia con bupropión, vareniclina y/o citisina en combinación con TRN a los consumidores de productos de tabaco y/o nicotina interesados en dejar de fumar en casos de recaídas reiterativas dentro de los 18 meses de tratamiento. La decisión depende del grado de adicción del paciente.</p> <p><b>Certeza de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○ y baja ⊕⊕○○</b> <b>Recomendación Condicional.</b></p>

# BARRERAS Y ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA

Con el propósito de apoyar la implementación de esta guía clínica se presentan los siguientes aspectos que permitan visualizar las barreras, estrategias y actores claves responsables de la aplicación de las recomendaciones de la guía en el contexto de Paraguay.

**Cuadro 11.** Barreras y estrategias de implementación de la guía.

Nivel de las barreras		Barreras	Estrategias	Responsables
Barreras personales relacionadas con conocimientos y actitudes de los clínicos.	Conocimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desconocimiento de la existencia de la GPC y del beneficio de implementar las recomendaciones.</li> <li>Escaso conocimiento en el abordaje del usuario de productos de tabaco, nicotina o vape.</li> <li>Actitud desinteresada a la adopción de nuevos conocimientos.</li> <li>Poca actualización del personal de salud en el manejo de cesación tabáquica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación del personal de salud para indagar por el consumo de tabaco y sus derivados, así como realizar consejería breve</li> <li>Difusión de la existencia de la GPC entre los prestadores de servicios de salud.</li> <li>Capacitación al personal de salud usuario de la GPC a través de diversas modalidades (talleres, discusión de casos, reuniones administrativas, etc.).</li> <li>Disponibilidad de la guía en las páginas web institucionales de las diferentes plataformas virtuales del MSPyBS, sociedades médicas, ONGs e instituciones académicas.</li> <li>Reunión de trabajo para la implementación de la variable de tabaquismo en la historia clínica electrónica.</li> <li>Monitoreo y divulgación de resultados de los indicadores de implementación de la guía entre los profesionales.</li> <li>Motivar a los profesionales de la salud a participar en la aplicación de las recomendaciones e incentivar la buena práctica a través de oportunidades de fortalecimiento profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomadores de decisiones del MSPyBS.</li> <li>Sociedades científicas de profesionales de neumología, medicina interna, asma, alergia e inmunología, medicina familiar y enfermería.</li> <li>Instituciones académicas en Ciencias de la Salud.</li> <li>ONGs nacionales e internacionales.</li> </ul>

Nivel de las barreras	Barreras	Estrategias	Responsables
Barreras relacionadas con preferencias y experiencias de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencias falsas acerca del uso de productos de tabaco y/o nicotina o vapores..</li> <li>• Falta de comunicación con el personal de salud</li> <li>• Falta de comprensión del uso adecuado de los de medicamentos</li> <li>• Los adultos jóvenes consideran que es aceptable fumar cigarrillos o dispositivos electrónicos.</li> <li>• Los pacientes reportan sentirse ansiosos fuera de la consulta y con miedo a efectos secundarios como subir de peso o depresión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la comunicación del personal de salud con los pacientes y su familia</li> <li>• Brindar información detallada de la terapia</li> <li>• Presentar a los pacientes los beneficios de la adherencia al tratamiento y el seguimiento</li> <li>• Promover la motivación y ofrecer estrategias conductuales que faciliten la adherencia, fortaleciendo el compromiso y la continuidad en el proceso.</li> <li>• Formar una red de apoyo que aumente la adherencia a la terapia</li> <li>• Se debe entregar a las pacientes información vía medios tecnológicos e impresos y un contacto donde puedan resolver dudas acerca del proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomadores de decisiones del Ministerio de Salud.</li> <li>• Coordinadores y profesionales de salud de los servicios de atención directa.</li> </ul>
Barreras relacionadas con determinantes sociales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras geográficas que dificultan el acceso a las instituciones de salud que brindan atención especializada.</li> <li>• Limitados recursos económicos de los pacientes y familia para asistir a las consultas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar coordinaciones para el acceso a la atención especializada de los pacientes en manejo de cesación tabáquica</li> <li>• Facilitar por medio de teleconsulta la accesibilidad a la atención especializada.</li> <li>• Fortalecer al paciente, la familia y a la red de apoyo de atención primaria</li> <li>• Asesoría por parte del personal de salud para explicar la importancia de la asistencia a todos los controles y cumplimiento de tratamiento.</li> <li>• Inclusión de pacientes en programas de hábitos de vida saludables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomadores de decisiones del MSPyBS</li> <li>• Entidades gubernamentales.</li> <li>• ONG con proyectos que contribuyen a mejorar las estrategias para la cesación tabáquica.</li> </ul>
Barreras del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitada disponibilidad de especialistas en salud mental y ejercicio físico capacitados para el manejo de la cesación tabáquica.</li> <li>• Reforzar los programas en la atención integral en manejo de cesación tabáquica.</li> <li>• Desfragmentación de los servicios de salud lo que causa retrasos en el manejo de los consumidores de tabaco</li> <li>• Desconocimiento por parte de los tomadores de decisiones del impacto en la reducción de la morbimortalidad, disminución de costos, mejor calidad de vida de los pacientes al implementar recomendaciones informadas en la evidencia.</li> <li>• Algunas presentaciones de TRN y de vías de administración como parches o chicles no se encuentran disponibles en el país.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento de la capacidad instalada de los establecimientos de salud en infraestructura y recurso humano especializado</li> <li>• Fortalecer al recurso humano en salud que desarrollan los programas de atención de consumidores de tabaco</li> <li>• Establecer alianzas estratégicas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para el fortalecimiento de la capacidad instalada necesario para el manejo integral de los pacientes (recurso humano del equipo multidisciplinario materiales y medicamentos).</li> <li>• Dar a conocer a los tomadores de decisiones en salud la mejor evidencia disponible que sustentan las intervenciones que se plantean en las recomendaciones.</li> <li>• Contar con programas de cesación tabáquica para el manejo adecuado de los consumidores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entidades gubernamentales.</li> <li>• Instituciones Académicas formadoras en Ciencias de la Salud.</li> <li>• Sociedades científicas.</li> <li>• ONG's nacionales e internacionales</li> <li>• Proveedores de Servicios de Salud.</li> </ul>

Fuente: Panel de Expertos Nacionales, 2024.

## Indicadores de procesos y resultados

A continuación, se presentan los indicadores de proceso y resultados de la implementación de la GPC.

