

Tabaquismo
Abordaje en Atención Primaria
Guía de práctica clínica
basada en la evidencia

S M F y C



TABAQUISMO

Abordaje en Atención Primaria

Guía de práctica clínica
basada en la evidencia

Grupo de Respiratorio SAMFyC
con la colaboración del
Grupo de Abordaje al Tabaquismo SAMFyC

Coordinador

Vidal Barchilón Cohen

Médico de Familia. UGC Rodríguez Árias. Cádiz

Autores

Ana Morán Rodríguez

Médico de Familia. DCCU Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

Cristóbal Trillo Fernández

Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Mercedes Espigares Jiménez

Médico de Familia. Centro de Salud Bellavista. Sevilla

Pablo Panero Hidalgo

Médico de Familia. UGC de Órgiva. Granada

Alejo Gallego Montiel

Médico de Familia. Cádiz

Auxiliadora Mesas Rodríguez

Médico de Familia. Técnico de promoción de Salud. Dsittito Costa del Sol. Málaga

Fernando Vivar Figuerola

Médico de Familia. Málaga

Juan Guerrero Ruiz

Médico de Familia. Málaga

Miguel Solís de Dios

Médico de Familia. UGC Mairena del Aljarafe. Sevilla

© SAMFyC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria)

Edita: SAMFyC

c/ Arriola, 4 bajo D

18001 - Granada

Tfno. 958 804 201 - 958 804 202

I.S.B.N.: 978-84-8144-874-0

Depósito Legal: GR-3685-2011

Imprime: Ediciones Adhara

ÍNDICE

Prólogo	7
El porqué de la guía	9
Introducción.....	13
Intervención sobre el fumador	
- Intervención básica inicial.....	23
- Diagnóstico.....	29
- Intervención avanzada.....	41
Tratamiento farmacológico	
- Introducción.....	55
- Terapia sustitutiva con nicotina	57
- Bupropion.....	69
- Vareniclina.....	79
- Otros tratamientos	87
- Recomendaciones finales sobre de tratamiento.....	93

PRÓLOGO

Siempre es un motivo de legítimo orgullo institucional prologar (en el mejor sentido de la palabra pro-logos, antes de la obra...) un documento que viene avalado por la calidad científica y profesional del Grupo de Respiratorio de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

En esta ocasión, además, los miembros del grupo han tenido a bien contar con la colaboración de algunos miembros del grupo de abordaje al tabaquismo, de reciente creación en nuestra sociedad científica.

No es necesario resaltar que entre las competencias de buena practica clínica del médico de familia sobresalen aquellas que inciden significativamente en la promoción de hábitos saludables y en la prevención de factores de riesgo para la salud. Éstas se constituyen como un valor profesional e incluso ético para nuestra especialidad.

Pocos factores de riesgo para nuestros pacientes han demostrado su carácter perjudicial como el hábito tabáquico. Toda la evidencia recogida en la Guía por el Dr. Barchilón y los demás autores nos lo demuestran sobradamente. Pero más allá de los datos, de las estadísticas y de los estudios epidemiológicos, sin duda necesarios e imprescindibles para los médicos de familia y en consecuencia con la atención longitudinal que es esencial a nuestra especialidad, se nos impone otro tipo de evidencia menos científica pero no menos real. Todos hemos vivido la experiencia de asistir a la consecuencia patológica y vital, personal, real del tabaquismo, no en nuestros pacientes sino individualmente en las personas que atendemos, con nombres, apellidos y biografía, en nuestras consultas. Estoy convencido de que todos podemos recordar a personas que, estando bajo nuestros cuidados, han muerto o han visto mermada su calidad de vida a causa del tabaco. Esta situación nos obliga a un condicionante ético que no podemos soslayar.

La atención al hábito tabáquico no solo forma parte de nuestras competencias profesionales, sino que el no realizarlo con el rigor suficiente puede ser contemplado como una forma de maleficencia.

El objetivo último de todo documento científico debe ser mejorar nuestra práctica clínica, en beneficio de las personas a las que atendemos. La Guía que tienes en tus manos reúne los dos requisitos esenciales para conseguir la credibilidad que es esencial para ello: está basada en la mejor evidencia disponible y está elaborada por compañeros que comparten nuestras mismas circunstancias profesionales y laborales. No solo saben qué hacer y cómo hacerlo, sino que además lo hacen.

En fin, disponemos afortunadamente de “otro” documento de ayuda en el mejor sentido de la palabra “otro”. Otro más pero también otro distinto, en el que como verás se resume la mejor evidencia, las mejores recomendaciones y el mejor apoyo para una de las actividades que deben definir la excelencia del médico de familia.

Manuel Lubián

Presidente de SAMFyC

LA GUÍA

EL PORQUÉ DE LA GUÍA

El Grupo de Trabajo de Respiratorio de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) se planteó hace 4 años realizar una guía cuyo objetivo era ofrecer una ayuda práctica a los médicos de familia con ejercicio en Atención Primaria en el abordaje del tabaquismo. Dada la existencia actual del Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT) de la SAMFyC, consideramos que su aportación podría ser muy valiosa a la hora de completar la guía, por lo que se les ha invitado a participar en su revisión y elaboración definitiva.

Esta guía pretende ser una herramienta sencilla basada en las evidencias actualmente disponibles; su objetivo es ofrecer una ayuda práctica a los médicos de familia en el abordaje al tabaquismo que se pueda aplicar desde la mesa de nuestras consultas en condiciones reales.

METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA GUÍA

Para la realización de la guía se procedió a una búsqueda bibliográfica en Medline, Trip Database, New Zealand Guideline Group, Scottish Intercollegiate Guideline Network, Nacional Guideline Clearinghouse, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Clinical Evidence, National Institute for Clinical Excellence (NICE) y Bandolier. Además se consultaron las últimas revisiones de la biblioteca Cochrane y los artículos más recientes relacionados con el tema, publicados en revistas de alto impacto.

Se seleccionaron en primer lugar aquellas guías que pudieran aportar grados de evidencia y recomendaciones asignadas; en aquellos aspectos donde no se ha podido aportar un grado de evidencia definido, se han utilizado documentos de grupos de revisiones basadas en la evidencia.

Las guías y documentos revisados son, entre otros:

1. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2005. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_167/plan_tabaquismo.pdf
2. Morales Asencio JM (coordinador) et al. Atención a las Personas Fumadoras: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/tabaco_para_web.pdf
3. Documento Técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Observatorio para la prevención del tabaquismo. Comité nacional para la prevención del tabaquismo. Disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/doc_trat_cnpt_08.pdf
4. Documento de Consenso de Neumosur sobre diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Rev Esp Patol Torac 2009; 21 (4 supl 1): 7-48. Disponible en: <http://www.neumosur.net/files/NS2009.21-4.S01.A01.pdf>.
5. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK12193>.
6. Michigan Quality Improvement Consortium - Professional Association. Tobacco control. 2003 Sep (revised 2009 Sep). NGC:007530. Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15338>.
7. University of Michigan Health System. Smoking cessation. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2006 Aug. Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=9800&search=tobacco>.
8. West R, McNeill A, Raw M. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: An Updated. Thorax 2000; 55: 987-99. Disponible en: <http://thorax.bmj.com/content/55/12/987.full>.

9. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. Recomendaciones SEPAR. 2007. Disponible en: <http://www.separ.es/doc/publicaciones/normativa/recomendaciones46.pdf>.
10. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina. 2005. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/html/site_tabaco/pdf/TRATO_ADICCION_TABACO.pdf

Se han incorporado, siempre que ha sido posible, grados de recomendaciones basados en la propuesta del Centre for Evidence Based Medicine (<http://www.cebm.net/>). Estas recomendaciones están ligadas al tipo de estudios que lo soportan.

Las recomendaciones se entienden de la siguiente manera!:

- **Recomendación grado A:** Requiere al menos un meta-análisis (MA) bien realizado o de alta calidad, revisión sistemática (RS) de ensayos controlados aleatorizados (ECA), o ECA con riesgo de sesgos bajo o muy bajo, directamente aplicables a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
- **Recomendación grado B:** RS de alta calidad de estudios de cohortes o casos-contróles. Estudios de cohortes o casos-contróles con riesgo de sesgos muy bajo y alta probabilidad de que la relación sea causal, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de MA de alta calidad, RS de ECA o ECA.
- **Recomendación grado C:** Evidencia suficiente derivada de estudios cohortes y casos-contróles bien realizados y con riesgo de sesgos bajo y probabilidad moderada de que la relación sea causal, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de RS de alta calidad de estudios de cohortes o casos-contróles, o estudios de cohortes o casos-contróles con riesgo de sesgos muy bajo y alta probabilidad de que la relación sea causal

- **Recomendación grado D:** Evidencia extrapolada de estudios de cohortes y casos-contróles bien realizados y con riesgo de sesgos bajo y probabilidad moderada de que la relación sea causal. Estudios no analíticos (p.ej. serie de casos). Opinión de expertos.

En los capítulos en los que se especifican dosis de tratamiento, los autores han realizado los mayores esfuerzos para consensuar los valores recomendados, no obstante existe la posibilidad de error, por lo que recomendamos consultar otras fuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook (Section 6: Forming guideline recommendations), SIGN publication nº 50, 2001. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html>

INTRODUCCIÓN

- El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva y primera causa evitable de morbi-mortalidad en el mundo desarrollado (**recomendación A**).
- Dejar de fumar produce importantes beneficios para la salud, tanto si se han desarrollado enfermedades relacionadas con el tabaco como si no (**recomendación A**).
- Tanto en Andalucía como en el resto de España, la población fumadora es de alrededor de un tercio; predominan los hombres sobre las mujeres, excepto entre los más jóvenes, en los que la proporción de fumadoras es mayor. En Andalucía la mayor prevalencia se produce en el grupo de 21 a 24 años, en ambos sexos.
- El tabaco es la causa aislada principal de mortalidad, morbilidad y discapacidad prematura evitable. Las enfermedades asociadas más frecuentes son: cáncer de pulmón, EPOC, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular
- En la embarazada el tabaco puede producir alteraciones en el desarrollo normal de la gestación.
- El tabaco aumenta el riesgo de enfermedades en los fumadores pasivos, sobre todo en los niños.
- Dejar de fumar disminuye el riesgo de cáncer de pulmón y de otros tipos de cáncer, de infarto agudo de miocardio, de accidente cerebrovascular y de EPOC (**recomendación A**).
- El consejo médico reiterado que incide en los aspectos positivos de dejar de fumar es una de las actividades preventivas con mejor relación coste-efectividad que se conocen (**recomendación A**).
- El médico de familia dispone actualmente de herramientas suficientes y efectivas para ayudar al paciente a dejar de fumar.

INTRODUCCIÓN

Ana Morán Rodríguez; Mercedes Espigares Jiménez; Cristóbal Trillo Fernández

Hoy sabemos que el tabaquismo es una enfermedad crónica, adictiva y recidivante¹⁻⁷ reconocida como trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS⁷, y que es la primera causa evitable de morbilidad y mortalidad en el mundo desarrollado (**recomendación A**)^{2, 6, 7, 8}, por tanto, debe ser conocida, diagnosticada y tratada como tal en las consultas de Atención Primaria.

El consumo de tabaco ha sido uno de los más importantes problemas de salud pública en los países desarrollados, y aún lo es en gran medida en los países en vías de desarrollo.⁸ El tabaquismo origina más muertes que el SIDA, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos³.

Por otro lado, dejar de fumar produce importantes beneficios para la salud (Tabla 1), tanto si se han desarrollado enfermedades relacionadas con el tabaco como si no (**recomendación A**)^{3-6, 9-12}.

En la actualidad, el 70% de los fumadores desea dejar de fumar. Teniendo en cuenta que en nuestro medio, alrededor del 75% de la población acude a la consulta del médico de Atención Primaria al menos una vez al año, y que las personas que fuman suelen hacerlo con mayor frecuencia que las que no fuman⁷, estamos en disposición de poder identificar a muchos fumadores que desean abandonar el hábito tabáquico^{12, 13}.

Como médicos de familia estamos obligados, dentro de un programa específico realizado en nuestros Centros de Salud⁶, a la captación de fumadores desde edades tempranas, al consejo mínimo a todos ellos, así como al tratamiento y seguimiento de aquéllos que han decidido dejar de fumar.

EPIDEMIOLOGÍA

En España, un 26,2% de la población de 16 y más años afirma que fuma diariamente, el 3,7% es fumador ocasional; el 20,4% se considera exfumador y un 49,7% asegura no haber fumado nunca^{14, 15}.

Dentro de la población fumadora, existe un porcentaje más elevado en hombres (31,2%) que en mujeres (21,3%), aunque este porcentaje varía según la edad, e incluso se invierte en el rango de los 16 a los 24 años, en el que hay más mujeres fumadoras habituales (28,9%) que varones (25%), según la Encuesta Nacional de Salud de España 2010, con datos de 2007¹⁵, por lo que en un futuro, el porcentaje de fumadoras tiende a incrementarse e incluso a superar al de varones fumadores¹².

En cuanto a los fumadores pasivos, según datos de 2009¹², el 11,4% declaraban exposición al humo de tabaco en su puesto de trabajo, el 24,5% en su casa y el 40% en medios de transporte y lugares públicos cerrados.

En España, en general, la edad de inicio del hábito tabáquico es alrededor de los 14 años^{1,3}.