**Cuadro 12.** Indicadores de procesos y resultados de GPC.

Elemento	Características
Indicador 1	Proporción de pacientes que reciben asesoramiento sobre el abandono del uso del tabaco en todos los niveles de atención.
Tipo de indicador	Proceso.
Descripción del indicador	Número de pacientes que reciben asesoramiento para el abandono del uso del tabaco en todos los servicios de salud.
Método de cálculo	Número de pacientes mayores de 18 años atendidos en los servicios de salud que reciben asesoramiento para el abandono del uso del tabaco /Total de pacientes mayores de 18 años atendidos en cualquier servicio de salud x 100.
Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual.
Regiones de salud	18 Regiones sanitarias (total país).

Proceso	Características
Indicador 2	Proporción de pacientes fumadores de tabaco en todos los niveles de atención.
Tipo de indicador	Proceso.
Descripción del indicador	Número de pacientes fumadores de tabaco en todos los servicios de salud.
Método de cálculo	Número de pacientes mayores de 18 años atendidos fumadores de tabaco en los servicios de salud /Total de pacientes mayores de 18 años atendidos en cualquier servicio de salud x 100.
Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual.
Regiones de salud	18 Regiones sanitarias (total país).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bardach, A., Cañete, F., Sequera, V. G., Palacios, A., Alcaraz, A., Rodríguez, B., et al. (2018). Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Paraguay y potencial impacto sanitario y económico del aumento del precio a través de impuestos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(4), 599-609. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.354.3708>.
2. Bello S, S., Flores C, A., Bello S, M., & Chamorro R, H. (2009). Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 25(4). <https://doi.org/10.4067/S0717-73482009000400003>
3. Bendotti, H., Lawler, S., Chan, G. C. K., Gartner, C., Irlanda, D., & Marshall, H. M. (2023). Intervenciones conversacionales de inteligencia artificial para apoyar el abandono del hábito de fumar: una revisión sistemática y un metanálisis. *Digital Health*, 9, 20552076231211634. <https://doi.org/10.1177/20552076231211634>.
4. CIE-10 código F17 | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco. (s. f.). Recuperado 16 de octubre de 2024, de <https://icdcode.info/espanol/cie-10/codigo-f17.html>
5. Corvalán B., María Paz. (2017). Anexo 1. Glosario. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 252-253. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300252>.
6. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2020). Cesación del tabaquismo: Un informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos —Resumen ejecutivo—. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud.
7. American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed.)*. American Psychiatric Association.
8. Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU. (s.f.). Las consecuencias del tabaquismo en la salud: 50 años de progreso: Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU.: Resumen ejecutivo. Recuperado el 27 de noviembre de 2024, de <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/77896>.
9. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical research ed)*. 2018;336(7650):924-6.

10. Hajizadeh, A., Howes, S., Theodoulou, A., Klemperer, E., Hartmann-Boyce, J., Livingstone-Banks, J., et al. (2023). Antidepresivos para dejar de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(5), CD000031. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000031.pub6>.
11. Hartmann-Boyce, J., Chepkin, S. C., Ye, W., Bullen, C., & Lancaster, T. (2018). Terapia de reemplazo de nicotina versus control para dejar de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5), CD000146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub5>
12. Hartmann-Boyce, J., Hong, B., Livingstone-Banks, J., Wheat, H., & Fanshawe, T. R. (2019). Apoyo conductual adicional como complemento de la farmacoterapia para dejar de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(6), CD009670. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009670.pub4>
13. Lancaster, T., & Stead, L. F. (2017). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(3), CD001292. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001292.pub3>
14. Lindson, N., Chepkin, S. C., Ye, W., Fanshawe, T. R., Bullen, C., Hartmann-Boyce, J., et al. (2019). Diferentes dosis, duraciones y modos de administración de la terapia de reemplazo de nicotina para dejar de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(4), CD013308. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013308>
15. Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., & Aveyard, P. (2019). Entrevista motivacional para dejar de fumar. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub4>
16. Livingstone-Banks J, Fanshawe TR, Thomas KH, Theodoulou A, Hajizadeh A, Hartman L et al. Agonistas parciales de los receptores de nicotina para dejar de fumar. *Sistema de base de datos Cochrane Rev.* 2023;5:CD006103 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub8>
17. Llambí, Laura, Rodríguez, Diego, Parodi, Carolina, & Soto, Enrique. (2020). Cigarrillo electrónico y otros sistemas electrónicos de liberación de nicotina: revisión de evidencias sobre un tema controversial. *Revista Médica del Uruguay*, 36(1), 153-191. Epub 01 de marzo de 2020. <https://doi.org/10.29193/rmu.36.1.7>
18. Martínez, C., Castellano, Y., Company, A., Guillen, O., Margalef, M., Arrien, M. A., Sánchez, C., Cáceres, P., Barnoya, J., & Fernández, E., & the Group of hospital coordinators in the Fruitful study project. (2017). Impact of an online training program in hospital workers' smoking cessation interventions in Bolivia, Guatemala and Paraguay. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.020>

19. Matkin, W., Ordóñez-Mena, J. M., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Asesoramiento telefónico para dejar de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(5), CD002850. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002850.pub4>
20. Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Hacia una teoría de la entrevista motivacional. *American Psychologist*, 64(6), 527-537. <https://doi.org/10.1037/a0016830>.
21. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud. (2023). Segunda Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles, Paraguay 2023. Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Disponible en <https://dvent.mspbs.gov.py/ii-encuesta-nacional-sobre-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no-transmisibles-paraguay-2023/>
22. Organización Mundial de la Salud. (2014). Guía para que los consumidores de tabaco dejen de fumar. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/112833>.
23. Organización Mundial de la Salud. (2023). Guía de tratamiento clínico de la OMS para el abandono del tabaco en adultos. Organización Mundial de la Salud.
24. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2019). C8The Transtheoretical Approach. En J. C. Norcross, M. R. Goldfried, J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.003.0008>.
25. San Martín, V., Caballero, A. M., Coronel, E. S., Larán, V. M., & Calderoli, F. (2021). Evaluación de la satisfacción de pacientes en cesación de tabaquismo mediante la utilización de telemedicina en la Cátedra y Servicio de Neumología del Hospital de Clínicas. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 54(3), 61-66.
26. Sigal, A. R., Cardinali-Re, B. A., Campana, L., Lopez-Santi, P., Iomini, P., Zanoni, C. A., Salcerini, M., Pozzer, L., Traghetti, M., Pulido, L., Piñeiro, D. J., Rosende, A., & Garcia-Zamora, S. (2023). Autopercepción de las habilidades para la cesación del tabaquismo entre los residentes de cardiología en Argentina [Self-perception of smoking cessation skills among Cardiology residents in Argentina]. *Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 4(3), 82-87. <https://doi.org/10.47487/apcyccv.v4i3.304>.
27. Stead, L. F., Carroll, A. J., & Lancaster, T. (2017). Programas de terapia conductual grupal para dejar de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(3), CD001007. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001007.pub3>
28. Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Farmacoterapia combinada e intervenciones conductuales para dejar de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(3), CD008286. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>.