En Andalucía en particular, con datos de 2009¹⁶, el porcentaje de fumadores diarios de ambos sexos es de 35,2%, en la población de 12 a 64 años, tres puntos por encima de la prevalencia observada en 2007 (32,4%). En distribución por sexos: 38,8% son hombres y 31,4% mujeres, salvo en la adolescencia (14-15 años), en la que el consumo está prácticamente igualado. El porcentaje de fumadoras ocasionales, sin embargo, es algo mayor en las mujeres (5,3%) que en los hombres (4,8%). Por grupos de edad, y con respecto a 2007, se observa que en 2009 la prevalencia disminuye en los dos grupos más jóvenes (de 12 a 13 y de 14 a 15 años), y en el de mayor edad (45-64 años). La mayor prevalencia de fumadores diarios se produce en el grupo de 21 a 24 años (52,7%). El consumo generalmente se suele iniciar alrededor de los 15 años.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIBLE AL TABACO. IMPORTANCIA

Hasta ahora, el uso del tabaco se ha encontrado asociado a más de 25 enfermedades diferentes (respiratorias, cardiovasculares, neoplasias...)³.

En los países industrializados, en la actualidad, es la principal causa aislada de mortalidad, morbilidad y discapacidad prematura y evitable^{5-12,17}.

Más de 10.000 personas mueren anualmente en Andalucía como consecuencia del consumo de tabaco^{3,18}.

En España, la cifra asciende a 55.000 muertes al año, lo que representa el 16% de todos los fallecimientos en mayores de 35 años. Una de cada 6 muertes (una de cada 4 muertes en varones y una de cada 40 muertes en mujeres) son atribuibles al consumo de tabaco¹⁹.

Las cuatro causas más frecuentes de muerte atribuibles al tabaco son: cáncer de pulmón (26.5%), EPOC (20.9%), cardiopatía isquémica (12.8%) y enfermedad cerebrovascular (9.2%).

El tabaco es el causante del 91% de todas las muertes por cáncer de pulmón, y del 85.4% de las muertes por EPOC en varones. En mujeres esas cifras son del 37.5% y del 25.6% respectivamente^{20, 21}.

La cuarta parte de las muertes atribuibles al tabaco son muertes prematuras ocurridas antes de los 65 años, tanto en varones como en mujeres; constituyen más del 30% de las muertes de causa coronaria y más del 40% de las muertes de causa cerebrovascular²².

En la mujer embarazada, el tabaco aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, de aborto espontáneo, embarazo ectópico, placenta previa y los síndromes de distrés respiratorio y muerte súbita infantil^{21, 23,24}.

En cuanto a los fumadores pasivos, es un hecho constatado que la corriente secundaria del humo del tabaco, que es la que inhalan los no fumadores que están sometidos a un ambiente contaminado por humo de tabaco, contiene carcinógenos específicos^{1,3,6,25}, además de ser irritante de las vías respiratorias. El riesgo de padecer cáncer de pulmón en las personas que conviven con fumadores es del 20 al 50% más elevado que las que están en un ambiente libre de humo^{21,25,26}. De igual manera hay suficiente bibliografía que demuestra un aumento de riesgo en estas personas para otras patologías, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica²⁷.

La población infantil es más susceptible a los efectos nocivos del ambiente contaminado por tabaco (presentan mayor frecuencia y gravedad de

enfermedades de vías respiratorias altas, asma...) y pueden aprender pautas de conducta no saludables.

Sabiendo todo esto, ¿por qué se sigue fumando? Quizás sea porque la población no percibe la cantidad de muertes que se generan por tabaquismo de forma global; también porque los efectos nocivos del tabaco no son inmediatos y suele haber un retraso de años entre el inicio del hábito y sus consecuencias. Es difícil concienciar a la población dado el lapso de tiempo que transcurre entre el pico de prevalencia y el de morbi-mortalidad¹⁶. Además, la publicidad y la promoción del tabaco aumentan la probabilidad de que los adolescentes comiencen a fumar (**recomendación B**)²⁸.

Se sabe que dejar de fumar disminuye el riesgo de cáncer de pulmón y de otros tipos de cáncer, de infarto de miocardio, accidente vascular cerebral y limitación crónica al flujo aéreo (**recomendación A**)^{6,29}.

Las actividades preventivas por sí solas permitirían una disminución de la mortalidad a largo plazo. En cambio, trabajando directamente sobre la reducción de fumadores, se produce un alto impacto a corto plazo⁸.

Desde los ámbitos sanitarios, se ha intentado sensibilizar a la población general sobre los efectos del humo del tabaco, inhalado tanto de forma activa como pasiva¹⁸, y las habilidades de ayuda a la deshabituación tabáquica se han ido introduciendo en la práctica clínica de los profesionales en las distintas comunidades autónomas.

La clase política ha tomado conciencia de este problema de salud desde hace tiempo, no sólo por los costes humanos, sino también por los costes sociales y económicos que genera. Así, sólo en Andalucía, el tabaquismo ocasionó al Servicio Andaluz de Salud en 1999, 135 millones de euros en gastos de hospitalización³, y fueron unos 3.920 millones de euros al año el gasto estimado en toda España por causas relacionadas con el tabaco.

El 1 de enero de 2006 se puso en marcha en España la ley que regulaba la venta, distribución y publicidad de tabaco y la prohibición de fumar en el lugar de trabajo y en lugares públicos, a excepción de algunos locales de hostelería, que según sus características, podían seguir o no permitiendo fumar, o acondicionar el local para zonas de fumadores o no fumadores (Ley 28/2005, de 26 de diciembre).

Según el grupo de trabajo de tabaquismo de la SEPAR¹⁸, esta ley ha tenido un impacto muy limitado sobre la reducción global de la contaminación ambiental por humo de tabaco, sobre todo en la hostelería.

Recientemente, se ha aprobado en España la Ley 42/2010 del 30 de diciembre³⁰, por la que se modifica la ley anterior, y entre otras cosas, se prohíbe el consumo de tabaco en cualquier lugar de uso colectivo, con independencia de su titularidad pública o privada. En los lugares dedicados a la hostelería sólo se permite fumar en los espacios al aire libre, siempre que esté rodeado por un máximo de dos paredes, y no se sitúe cerca de una zona infantil de juegos, y se prohíbe en las cercanías de los centros sanitarios.

Con esta ley, las autoridades esperan que en el futuro las tasas de enfermedad por causas atribuibles al tabaco, tanto en fumadores activos como en pasivos, bajen de forma significativa; habrá que esperar a los estudios venideros para confirmarlo.

En la misma ley se contempla que “Las Administraciones públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la atención primaria”. Este ámbito, la Atención Primaria, cumple los criterios de cercanía y accesibilidad, equidad, y facilidad de seguimiento. Además, según la misma ley (BOE de 31 de diciembre de 2010)³⁰: “El acceso a tratamientos de deshabituación tabáquica, cuya eficacia y coste-efectividad haya sido avalada por la evidencia científica, se potenciará y promoverá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, valorando, en su caso, su incorporación a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.”

Hay aún mucho trabajo por hacer en este campo, y en lo que a los médicos de familia se refiere, sabemos que el consejo médico reiterado que incida en los aspectos positivos de dejar de fumar es una de las actividades preventivas con mejor relación coste-efectividad que se conocen (**recomendación A**)¹⁻⁶ y es inexcusable en la consulta de Atención Primaria. Además, disponemos en la actualidad de herramientas suficientes y efectivas para ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar y no tenemos excusa alguna ni para dejar de utilizarlas ni para retrasar su uso².

TABLA 1

Beneficios al dejar de fumar

A las 12 horas: casi toda la nicotina ha sido metabolizada.
A las 24 horas: los niveles en sangre de monóxido de carbono (CO), han disminuido drásticamente.
A los 5 días: casi toda la nicotina se ha eliminado. Comienzan a mejorar el gusto y el olfato.
A las 6 semanas: el riesgo de infección en heridas quirúrgicas ha disminuido de manera importante.
A los 3 meses: los cilios comienza a recuperarse, y la función pulmonar mejora.
A los 12 meses: el riesgo de enfermedad coronaria se reduce a la mitad.
A los 10 años: el riesgo de cáncer de pulmón se reduce a menos de la mitad y continúa disminuyendo.
A los 15 años: el riesgo de enfermedad coronaria es la misma que la de los no fumadores

Modificado de 31

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrueco M.; Hernández MA.; Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Ed. Ergon, 2006, 3ª edición
2. Schwart Calero P.; Grávalos Guzmán J. Deshabitación tabáquica. En: Diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias en Atención Primaria. Ed. Luzán 5. 2001: 251-265.
3. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sistema sanitario público de Andalucía. Consejería de salud de la Junta de Andalucía. Sevilla, 2005.
4. Guía Nacional de la adicción al tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la nación. Argentina, 2005.
5. Robert West; Ann McNeil; Martín Raw. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.
6. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A U.S. Public Health Service report. JAMA 2000; 283:24.
7. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Observatorio para la prevención del tabaquismo. Comité nacional para la prevención del tabaquismo (CNPT). 2008.

8. Van Schayck, O et al. IPCRG consensus statement: Tackling the smoking epidemic Practical guidance for primary care. *Prim care resp J*, september 2008; vol 17, Issue 3: 185-193.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Perspectives in disease prevention and health promotion. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost . United States, 1984. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46(20): 444-51.
10. Peto R. Y cols. Mortality for smoking in developed countries. Oxford: Oxford University Press.
11. WHO 2010: Global progress report on implementation of the WHO framework convention on tobacco control. En: www.who.int/topics/tobacco
12. Marina Erthola and Heidi Alenius. EBM Guidelines 18.12.2006 Smoking Cessation. ID:ebm00897. Disponible en: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat_tmp.Naytaartikkeli?p_artikkeli=ebm00897
13. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research. Centers for Disease Control and Prevention. – *Smoking cessation: clinical practice guideline number 18*. -Rockville, MD: AHCPR, April 1996. – 125 p. - AHCPR Pub. N°96-0692. -ISBN 0-16- 048610-6
14. Encuesta Europea de Salud en España, datos de 2009. Instituto nacional de estadística. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Noviembre de 2010. En: www.ine.es/prensa/prensa.htm.
15. Consumo de tabaco. Distribución porcentual . Datos relevantes de la salud de los españoles. Anexo D. Sistema nacional de salud. España, 2010. En: www.msps.es
16. La población andaluza ante las drogas, 2009: el tabaco. Estudios de prevalencia de consumo. Fundación pública para la atención de las drogodependencias e incorporación social. Consejería para la igualdad y bienestar social de la junta de Andalucía. En: www.juntadeandalucia/igualdadybienestarsocial.
17. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E and Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000; 321; 323-329.
18. Situación actual del tabaquismo en España. Prevención del tabaquismo. SEPAR, mayo 2010; Vol. 12, suplemento 1.
19. Banegas JR, Díez Gañan L. González Enríquez J. Villar Álvarez F. Rodríguez Artalejo F.; La Mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)* 2005 May 28; 124 (20): 769-71.

20. Banegas Jr. Diez Gañan L. Rodríguez Artalejo F. González Enríquez J. Garciani Pérez-Regadera A. Villar Alvarez F.; Mortalidad Atribuible al tabaquismo en España en 1998 Med. Clin. (Barc). 2001 Dic 1; 117(18): 692-4.
21. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Comité nacional para la prevención del tabaquismo (CNPT). Ministerio de sanidad y consumo, 2007.
22. Jiménez Ruiz CA, Fageström KA. Tratado de Tabaquismo. ISBN: 84-7885-356-1. Ed. Aula Médica 2004.
23. Genbacev O, Blass KE, Joslin SJ, Fisher SJ. Maternal Smoking inhibits early human cytotrophoblast differentiation. *Reprod toxically* 1995, 9; 245-55.
24. Toothily DP, Stewart JH, Coles EC, Andrews J, Cartlidge PH. Maternal cigarette smoking and pregnancy outcome. *Paediatric Perinat Epidemiol* 1999; 13(3):245-53.
25. Allwright S, et als Tobacco advisory group. A Report of Passive Smoking by the tobacco advisory group of the royal College of Physicians, July 2005. Disponible en: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/tag/index.asp>
26. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ: The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; 315: 980-8.
27. Whincup PH, Gilg JA, Emberson JR, Jarvis MJ, Feyerabend C, Bryant A et al. Passive Smoking and coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *BMJ* 2004; 329: 200-205.
28. Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A; Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. The Cochrane database of Systemic Review. The Cochrane Collaboration.
29. Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Guash Aguilar A. Proyección del impacto sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 644-9.
30. Boletín Oficial del Estado (BOE), N° 318. Viernes, 31 de diciembre de 2010. SecI pág 109188. En:<http://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>.
31. Royal Australian College of General Practitioners, The Cancer Council Australia, National Heart Foundation, Australian Divisions of General Practice, New Zealand Guidelines for Smoking Cessation Advisory Group, University of Sydney Family Medicine Research Centre. Smoking Cessation Guidelines for australian general practice. Handbook Practice 2004.