29. Stepankova, L., Zvolska, K., Pankova, A., Rafl, J., Donin, G., Tichopad, A., & Kralikova, E. (2024). Changes in the Success and Characteristics of Tobacco Dependence Treatment before and during the COVID-19 Pandemic: Clinical Sample Comparisons. *Medicina*, 60(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/medicina60091459>
30. Tzelepis, F., Paul, C. L., Williams, C. M., Gilligan, C., Regan, T., Daly, J., et al. (2019). Asesoramiento por vídeo en tiempo real para cesación del tabaquismo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(10), CD012659. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012659.pub2>
31. United States Public Health Service Office of the Surgeon General & National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2020). *Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Services. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555591/>
32. Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Rodgers, A., Gu, Y., & Dobson, R. (2019). Mensajes de texto de teléfonos móviles e intervenciones basadas en aplicaciones para dejar de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(10), CD006611. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006611.pub5>
33. World Health Organization. (2024). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications>.

# ANEXOS

## Anexo 1. Análisis de conflicto de intereses

A continuación, se presenta el análisis del formulario de intereses que cada miembro del grupo de elaboración completó, así como la decisión de los líderes.

Nombre	Función en las directrices	A. Interés económico personal específico o no específico	B. Interés económico no personal específico o no específico	C. Interés no económico personal	D. Interés económico personal específico o no específico de un familiar	Decisión
Lic. Ethel Santacruz	Epidemióloga	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Felicia Cañete	Epidemióloga	No	No	No	No	Participación completa
Dr. Aldo Ojeda	Internista	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Xintia Ayala	Internista	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Graciela Gamarra	Alergista	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Zunilda Palacios	Neumóloga	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Noelia Cañete	Neumóloga	No	No	No	No	Participación completa
Lic. Carolina Cuevas	Psicóloga	No	No	No	No	Participación completa
Lic. Francisco Rojas	Fisioterapeuta	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Irene Benítez	Pediatra	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Daniela Chávez	Médico de familia	No	No	No	No	Participación completa
Dr. Hugo Martínez	Neumólogo	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Angeli Penzzi	Geriatra	No	No	No	No	Participación completa
CP. Patricia Sánchez	Economista	No	No	No	No	Participación completa
CP. Victoria Sosa	Economista	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Leticia Maldonado	Neumóloga	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Leticia Maldonado	Neumóloga	No	No	No	No	Participación completa

Nombre	Función en las directrices	A. Interés económico personal específico o no específico	B. Interés económico no personal específico o no específico	C. Interés no económico personal	D. Interés económico personal específico o no específico de un familiar	Decisión
Lic. Cesar Irala	Trabajador social	No	No	No	No	Participación completa
Lic. Elisa Cuenca	Enfermera	No	No	No	No	Participación completa
Dr. Carlos Santa María	Médico de familia	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Maria Cristina Jimenez	Internista	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Doris Royg	Internista	No	No	No	No	Participación completa
Lic. Macarena Gauto	Psicóloga	No	No	No	No	Participación completa
Dr. Duilio Nuñez	Infectólogo	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Lilian Venialgo	Alergista	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Rocio Arruabarrena	Neumóloga	No	No	No	No	Participación completa
Dr. Angel Gomez	Neumóloga	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Monica Abente	Neumóloga	No	No	No	No	Participación completa
Dr. Alberto Ortiz	Intensivista	No	No	No	No	Participación completa
Ecom. Edgar Suarez	Economista	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Cynthia Meza	Neumóloga	No	No	No	No	Participación completa
Lic. Nathalia Torales	Enfermera	No	No	No	No	Participación completa
Lic. Cinthia Ovelar	Enfermera	No	No	No	No	Participación completa
Dr. Mario Otazo	Psiquiatra	No	No	No	No	Participación completa
Lic. Juana Amarilla	Enfermera	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Claudia Sánchez	Neumóloga	No	No	No	No	Participación completa
Dra. Karen Figueredo	Médica de Familia	No	No	No	No	Participación completa
Pedro Acuña	Paciente	No	No	No	No	Participación completa

**Anexo 2. Intervenciones clínicas sobre el tabaquismo****Tabla 1.** Estrategias de consejería breve (5 As).

<b>Acciones</b>	<b>Estrategias de ejecución</b>	<b>Ejemplo</b>
Averiguar	Pregunte y documente la condición o no de fumador de cada una de las personas atendidas.	¿Usted fuma o vapea?
Aconsejar	Breve consejo para dejar el hábito. Reitere el consejo cada vez que un fumador consulta.	Podría decir “Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud. Puedo entender que sea difícil, pero si usted lo desea, puedo ayudarlo” -Personalice el consejo que brinda.
Asistir	Evaluar la motivación para el cambio. Test de dependencia física a la nicotina. El estilo motivacional de la atención.	Realizar los test de motivación y dependencia.
Ayudar	Con herramientas conductuales y farmacológicas.	Disponemos del tratamiento farmacológico con bupropión y terapia sustitutiva de nicotina que podemos brindarle si usted lo desea.
Acompañar	Facilitar el seguimiento, dar el apoyo necesario al fumador, Referir a seguimiento telefónico (140) o acudir a uno de los consultorios del PRONATERC.	El seguimiento debe realizarse por lo menos en 4 ocasiones para el éxito del tratamiento. Planificar fechas para seguimiento.

**Tabla 2.** Intervenciones motivacionales en personas que no están listas para dejar de fumar o vapear (5 As).

Intervenciones	Estrategias de ejecución	Ejemplos
Relevancia	<p>Aliente al paciente a que le indique por qué dejar de fumar le parece pertinente. La información motivacional tiene su mayor repercusión si es pertinente para el trastorno de salud o el riesgo del paciente, la familia o la situación social (por ejemplo, tener hijos en el hogar), preocupaciones de salud, edad, sexo y otras características importantes del paciente (por ejemplo, experiencia previa con la cesación, obstáculos personales a la cesación).</p>	<p>Personal de salud: ¿Por qué es importante para usted dejar de fumar?                      Paciente: “Supongo que fumar es malo para mi salud”</p>
Riesgos	<p>Aliente al paciente a que señale las posibles consecuencias negativas del consumo de tabaco que son pertinentes para él o ella.</p> <p>Ejemplos de riesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgos a largo plazo: Mayor riesgo de una recaída, muerte por TB, infarto de miocardio y accidentes cerebrovasculares, cáncer de pulmón y de otro tipo (por ejemplo, laringe, boca, faringe, esófago), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, osteoporosis y discapacidad a largo plazo.</li> </ul>	<p>Personal de salud: “—¿Qué sabe sobre los riesgos del consumo de tabaco para su salud?                      ¿Qué le preocupa en particular?”                      Paciente: “—Sé que puede hacer menos eficaz mi tratamiento contra la tuberculosis. Eso debe ser horrible.”</p>
Recompensas	<p>Pida al paciente que señale los potenciales beneficios relacionados con el dejar de consumir tabaco.</p> <p>Ejemplos de recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mejor sabor de la comida;</li> <li>– mejor sentido del olfato;</li> <li>– ahorro de dinero;</li> <li>– sentirse mejor con uno mismo;</li> <li>– el hogar, el automóvil, la ropa y el aliento no olerán a tabaco;</li> <li>– buen ejemplo para los hijos y menor probabilidad de que fumen;</li> <li>– bebés e hijos más sanos;</li> <li>– sentirse mejor físicamente;</li> <li>– desempeñarse mejor en las actividades físicas.</li> </ul>	<p>Personal de salud: “—¿Sabe de qué manera el dejar de fumar afectaría su tratamiento contra la tuberculosis?”                      Paciente: “—Imagino que los resultados serían mejores si dejara de fumar.”                      Personal de salud: “—Sí, y no toma mucho tiempo para que esos resultados mejoren. Pero es importante abandonar el tabaco lo antes posible.”</p>

Intervenciones	Estrategias de ejecución	Ejemplos
Resistencias	<p>Pida al paciente que señale los obstáculos o impedimentos para dejar de fumar y proporcione tratamiento que podría abordar esos obstáculos.</p> <p>Los obstáculos frecuentes incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- síntomas de abstinencia;</li> <li>- temor al fracaso;</li> <li>- aumento de peso;</li> <li>- falta de apoyo;</li> <li>- depresión;</li> <li>- gusto por el tabaco;</li> <li>- estar rodeado de otros consumidores de tabaco;</li> <li>- conocimiento limitado sobre opciones eficaces de tratamiento</li> </ul>	<p>Personal de salud: “—¿Y cuál sería para usted la parte difícil de dejar de fumar?”</p> <p>Paciente: “—¡Las ansias; serían horribles!”</p> <p>Personal de salud: “—Podemos ayudarlo con eso. Podemos administrarle un tratamiento sustitutivo con nicotina que puede reducir las ansias.”</p> <p>Paciente: “—¿Y eso realmente funciona?”</p> <p>Personal de salud: “—Siempre va a necesitar fuerza de voluntad, pero los estudios muestran que estos tratamientos pueden duplicar sus probabilidades de éxito de abandonar el tabaco.”</p>
Repetición	<p>Repita el análisis de disposición a dejar de fumar. Si todavía no está preparado para abandonar el tabaco, repita la intervención en una fecha posterior.</p> <p>La intervención motivacional debe repetirse cada vez que un paciente desmotivado visite el consultorio.</p>	<p>Personal de salud: —Entonces, ahora que ya conversamos, vamos a ver si ha cambiado de opinión.</p> <p>¿Puede responder estas preguntas nuevamente...?</p> <p>(Regrese a la etapa de analizar de las 5A. Si está listo para dejar de fumar, proceda con las 5A. Si no está preparado, concluya la intervención en un tono positivo diciendo “Este es un proceso difícil, pero yo sé que usted puede superarlo y estoy aquí para ayudarlo”).</p>

### Anexo 3. Preguntas PICO

#### A. Intervenciones conductuales administradas en sesiones clínicas y comunitarias.

<p><b>A1</b></p>	<p>En adultos que consumen tabaco, ¿cuál es el efecto de la consejería breve de los profesionales de la salud sobre la cesación tabáquica en comparación con ningún consejo/contacto? ¿Varía el efecto según los tipos de consumo de tabaco, la cantidad de tabaco consumido, la frecuencia y el tipo de tabaco consumido?</p> <p>intensidad del asesoramiento y disposición a dejarlo.</p> <p>-Población: adultos que consumen tabaco.</p> <p>-Intervención: asesoramiento breve por parte de profesionales sanitarios.</p> <p>-Comparador: ningún consejo</p> <p>-Resultados:</p> <p>tasa de abandono a largo plazo (prevalencia continua o puntual medida a los 6 meses o más del inicio de la intervención) tasa de abandono del tabaco a corto plazo (prevalencia continua o puntual medida).</p>
<p><b>A2</b></p>	<p>En adultos que consumen tabaco, ¿cuál es el efecto del asesoramiento conductual individual sobre el abandono en comparación con la atención habitual o la no intervención? ¿Varía el efecto según la intensidad, la frecuencia, la duración o el tipo de asesoramiento conductual? ¿Varía el efecto según los tipos de consumo de tabaco, la cantidad de consumo de tabaco, la disposición a dejar de fumar y el sexo?</p> <p>-Población: adultos que consumen tabaco.</p> <p>-Intervención: asesoramiento conductual individual.</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de deshabituación tabáquica), diferente cantidad de asesoramiento o ninguna intervención.</p> <p>-Resultados:</p> <p>tasa de abandono a largo plazo: (prevalencia continua o puntual medida a los 6 meses o más del inicio de la intervención).</p>
<p><b>A3</b></p>	<p>En adultos que consumen tabaco, ¿cuál es el efecto del asesoramiento conductual grupal sobre el abandono en comparación con la atención habitual o ninguna intervención? ¿Varía el efecto según la intensidad, la frecuencia o la duración del asesoramiento conductual? ¿Varía el efecto según los tipos de consumo de tabaco, la cantidad de consumo de tabaco y la disposición a dejarlo?</p> <p>-Población: adultos que consumen tabaco.</p> <p>-Intervención: asesoramiento conductual en grupo.</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de deshabituación tabáquica) o ninguna intervención,</p> <p>-Resultados:</p> <p>tasa de abandono a largo plazo (prevalencia continua o puntual medida a los 6 meses o más del inicio de la intervención).</p>
<p><b>A4</b></p>	<p>En adultos que consumen tabaco, ¿cuál es el efecto del asesoramiento telefónico por parte de consejeros telefónicos sobre el abandono en comparación con la atención habitual o la no intervención? ¿Varía el efecto según la intensidad (duración de la sesión, número de sesiones, duración de las sesiones) o el método de asesoramiento telefónico? ¿Varía el efecto en función de los tipos de consumo de tabaco, la cantidad de tabaco consumido, la disposición a dejar de fumar y el sexo?</p>