INTERVENCIÓN SOBRE EL FUMADOR INTERVENCIÓN BREVE INICIAL

- Se habla de intervención sobre el tabaquismo al conjunto de estrategias efectivas para el abandono del hábito tabáquico, que pueden ser utilizadas por cualquier profesional de la salud y que no requieren mucho tiempo en consulta.
- Estas estrategias se resumen en la regla nemotécnica de las “5 A”: Averiguar, Aconsejar, Apremiar, Ayudar y Acordar.
- El consejo breve para dejar de fumar consigue que un 2.7% de los fumadores abandonen el hábito al menos durante 6 meses.
- El consejo breve para dejar de fumar debe ser: oportunista, personalizado, claro, breve (**recomendación A**), firme y serio.
- Es importante registrar en la historia clínica el uso de tabaco y valorar el grado de dependencia a la nicotina que los pacientes tienen.
- El consejo breve para dejar de fumar es recomendado en todos los pacientes que consumen tabaco (**recomendación A**).
- El consejo puede ser suministrado en múltiples formatos (consejo telefónico, consejo individual o en grupo) y por distintos profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, dentistas, psicólogos...).
- El recibir el consejo breve para dejar de fumar por distintos facultativos aumenta el número de abandonos (**recomendación A**).
- Mensajes repetidos durante largos periodos de tiempo se asocian con mayores logros para conseguir la abstinencia tabáquica (**recomendación A**).
- En este consejo se debe hacer hincapié en los beneficios que conlleva dejar de fumar. Debe ir acompañado de documentación de apoyo.
- El personal sanitario que facilita este consejo debe comprometerse al seguimiento del paciente si decidiera dejar de fumar.

INTERVENCION BREVE INICIAL

Ana Morán Rodríguez; Juan Guerrero Ruiz; Auxiliadora Mesas Rodríguez

La intervención sobre el fumador se sistematiza en un conjunto de estrategias efectivas para el abandono del hábito tabáquico, que pueden ser utilizadas por cualquier profesional de la salud, y que no requieren mucho tiempo en consulta¹. Estas estrategias están basadas en la mejor evidencia disponible²

Estas estrategias se resumen en la regla nemotécnica de las “5 A”²:

- **Averiguar:** conocer su estado de fumador o exposición al humo del tabaco y registrarlo, para actualizarlo en las siguientes consultas.
- **Aconsejar:** a todos los fumadores se les debe aconsejar el abandono, a menos que existan circunstancias excepcionales⁷.
- **Apreciar:** determinar su dependencia, su nivel de motivación y la etapa de cambio en la que se encuentra.
- **Ayudar:** elaborar un programa de tratamiento en el caso de que el paciente tenga disposición al abandono.
- **Acordar:** un plan de seguimiento adecuado.

(Adaptado de 3)

La intervención avanzada incluye las dos últimas estrategias (ayudar y acordar) y su desarrollo va a depender de la etapa motivacional en la que se encuentra la persona: si se ha planteado dejar de fumar en los próximos 30 días, en los próximos 6 meses o si ni siquiera se lo plantea.

INTERVENCION BREVE INICIAL

Los pasos que incluyen la intervención breve, como ya hemos comentado, son:

Averiguar. Es el primer paso. A todos los pacientes se les debe preguntar sobre su relación con el tabaco, registrarlo y categorizarlo en al menos tres posibilidades: Fumador, Ex-fumador o No fumador. Es importante preguntar también por el tabaquismo pasivo, sobre todo en adolescentes⁴.

Se debe institucionalizar un sistema de registro para la detección de fumadores, ya que esto incrementa la frecuencia de intervención en tabaquismo y se relaciona con mayores tasas de abstinencia (**recomendación A**)^{5,6}.

Aconsejar. El consejo médico es un consejo dado por personal sanitario destinado a la prevención y tratamiento del tabaquismo. Con este consejo se pretende ayudar a los fumadores a que dejen de serlo. Es decir, una vez se identifica al paciente fumador, debe aconsejarse el abandono del tabaco, y el profesional debe formarse un juicio sobre la voluntad del paciente de dejar de fumar (**recomendación C**)⁷

El consejo médico ha demostrado ser eficaz en la promoción para la deshabituación al tabaco, consiguiéndose una tasa de 2,5% de abstinencia al año⁸.

Si calculamos el NNT= $100/2.5\%= 40$

Es decir, cada 40 fumadores sobre los que demos consejo, uno dejaría de fumar, y continuaría abstinentes al año.

El consejo para el abandono del tabaco debe cumplir una serie de características.

Éste debe ser:

- Oportunista y personalizado: debe aprovechar la vulnerabilidad de los distintos periodos por los que pasa cada sujeto para aumentar la eficacia de dicha intervención⁷.
- Claro y breve: no debe durar más de 2-3 minutos (**recomendación A**).
- Empático y sin confrontación⁶.

- Firme y serio: haciendo hincapié en los beneficios.
- Debe ir acompañado de documentación de apoyo.
- Debe existir por parte del que da el consejo un compromiso de seguimiento del paciente si decidiera dejar de fumar.

Como ejemplo de frase a utilizar podría ser:

“Como su médico, le aconsejo que debe dejar de fumar”,

“¿Se ha planteado dejar de fumar?”.

Hay evidencia que demuestra que el consejo repetido, sobre todo en aquellas personas que no desean dejar de fumar, puede dañar la relación médico-paciente. Para evitar esto hay autores que aconsejan solicitar permiso y negociar el discutir este aspecto en próximas visitas⁶. La guía NICE recomienda en estas personas repetir el consejo al año⁷.

En personas que aceptan el consejo, mensajes repetidos durante largos periodos de tiempo se asocian con mayores logros para conseguir la abstinencia³.

El consejo puede ser suministrado en múltiples formatos: consejo telefónico, consejo individual o en grupo y puede ser suministrado por distintos profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, dentistas, higienistas dentales, psicólogos, farmacéuticos y educadores de salud), y en diferentes ámbitos, tanto en consultas a demanda como en urgencias. El recibir el consejo breve antitabaco por distintos facultativos aumenta el número de abandonos (**recomendación A**)^{1,4}.

También habría que valorar, informar y aconsejar sobre los efectos nocivos del tabaquismo pasivo, a aquellas personas susceptibles de padecerlo, sobre todo en niños.

Los mensajes para dejar de fumar deben ser incluidos en los consejos para promocionar la salud en niños, adolescentes y adultos jóvenes para reducir el riesgo de fumar⁹.