B. Intervenciones digitales para el control del tabaco.

<p><b>B1</b></p>	<p>Para los consumidores adultos de tabaco, ¿aumentan las intervenciones de cesación con mensajes de texto por teléfono móvil la probabilidad de éxito del abandono? ¿Varía el efecto según la intensidad o la duración de la intervención, o según una mayor personalización/adaptación de los mensajes? ¿Varía el efecto según los tipos de consumo de tabaco, la cantidad de tabaco consumido, la disposición a dejar de fumar?</p> <p>-Población: adultos consumidores de tabaco.</p> <p>-Intervención: intervenciones de mensajería de texto por teléfono móvil.</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de deshabituación tabáquica) o ninguna intervención.</p> <p>-Resultados: tasa de abandono a largo plazo (prevalencia continua o puntual medida a los 6 meses o más del inicio de la intervención). tasa de abandono a corto plazo (prevalencia continua o puntual medida a menos.</p>
<p><b>B2</b></p>	<p>Para los consumidores de tabaco adultos, ¿aumentan las intervenciones de cesación basadas en Internet la probabilidad de éxito del abandono? ¿Varía el efecto según la intensidad o la duración de la intervención? ¿La adaptación/personalización/intervención aumenta el efecto? ¿Varía el efecto según los tipos de consumo de tabaco, la cantidad de tabaco consumido y la disposición a dejarlo?</p> <p>-Población: adultos consumidores de tabaco.</p> <p>-Intervención: intervenciones de cesación basadas en Internet.</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de deshabituación tabáquica) o ninguna intervención.</p> <p>-Resultados: tasa de abandono a largo plazo (prevalencia continua o puntual medida a los 6 meses o más del inicio de la intervención) tasa de abandono a corto plazo (prevalencia continua o puntual medida a menos.</p>
<p><b>B3</b></p>	<p>En el caso de los consumidores adultos de tabaco, ¿aumentan las aplicaciones para teléfonos inteligentes de deshabituación tabáquica las probabilidades de éxito de la deshabituación? ¿Varía el efecto según el contenido, la intensidad o la duración de la intervención? ¿Aumenta el efecto la adaptación/personalización/interacción? ¿Varía el efecto según los tipos de consumo de tabaco, la cantidad de tabaco consumido, la disposición a dejar de fumar y la edad? ¿Género?</p> <p>-Población: adultos consumidores de tabaco.</p> <p>-Intervención: aplicaciones para teléfonos inteligentes de cesación del tabaco.</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de deshabituación tabáquica) o ninguna intervención.</p> <p>-tasa de abandono a corto plazo (prevalencia continua o puntual medida a menos de 6 meses del inicio de la intervención) abandonar la tasa de attempt.</p>
<p><b>B4</b></p>	<p>Para los consumidores de tabaco adultos, ¿qué efecto tienen las intervenciones de software basadas en la inteligencia artificial conversacional de la cesación del tabaquismo en comparación con la atención habitual o ninguna intervención? ¿Varía el efecto según la intensidad o la duración de la intervención? ¿Varía el efecto según los tipos de consumo de tabaco, la duración y la cantidad del consumo de tabaco, la disposición a dejar de fumar y el sexo?</p> <p>-Población: adultos consumidores de tabaco.</p> <p>-Intervención: intervenciones de software basadas en inteligencia artificial conversacional.</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de cesación tabáquica) o ninguna intervención.</p> <p>-Resultados: tasa de abandono a largo plazo (prevalencia continua o puntual medida a los 6 meses o más del inicio de la intervención) tasa de abandono del tabaco a corto plazo (prevalencia continua o puntual medida.</p>

C. Intervenciones farmacológicas administradas en sesiones clínicas y comunitarias.

<p><b>C1</b></p>	<p>Para los adultos que fuman, ¿aumenta la terapia de sustitución de nicotina (TSN) sus probabilidades de éxito en el abandono del tabaco? ¿Varía el efecto según la forma, la dosis y la duración del uso? ¿Varía el efecto según el tipo de tabaquismo, el nivel de dependencia, la cantidad de tabaco que se fuma y el sexo?</p> <p>-Población: adultos fumadores.</p> <p>-Intervención: terapia de sustitución de nicotina (chicles de nicotina, parches de nicotina, pastillas de nicotina, pulverizador nasal de nicotina e inhalador de nicotina).</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de deshabitación tabáquica) o placebo.</p> <p>-Resultado: Tasa de abandono a largo plazo (prevalencia continua o puntual de abstinencia).</p>
<p><b>C2</b></p>	<p>En adultos fumadores, ¿aumenta el Bupropión la probabilidad de éxito en el tratamiento de deshabitación tabáquica? ¿Varía el efecto según la dosis o la duración del consumo? ¿Varía el efecto según el tipo de tabaquismo, el nivel de dependencia, la cantidad de tabaco que se fuma y el sexo?</p> <p>-Población: adultos fumadores.</p> <p>-Intervención: Bupropión.</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de cesación tabáquica) o placebo u otros medicamentos (TSN, vareniclina, citisina).</p> <p>-Resultados: Tasa de abandono a largo plazo (prevalencia continua o puntual de abstinencia).</p>
<p><b>C3</b></p>	<p>En adultos fumadores, ¿aumenta Vareniclina la probabilidad de éxito en el abandono del tabaco? ¿Varía el efecto según la dosis o la duración del consumo? ¿Varía el efecto según el tipo de tabaquismo, el nivel de dependencia, la cantidad de tabaco que se fuma y el sexo?</p> <p>-Población: adultos fumadores.</p> <p>-Intervención: Vareniclina.</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de cesación tabáquica). o placebo u otros medicamentos (NRT, Bupropión, citisina).</p> <p>-Tasa de abandono a largo plazo (prevalencia continua o puntual de abstinencia durante 6 meses o más desde el inicio de la intervención).</p> <p>-Frecuencia de acontecimientos adversos/efectos secundarios.</p>
<p><b>C4</b></p>	<p>En el caso de los adultos fumadores, ¿aumenta la citisina la probabilidad de éxito del tratamiento de desintoxicación? ¿Varía el efecto según la dosis o la duración del consumo? ¿Varía el efecto según el tipo de tabaquismo, el nivel de dependencia, la cantidad de tabaco que se fuma y el sexo?</p> <p>-Población: adultos fumadores.</p> <p>-Intervención: Citisina.</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de cesación tabáquica) o placebo u otros medicamentos (TSN, Bupropión, vareniclina).</p>
<p><b>C5</b></p>	<p>En adultos fumadores, ¿es la terapia combinada mejor que la monoterapia en el tratamiento de deshabitación tabáquica? ¿Varía el efecto según los tipos de tabaquismo, el nivel de dependencia, la cantidad de tabaco que se fuma y el sexo?</p> <p>Población: adultos fumadores.</p> <p>Intervención: TRN combinada: parche de nicotina en combinación con una fórmula de acción corta (chicle, pastilla, inhalador o spray nasal) o terapia combinada con dos fármacos diferentes (Bupropión+ TRN, Vareniclina+ TRN, Bupropión+ Vareniclina) Comparador: monoterapia (una forma de NRT o una medicación o nicotina sola) Resultados:</p> <p>-tasa de abandono del tabaco a largo plazo (prevalencia continua o puntual de abstinencia durante 6 meses o más tiempo desde el inicio de la intervención).</p>