En este consejo es importante hacer hincapié en los beneficios que conlleva dejar de fumar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la nación. Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/html/site_tabaco/info-prof.asp.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md, 2008 update. Disponible en www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
3. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla Gracia M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 3ª Edición. Agosto 2006. ISSN: 84-8473-500-1.
4. VA/DoD Clinical Practice Guideline For The Management of Tobacco Use. Department of Veterans Affairs. Department of Defense . Updated 2.0a June 2004.
5. Healthcare Guideline “Tobacco Use Prevention and Cessation for Adults”. Tenth Edition/June 2004. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Disponible en: www.icsi.org.
6. Royal Australian College of General Practitioners, The Cancer Council Australia, National Heart Foundation, Australian Divisions of General Practice, New Zealand Guidelines for Smoking Cessation Advisory Group, University of Sydney Family Medicine Research Centre. Smoking Cessation Guideline for Australian general practice. Handbook Practice 2004. Disponible en: www.quitnow.info.au.
7. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, National Health Service) public health intervention guidance – Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Revisado enero 2011, disponible en www.nice.org.uk/nicemedia/live/11375/31864/31864.pdf
8. Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Sowden A, Arblaster L, Stead L. Intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

DIAGNÓSTICO

- En la historia clínica, para el diagnóstico de tabaquismo, se debe valorar, como mínimo:
 - **El consumo acumulado de tabaco:** se engloba en el índice paquetes/año y se calcula a través de la cantidad de tabaco consumido (número de cigarrillos al día) y tiempo transcurrido como fumador.
 - **Disponibilidad del fumador para el abandono del tabaco.** Se establecen las distintas fases por las que pasa un fumador: precontemplativa, contemplativa, de acción, de mantenimiento, de recaída o exfumador.
 - **El grado de dependencia física a la nicotina,** mediante el test de Fagerström, en su versión completa o abreviada.
- Las intervenciones y los objetivos deberán ser diferentes, según la etapa de cambio en la que se encuentra el fumador (**recomendación B**) así como la mayor o menor dependencia que presente a la nicotina.
- Otros datos importantes: La presencia o ausencia de patología relacionada con el tabaquismo, los intentos previos de abandono de hábito tabáquico y el número y motivo de las recaídas, son importantes para plantear la estrategia frente al fumador.
- Ejemplo de protocolo de orientación diagnóstica, y que no llevaría más de unos pocos minutos en la consulta, con un mínimo de entrenamiento :

- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- ¿Cuántos años lleva fumando?
- ¿Ha realizado algún intento previo? Por qué motivos tuvo la recaída.
- ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta, hasta que consume el primer cigarrillo?
- ¿Cuál es el cigarrillo que más necesita?
- ¿Tiene interés en realizar un serio intento de abandono?
- ¿Estaría dispuesto a realizar un serio intento en el próximo mes?
- Si no ¿Y en los próximos seis meses?

Modificado de 1

DIAGNÓSTICO

Alejo Gallego Montiel; Cristóbal Trillo Fernández; Fernando Vivar Figuerola

En el diagnóstico del tabaquismo es importante valorar una serie de parámetros que consideramos la base para el diagnóstico y, en consecuencia, para el tratamiento más adecuado.

En la historia clínica debemos valorar, como mínimo, lo siguiente:

- El consumo acumulado de tabaco.
- Disponibilidad del fumador para el abandono del tabaco.
- El grado de dependencia física a la nicotina.

Teniendo en cuenta estos aspectos en cada fumador, optaremos por una determinada actitud terapéutica.

CONSUMO ACUMULADO DE TABACO

El nivel de exposición al tabaco tiene efecto acumulativo, por lo que resulta importante no sólo conocer el consumo puntual en el momento del diagnóstico, sino el global de la vida como fumador. El consumo acumulado de tabaco se refleja mediante el índice paquetes-año y se calcula teniendo en cuenta la cantidad de tabaco consumido (número de cigarrillos al día) y tiempo transcurrido como fumador mediante la siguiente fórmula¹:

Nº de cigarrillos al día x nº de años de fumador / 20

Un paquete/año equivale a fumar 1 paquete (20 cigarrillos) al día durante 1 año. También equivale a fumar 10 cigarrillos al día durante 2 años o 40 cigarrillos al día durante medio año.

A la hora de calcular el consumo acumulado de tabaco, debemos distinguir los periodos de abstinencia y aquellos en los que el consumo de tabaco es distinto. Porejemplo, un fumador que inició su consumo con medio paquete al día durante

los primeros 4 años, y luego incrementó el consumo a 1 paquete al día durante 15 años más, se calculará: $(10 \times 4/20) + (20 \times 15/20) = 2 + 15 = 17$ paquetes/año.

El índice paquetes/ año nos puede ayudar para establecer el grado de tabaquismo, ya que puede tener relación con la morbilidad asociada. Así por ejemplo, en el caso de la EPOC, se ha comprobado que el riesgo de padecerla es proporcional al consumo acumulado de tabaco². Por ello, en el Proceso Asistencial Integrado EPOC de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se aconseja realizar una espirometría a todo fumador con un consumo acumulado mayor de 20 paquete-año³. La Estrategia en EPOC del SNS recomienda la búsqueda activa de esta enfermedad en pacientes de más de 40 años con consumo acumulado de tabaco mayor de 10 paquete/ año con síntomas sugestivos de EPOC⁴.

DISPONIBILIDAD DEL FUMADOR PARA EL ABANDONO DEL TABACO

La escala de Prochaska y Diclemente establece las distintas fases por las que pasa un fumador: precontemplativa, contemplativa, preparación, acción, mantenimiento y recaída⁵.

El abandono del tabaco se explica como un proceso en el que se pasa por una serie de etapas hasta sentirse preparado para dejar de fumar. Este modelo establece las distintas fases por las que pasan la mayor parte de los fumadores desde que inician el consumo del tabaco hasta que lo abandonan. Los fumadores se encuentran en una u otra fase dependiendo de su mayor o menor motivación para dejar de fumar y de su mayor o menor inclinación a realizar un serio intento de abandono.

Según este modelo, se establecen varias fases:

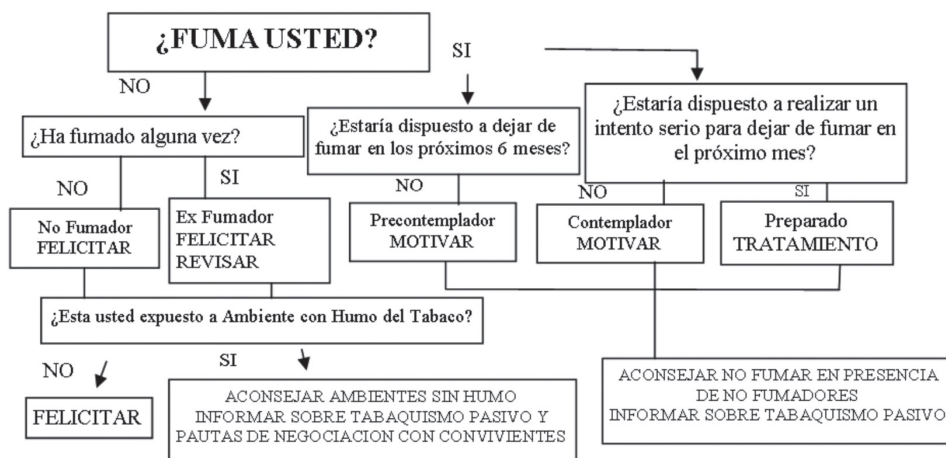
- 1. Precontemplativa:** no considera de ninguna manera el abandono y no se encuentra preparado para el mismo.
- 2. Contemplativa:** la persona considera seriamente dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- 3. Preparación:** se plantea dejarlo en los próximos 30 días.
- 4. Acción:** fumadores que lo han dejado, durante los primeros 6 meses.

5. **Mantenimiento:** fumadores que lo han dejado durante más de 6 meses (hasta el año).
6. **Recaída:** han realizado un intento y han vuelto a fumar. Desde esta etapa se puede pasar a cualquiera de las etapas anteriores. La recaída es una parte normal del proceso de dejar de fumar, la mayoría de fumadores tienen entre 3 y 4 recaídas antes de conseguirlo.
7. **Exfumador:** a partir del año de abstinencia.

A partir del año se puede clasificar como **exfumador en fase de consolidación** hasta los 5 años en que se considerará en **fase de finalización** como exfumador⁶.

Las intervenciones y los objetivos deberán ser diferentes según la etapa en la que se encuentra el paciente. Es decir, según la fase se determinará nuestra actuación en ese momento. **Se puede hablar de éxito en la intervención no sólo cuando se consigue el abandono total del hábito tabáquico sino cuando el fumador consigue pasar de una a otra etapa.** La valoración de la etapa de cambio en la que se encuentra es un dato importante para planificar el tratamiento (**recomendación B**). Sin embargo, no hay evidencias que establezcan que seguir este modelo de etapas de cambio sea más efectivo que otros enfoques⁷.

El siguiente algoritmo, extraído de la guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo de la semFYC, puede utilizarse para determinar la fase de abandono o etapa de cambio⁸:



GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA A LA NICOTINA

Se valora utilizando el test de Fageström⁹ (Tabla I). Este test consta de seis preguntas y es muy útil para planificar la estrategia de tratamiento y su intensidad, ya que ha demostrado que los fumadores con mayor puntuación en el test, es decir, los que mayor dependencia tienen, necesitarán con mayor frecuencia tratamiento farmacológico para dejar de fumar^{8,10}.

Tabla I. Test de Fageström

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo tarda después de despertarse en fumar el primer cigarrillo?	≤ 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	> 60	0
¿Le resulta difícil fumar en los lugares en los que está prohibido? (Iglesia, cine, biblioteca...)	Sí	1
	No	0
¿Cuál es el cigarrillo que más le molestaría no poder fumar, o el más deseado?	El primero del día	1
	Todos los demás	0
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	≤ 10	0
	11-20	1
	21-30	2
	> 30	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma cuando está enfermo y tiene que quedarse en cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

0 -3: Dependencia baja; 4-6: Dependencia moderada; 7 ó más: Dependencia grave.

Se puede utilizar la versión abreviada del test de Fagerström, más útil para la consulta, y que consta de dos preguntas:

1. Número de cigarrillos que consume al día.
2. Tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume el primer cigarrillo.

Se suma la puntuación de las dos preguntas y el resultado se valora así: de 5 a 6 dependencia alta, de 3 a 4 dependencia moderada y de 0 a 2 dependencia baja^{8,10}.

Otros datos diagnósticos de interés

- Presencia o ausencia de patología relacionada con el tabaquismo.
- Intentos previos de abandono de hábito tabáquico y motivo de las recaídas.

Criterios de derivación

A continuación se exponen los criterios de derivación a las Unidades de Apoyo recomendados en el Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía¹¹:

- Personas fumadoras que han fracasado tras serios intentos de abandono, con ayuda de un profesional.
- Personas fumadoras con cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
- Personas fumadoras con arritmias no controladas.
- Personas con patología crónica (nefropatía, hepatopatía...) no controlada.
- Embarazadas o en periodo de lactancia.
- Personas con enfermedad psiquiátrica no estabilizada.

OTROS ASPECTOS A VALORAR EN EL FUMADOR

Podrían resultarnos útiles, aunque no son imprescindibles:

1. Motivación para el abandono

El test validado más sencillo en Atención Primaria es el test de Richmond¹² (Tabla II). Este test consta de cuatro preguntas muy sencillas con las que se valora la disponibilidad del fumador para dejar de fumar. Tiene una buena correlación con las categorías del modelo de Prochaska y Diclemente, de tal forma que puntuaciones en el test de Richmond muy bajas corresponden a la fase precontemplativa y puntuaciones altas a la fase de preparación.

Tabla II. Test de Richmond.

¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No: 0 Sí: 1
¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	Desde “en absoluto” (0), hasta “muy seriamente” (3)
¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	Desde “definitivamente no” (0), hasta “definitivamente sí” (3)
¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador?	Desde “ninguna” (0), hasta “todas” (3)

0-6: Motivación baja; 7-9: Motivación moderada; 10: Motivación alta

2. Dependencia psicosocial y conductual

La valoración de estos aspectos puede ayudar a seleccionar el tratamiento farmacológico y psicológico más adecuado para optimizar los resultados. Para valorar la dependencia psicoconductual utilizaremos el test de Glover Nilsson (Glover Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire-GN-SBQ-)¹³, que mide la dependencia psicológica, social y gestual (conductas aprendidas). Desde 2005 se utiliza la forma abreviada, que consta de 11 preguntas que se puntúan de 0 a 4 (tabla III)¹⁴.

Respecto a la puntuación total, permite clasificar las dependencias como de grado leve cuando se obtienen menos de 12 puntos, dependencia moderada si es de 12 a 22, severa de 23 a 33 y dependencia muy severa cuando es de 34

a 44 puntos. Una elevada dependencia psicológica puede condicionar peores resultados.

Tabla III. Test de Glover Nilsson.

Cuánto valora lo siguiente?					
Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el número que mejor refleje su elección:					
0 = nada en absoluto, 1 = algo, 2 = moderadamente, 3 = mucho, 4 = muchísimo					
1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí.	0	1	2	3	4
2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual de fumar.	0	1	2	3	4
¿Cuánto valora lo siguiente?					
Por favor, seleccione con un círculo la puntuación que mejor refleje su elección:					
0 = nunca, 1 = raramente, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = siempre					
3. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
4. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
5. ¿Cuándo no tiene tabaco le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
6. ¿Cuándo se encuentra en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
7. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, habitación, coche, bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?	0	1	2	3	4
10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
11. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, etc. ¿Se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4

3. Cooximetría

Consiste en la medición de los niveles de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado. Esta prueba se considera muy aconsejable pero no es imprescindible para llevar un programa de deshabituación tabáquica.

El cooxímetro es un pequeño aparato que mide los niveles de CO en el aire espirado del paciente, y sus cifras están en relación directa con el número de cigarrillos fumados.

Para la medición, el paciente hace una inspiración profunda, retiene el aire unos 15 segundos y hace una espiración lenta y prolongada a través de la boquilla del cooxímetro. Se esperan unos segundos hasta que el aparato muestre las cifras de CO, en partes por millón (ppm):

- De 10 a más ppm de CO: sujetos fumadores.
- De 6 a 10 ppm: fumadores esporádicos.
- De 5 a menos ppm: no fumadores.