D. Intervención conductual o farmacoterapia.

<b>D1</b>	<p>Para los adultos que consumen tabaco sin humo, ¿la intervención conductual o las farmacoterapias aumentan la probabilidad de éxito del abandono? ¿Varía el efecto según la dosis o la duración del consumo, o según el tipo de intervención? ¿Varía el efecto según el nivel de dependencia, la cantidad de consumo de tabaco sin humo y el sexo?</p> <p>-Población: adultos que consumen tabaco sin combustión.</p> <p>-Intervención: NRT, Bupropión, Vareniclina o Citisina (monoterapia o en combinación), intervenciones conductuales (individual presencial, grupo presencial o apoyo telefónico, incluido el asesoramiento más intensivo o el apoyo de baja intensidad).</p> <p>-Comparador: atención habitual (asesoramiento breve e información sobre los servicios locales de cesación tabáquica), apoyo mínimo para un asesoramiento más intensivo) apoyo menor/ningún apoyo para un apoyo de baja intensidad) o placebo Resultado:</p> <p>-Tasa de abandono a largo plazo (prevalencia continua o puntual de abstinencia durante 6 meses o más desde el inicio de la intervención).</p> <p>-Frecuencia de acontecimientos adversos/efectos secundarios.</p>
-----------	---

E. Intervenciones de tratamientos combinados conductuales y farmacológicos.

<b>E1</b>	<p>Para los consumidores adultos de tabaco, ¿son los tratamientos combinados conductuales y farmacológicos más eficaces que las intervenciones conductuales o las terapias farmacológicas solas? ¿Varía el efecto según los tipos de consumo de tabaco, el nivel de dependencia, la cantidad de consumo de tabaco y el sexo?</p> <p>-Población: adultos consumidores de tabaco.</p> <p>-Intervención: tratamientos conductuales y farmacológicos combinados (terapia combinada o monoterapia de NRT, Bupropión, Vareniclina y Citisina).</p> <p>-Comparador: intervenciones conductuales o terapias farmacológicas (terapia combinada o monoterapia de NRT, Bupropión, Vareniclina y Citisina) solas.</p> <p>-Resultados:</p> <p>-Tasa de abandono a largo plazo (prevalencia continua o puntual de abstinencia durante 6 meses o más desde el inicio de la intervención). Frecuencia de acontecimientos adversos/efectos secundarios.</p>
-----------	--

**Anexo 4. Tablas de evidencias a la decisión**

**Pregunta 1.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las estrategias conductuales para el manejo de cesación tabáquica?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>PROBLEMA</b>	¿El problema es prioritario? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente si <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	El panel considera que el manejo de la cesación tabáquica es relevante para disminuir la morbilidad de las Enfermedades no Transmisibles.
<b>EFFECTOS DESEABLES</b>	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	La evidencia relacionada con el asesoramiento conductual individual se basó en una revisión sistemática Cochrane publicada por Lancaster et al. La evidencia mostró que: hubo evidencia de alta calidad de que el asesoramiento individual fue más efectivo que un control de contacto mínimo (que incluyó asesoramiento breve, atención habitual o provisión de materiales de autoayuda) cuando no se ofreció farmacoterapia a ninguno de los participantes (RR: 1,57; IC del 95%: 1,40-1,77; 27 estudios; 11 100 participantes).	
<b>EFFECTOS INDESEABLES</b>	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No se	No se encontró evidencia.	
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? <input type="radio"/> Muy baja <input type="radio"/> Baja <input checked="" type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> No hay estudios incluidos	Certeza de la evidencia moderada.	El panel considera que todos los proveedores de atención de salud deben brindar sistemáticamente consejería como práctica habitual.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>VALORES</b>	<p>¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Importante incertidumbre o variabilidad</li> <li>● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad</li> <li>○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes</li> <li>○ Sin incertidumbre o variabilidad importante.</li> </ul>	<p>Una RS reporta que para los pacientes resulta más efectivo el asesoramiento individual y grupal no dependiendo sólo de su grado de motivación más que solo la llamada telefónica. (Matkin, Ordóñez-Mena, &amp; Hartmann-Boyce, 2019).</p>	<p>El panel considera que los pacientes se sentirán seguros y apoyados con la terapia conductual.</p>
<b>BALANCE DE EFECTOS</b>	<p>¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece la comparación</li> <li>○ Probablemente favorece la comparación</li> <li>○ No favorece ni la intervención ni la comparación.</li> <li>● Probablemente favorezca la intervención</li> <li>○ Favorece la intervención</li> <li>○ Varía</li> <li>○ No sé</li> </ul>	<p>No incluyen estudios para evaluar este componente.</p>	<p>El panel considera que el balance de efectos es a favor de la intervención conductual.</p>
<b>RECURSOS REQUERIDOS</b>	<p>¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grandes costos</li> <li>● Costos moderados</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes</li> <li>○ Ahorro moderado</li> <li>○ Grandes ahorros</li> <li>○ Varía</li> <li>○ No sé</li> </ul>	<p>No se reporta evidencia.</p>	<p>El panel considera que el asesoramiento breve debe ser impartido por el profesional del área y no supone costo extra en el sistema de salud, pero el apoyo conductual adicional si representa un costo adicional para el paciente</p>

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>VALORES</b>	<p>¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Importante incertidumbre o variabilidad</li> <li>● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad</li> <li>○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes</li> <li>○ Sin incertidumbre o variabilidad importante.</li> </ul>	<p>Una RS reporta que para los pacientes resulta más efectivo el asesoramiento individual y grupal no dependiendo sólo de su grado de motivación más que solo la llamada telefónica. (Matkin, Ordóñez-Mena, &amp; Hartmann-Boyce, 2019).</p>	<p>El panel considera que los pacientes se sentirán seguros y apoyados con la terapia conductual.</p>
<b>BALANCE DE EFECTOS</b>	<p>¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece la comparación</li> <li>○ Probablemente favorece la comparación</li> <li>○ No favorece ni la intervención ni la comparación.</li> <li>● Probablemente favorezca la intervención</li> <li>○ Favorece la intervención</li> <li>○ Varía</li> <li>○ No sé</li> </ul>	<p>No incluyen estudios para evaluar este componente.</p>	<p>El panel considera que el balance de efectos es a favor de la intervención conductual.</p>
<b>RECURSOS REQUERIDOS</b>	<p>¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grandes costos</li> <li>● Costos moderados</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes</li> <li>○ Ahorro moderado</li> <li>○ Grandes ahorros</li> <li>○ Varía</li> <li>○ No sé</li> </ul>	<p>No se reporta evidencia.</p>	<p>El panel considera que el asesoramiento breve debe ser impartido por el profesional del área y no supone costo extra en el sistema de salud, pero el apoyo conductual adicional si representa un costo adicional para el paciente</p>

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>EQUIDAD</b>	¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud? <input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente sin impacto <input type="radio"/> Probablemente aumentado <input checked="" type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se reporta evidencia.	El panel considera que las recomendaciones aumentan la inequidad si no se puede asegurar el servicio en todo el territorio nacional.
<b>ACEPTABILIDAD</b>	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente si <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	El panel destaca que los servicios públicos de atención van a aceptar las recomendaciones.
<b>FACTIBILIDAD</b>	¿Es factible implementar la intervención? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente si <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	El panel considera que el asesoramiento breve debe ser proveído por todo el personal del servicio de salud en beneficios de los pacientes fumadores.

**Pregunta 2.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones digitales (mhealth) para el manejo de la cesación tabáquica?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>PROBLEMA</b>	¿El problema es prioritario? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente si <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	La atención en línea es una solución para mejorar la implementación satisfactoria de los servicios para dejar de fumar en los países con ingresos bajos (San Martin, V ; 2021).	El panel considera que la falta de conectividad representa una limitación para el profesional y el paciente.
<b>EFFECTOS DESEABLES</b>	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	El panel considera que esta recomendación es una herramienta beneficiosa para el paciente.
<b>EFFECTOS INDESEABLES</b>	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No se	No se encontró evidencia.	El panel considera que los efectos indeseables son mínimos.
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? <input type="radio"/> Muy baja <input type="radio"/> Baja <input checked="" type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> No hay estudios incluidos	Certeza de la evidencia moderada.	

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>VALORES</b>	<p>¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Importante incertidumbre o variabilidad</li> <li>● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad</li> <li>○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes</li> <li>○ Sin incertidumbre o variabilidad importante</li> </ul>	<p>Los pacientes fumadores tenían un 11 % dependencia alta y un 84 % habían tenido al menos un intento previo de abandono del hábito tabáquico. El grado de satisfacción en la atención al paciente se encontró un 82 % muy satisfecho. En la duración de la teleconsulta un 73% estaba muy satisfecho. La cesación de tabaquismo utilizando la teleconsulta genera un alto grado de satisfacción en los pacientes. (San Martín 2021).</p>	<p>El panel considera que las intervenciones digitales en el país deben salvar barreras tecnológicas, económicas y deberán ser adaptadas al usuario nacional.</p>
<b>BALANCE DE EFECTOS</b>	<p>¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece la comparación</li> <li>○ Probablemente favorece la comparación</li> <li>○ No favorece ni la intervención ni la comparación.</li> <li>● Probablemente favorezca la intervención</li> <li>○ Favorece la intervención</li> <li>○ Varía</li> <li>○ No sé</li> </ul>	<p>No se encontró evidencia.</p>	<p>El panel considera que la intervención digital favorece los efectos deseables en el proceso de cesación.</p>
<b>RECURSOS REQUERIDOS</b>	<p>¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Grandes costos</li> <li>○ Costos moderados</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes</li> <li>○ Ahorro moderado</li> <li>○ Grandes ahorros</li> <li>○ Varía</li> <li>○ No sé</li> </ul>	<p>No se encontró evidencia de costos asociados.</p>	<p>El panel considera que las intervenciones digitales en el país implican costos adicionales para el paciente y la adquisición para el país tiene un costo elevado.</p>

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>EQUIDAD</b>	¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud? <input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente sin impacto <input type="radio"/> Probablemente aumentado <input checked="" type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	Las intervenciones digitales para dejar de fumar son menos factibles en subpoblaciones con menos acceso a servicios o tecnologías digitales.
<b>ACEPTABILIDAD</b>	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente si <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	Se considera que la recomendación propuesta será aceptada por los usuarios de la guía.
<b>FACTIBILIDAD</b>	¿Es factible implementar la intervención? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente si <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	Ninguna.	Se considera que la recomendación propuesta es factible de implementar.

**Pregunta 3.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones farmacológicas para el manejo de cesación tabáquica?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>PROBLEMA</b>	¿El problema es prioritario? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente si <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	El panel considera que el manejo de la cesación tabáquica es relevante para disminuir la morbilidad de las Enfermedades no Transmisibles.
<b>EFFECTOS DESEABLES</b>	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables? <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	En cuanto a la evidencia del bupropión en relación con el abandono del hábito tabáquico a largo plazo, una revisión sistemática Cochrane de 124 estudios que incluyeron 48 832 participantes demostró que había evidencia de alta certeza de que el bupropión aumentaba las tasas de abandono del hábito tabáquico en comparación con placebo o ningún tratamiento farmacológico (RR: 1,60; IC del 95 %: 1,49-1,72; 50 estudios; 18 577 participantes) (Hajizadeh et al., 2023).	El panel consideró que las intervenciones farmacológicas tienen beneficios en comparación con ninguna intervención.
<b>EFFECTOS INDESEABLES</b>	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No se	Los resultados también fueron imprecisos al comparar los eventos adversos graves entre las personas asignadas aleatoriamente a una combinación de bupropión y TRN versus TRN sola (RR: 1,52; IC del 95 %: 0,26-8,89; 4 estudios; 657 participantes), y asignadas aleatoriamente a bupropión más vareniclina versus vareniclina sola (RR: 1,23; IC del 95 %: 0,63-2,42; 5 estudios; 1268 participantes) (Hajizadeh et al., 2023).	El panel consideró que los daños de la terapia combinada no superan los beneficios de su uso.
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? <input type="radio"/> Muy baja <input type="radio"/> Baja <input checked="" type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> No hay estudios incluidos	Certeza de la evidencia moderada.	

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>VALORES</b>	<p>¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Importante incertidumbre o variabilidad</li> <li>● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad</li> <li>○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes</li> <li>○ Sin incertidumbre o variabilidad importante</li> </ul>	<p>Se reporta evidencia de alta certeza de que la TRN combinada (una forma de acción rápida más un parche) da como resultado tasas de abandono a largo plazo más altas que la TRN de forma única (RR: 1,25; IC del 95 %: 1,15-1,36; 14 estudios; 11.356 participantes) (Lindson et al., 2019).</p>	<p>El panel considera que es muy importante para los pacientes la combinación de farmacoterapia.</p>
<b>BALANCE DE EFECTOS</b>	<p>¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece la comparación</li> <li>○ Probablemente favorece la comparación</li> <li>○ No favorece ni la intervención ni la comparación.</li> <li>● Probablemente favorezca la intervención</li> <li>○ Favorece la intervención</li> <li>○ Varía</li> <li>○ No sé</li> </ul>	<p>No se encontró evidencia.</p>	<p>El panel considera que los efectos deseables son superiores a los efectos indeseables.</p>
<b>RECURSOS REQUERIDOS</b>	<p>¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Grandes costos</li> <li>○ Costos moderados</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes</li> <li>○ Ahorro moderado</li> <li>○ Grandes ahorros</li> <li>○ Varía</li> <li>○ No sé</li> </ul>	<p>No se encontró evidencia de costos asociados.</p>	<p>El panel considera que las recomendaciones no aumentarán los costos del tratamiento con fármacos de primera línea dado que se encuentran en el listado de medicamentos.</p>

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>EQUIDAD</b>	¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud? <input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente sin impacto <input type="radio"/> Probablemente aumentado <input checked="" type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	El panel considera que debido a que los fármacos de primera línea se encuentran en el listado de medicamentos del ministerio no habrá inequidad.
<b>ACEPTABILIDAD</b>	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente si <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	El panel considera que la recomendación propuesta será aceptada por los usuarios de la guía.
<b>FACTIBILIDAD</b>	¿Es factible implementar la intervención? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente si <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	El panel considera que la recomendación terapéutica es factible de implementar.

**Pregunta 4.** ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia farmacológica combinada con la terapia conductual para el manejo de cesación tabáquica?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>PROBLEMA</b>	¿El problema es prioritario? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	No se encontró evidencia.	El panel considera que la terapia combinada brinda mayores beneficios.
<b>EFFECTOS DESEABLES</b>	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables? <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No sé	Se reporta evidencia de alta certeza de que la TRN combinada (una forma de acción rápida más un parche) da como resultado tasas de abandono a largo plazo más altas que la TRN de forma única (RR: 1,25; IC del 95 %: 1,15-1,36; 14 estudios; 11.356 participantes) (Lindson et al., 2019).	El panel considera que los efectos deseables de la terapia combinada son superiores a los efectos adversos.
<b>EFFECTOS INDESEABLES</b>	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No se	No hubo evidencia de un efecto sobre los eventos adversos cardíacos y todos los eventos adversos graves y los abandonos cuando se comparó la TRN combinada con la TRN de forma única (Lindson et al., 2019). Los resultados también fueron imprecisos al comparar los eventos adversos graves entre las personas asignadas aleatoriamente a una combinación de bupropión y TRN versus TRN sola (RR: 1,52; IC del 95 %: 0,26-8,89; 4 estudios; 657 participantes), y asignadas aleatoriamente a bupropión más vareniclina versus vareniclina sola (RR: 1,23; IC del 95 %: 0,63-2,42; 5 estudios; 1268 participantes) (Hajizadeh et al., 2023).	El panel considera que los beneficios de la terapia combinada (farmacológica y conductual) superan a los riesgos de no utilizarla.
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? <input type="radio"/> Muy baja <input type="radio"/> Baja <input checked="" type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> No hay estudios incluidos	Certeza de la evidencia moderada.	

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>VALORES</b>	<p>¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Importante incertidumbre o variabilidad</li> <li>● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad</li> <li>○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes</li> <li>○ Sin incertidumbre o variabilidad importante</li> </ul>	<p>Se reporta evidencia de alta certeza de que la TRN combinada (una forma de acción rápida más un parche) da como resultado tasas de abandono a largo plazo más altas que la TRN de forma única (RR: 1,25; IC del 95 %: 1,15-1,36; 14 estudios; 11.356 participantes) (Lindson et al., 2019).</p>	<p>El panel considera que la efectividad de la terapia y el uso de fármacos dependerá también de la voluntad del paciente.</p>
<b>BALANCE DE EFECTOS</b>	<p>¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece la comparación</li> <li>○ Probablemente favorece la comparación</li> <li>○ No favorece ni la intervención ni la comparación.</li> <li>● Probablemente favorezca la intervención</li> <li>○ Favorece la intervención</li> <li>○ Varía</li> <li>○ No sé</li> </ul>	<p>No se encontró evidencia.</p>	<p>El grupo considera que los beneficios de la intervención de terapia combinada farmacológica y conductual superan los riesgos de no utilizar.</p>
<b>RECURSOS REQUERIDOS</b>	<p>¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Grandes costos</li> <li>○ Costos moderados</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes</li> <li>○ Ahorro moderado</li> <li>○ Grandes ahorros</li> <li>○ Varía</li> <li>○ No sé</li> </ul>	<p>No se encontró evidencia.</p>	<p>El panel considera que no aumentarán los costos del tratamiento con fármacos cubiertos por el ministerio.</p>

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<b>EQUIDAD</b>	<p>¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Reducido</li> <li><input type="radio"/> Probablemente reducido</li> <li><input type="radio"/> Probablemente sin impacto</li> <li><input type="radio"/> Probablemente aumentado</li> <li><input checked="" type="radio"/> Aumentado</li> <li><input type="radio"/> Varía</li> <li><input type="radio"/> No sé</li> </ul>	No se encontró evidencia.	El panel considera que las recomendaciones y potencialmente un aumento de la equidad.
<b>ACEPTABILIDAD</b>	<p>¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente si</li> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Varía</li> <li><input type="radio"/> No sé</li> </ul>	No se encontró evidencia.	Se considera que la recomendación propuesta será aceptada por los usuarios de la guía con un fuerte consejo de su efectividad.
<b>FACTIBILIDAD</b>	<p>¿Es factible implementar la intervención?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input type="radio"/> Probablemente si</li> <li><input checked="" type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Varía</li> <li><input type="radio"/> No sé</li> </ul>	No se encontró evidencia.	Se considera que la recomendación propuesta es factible de implementar.

ISBN: 978-99925-11-64-0



**GOBIERNO DEL  
PARAGUAY**

**MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA Y  
BIENESTAR SOCIAL**



**DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE  
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**  
Dirección General de Vigilancia de la Salud