Existen casos poco frecuentes en que sujetos no fumadores o que fuman poco, presentan cifras altas de CO, que podría ser debido a contaminación ambiental, profundidad de las “caladas”, etc¹⁵.

La medición de la concentración de CO es un marcador objetivo que se utiliza, sobre todo, como refuerzo positivo y como elemento motivador. También nos puede ayudar para averiguar el grado de tabaquismo¹⁶:

Paquetes/año	CO aire espirado	Grado de tabaquismo
" < 5	< 15 ppm	Leve
6-15	16- 24 ppm	Moderado
>16	>25 ppm	Intenso

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandalb M, Díaz-Maroto Muñoz JL et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. Arch Bronconeumol 2003; 39(1): 35-41.
2. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Taulería E, Sánchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: Impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. Thorax. 2009;64:863-8.
3. Antonio León Jiménez (coordinador) et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Proceso Asistencial Integrado. 2ª Edición. Sevilla. 2007 Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>.
5. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992 Sep;47(9):1102-14.
6. Morales Asencio JM (coordinador) et al. Atención a las Personas Fumadoras: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008. Disponible en: <http://areanorte.com/ver2/webtabaquismo/procesoasistencialtabaquismo.pdf>.
7. Royal Australian College of General Practitioners, The Cancer Council Australia, National Heart Foundation, Australian Divisions of General Practice, New Zealand Guidelines for Smoking Cessation Advisory Group, University of Sydney Family Medicine Research Centre. Smoking Cessation Guideline for Australian General Practice. Handbook Practice 2004. Disponible en: www.quitnow.info.au.
8. Mataix J, Cabezas C, Lozano J, Camarellas F, Ortega G. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. Barcelona: semFYC; 2009.
9. Lorza Blasco JJ. Diagnóstico de la dependencia por la nicotina. En: Carlos A. Jiménez Ruiz, Karl Olov Fageström. Tratado de Tabaquismo. Madrid: Ediciones ERGON; 2ª Edición. 2007; 287-307.
10. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 4ª Edición. 2009.
11. MoralesAsencioJM(coordinador)etal.AtenciónalasPersonasFumadoras:proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008. Disponible en: <http://areanorte.com/ver2/webtabaquismo/procesoasistencialtabaquismo.pdf>.

12. Richmond RL, Kehoe L, Webster IW. Multivariata models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993; 88: 1127-35.
13. Nerín I, Crucelaegui A, Novella P, Belmonte A, Sobradie N, Bernal V, et al. Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover- Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol.* 2005;41:493-8.
14. Glover ED, Nilsson F, Westin A, Glover PN, Laflin MT, Persson B. Developmental history of the Glover- Nilsson smoking behavioral questionnaire. *Am J Health Behav.* 2005 Sep-Oct; 29(5):443-55.
15. Pérez Trulle A y cols. Marcadores biológicos y funcionales de susceptibilidad, exposición y lesión por el consumo de tabaco. En: Carlos Jiménez Ruiz, Karl Olov Fageström. *Tratado de Tabaquismo.* Madrid: Aula Médica Ediciones; 2004. 317-339.
16. Documento de Consenso de Neumosur sobre diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. *Rev Esp Patol Torac* 2009; 21 (4 supl 1): 7-48. Disponible en: <http://www.neumosur.net/files/NS2009.21-4.S01.A01.pdf>.

INTERVENCIÓN AVANZADA

- Ayudar y Acordar son los dos últimos pasos de la intervención para el tabaquismo.
- Con la persona que no quiere dejar de fumar, proporcionarle un folleto sobre los problemas del tabaco e insistir en que tiene la puerta abierta es mucho más efectivo que el intento de asustar, discutir o criticar sobre su actitud de seguir fumando (**recomendación A**).
- Es más efectivo centrarse en los beneficios que provocaría el abandono, que la confrontación y la argumentación sobre los perjuicios que el tabaquismo ocasiona en la salud.
- Todo paciente que desea dejar de fumar debe recibir una intervención efectiva para el abandono, y esta debe siempre incluir: intervención psicosocial (**recomendación A**), intervención farmacológica (**recomendación A**) y adecuado seguimiento (**recomendación A**).
- La diferencia entre intervención Mínima a Intervención Intensiva radica únicamente en el tiempo y el número de sesiones, y todas ellas pueden ser dadas por el Médico de Familia de Atención Primaria.
- La efectividad está directamente relacionada con el tiempo y el número de sesiones (**recomendación A**).
- Poner una fecha para dejar de fumar es un predictor de éxito.
- Asegurar un seguimiento es necesario para mantener la abstinencia (**recomendación B**).
- La recaída (fumar de manera diaria) es una situación bastante frecuente del 70 al 80% al año, es por tanto que en esta intervención se incorpore de manera adecuada el manejo de la recaída como parte normal del proceso de abandono del tabaco.

INTERVENCIÓN AVANZADA

Vidal Barchilón Cohen, Pablo Panero Hidalgo, Mercedes Espigares Jiménez

Con **intervención avanzada** nos referimos a los dos últimos pasos de la intervención breve en tabaquismo, **Ayudar y Acordar**, o sea establecer un plan de tratamiento y un seguimiento adecuado.

Y esta intervención va a depender del escenario en que nos encontremos, que van a ser fundamentalmente tres, según las etapas motivacionales. ⁽⁴⁾

- Persona que se plantea dejar de fumar (en menos de 30 días).
- Persona que no se plantea dejar de fumar próximamente, pero lo contempla en unos meses (próximos 6 meses).
- Persona que no se plantea dejar de fumar, y ni siquiera lo contempla.

Persona que no se plantea dejar de fumar y ni siquiera lo contempla

Con un fumador que no considera el abandono en los próximos seis meses (precontemplador), la mejor ayuda es evitar la confrontación con él. Respetar su decisión, pero aportando mensajes de que el abandono del tabaco es muy importante para su salud. Además ofreceremos nuestra ayuda para cuando el paciente considere la posibilidad de abandono.

Proporcionarle un folleto sobre los problemas del tabaco e insistir en que tiene la puerta abierta, es mucho más efectivo que la postura de asustar, discutir o criticar sobre su actitud de seguir fumando (**recomendación A**)⁴.

Persona que no se plantea dejar de fumar en este momento, pero lo contempla en los próximos 6 meses.

Aun cuando algunos pacientes no estén preparados para hacer un intento para dejar de fumar, una intervención breve, puede aumentar la motivación e incrementar las posibilidades de éxito de futuros intentos².

Aunque para algunos fumadores puede ser estimulante la información sobre el daño que provocan los cigarrillos, es más efectivo centrarse en los beneficios que provocaría el abandono, que la confrontación y la argumentación sobre los perjuicios que el tabaquismo ocasiona en la salud.⁽¹⁾ Además es también importante fomentar la autonomía del paciente, orientándole a que pueda elegir entre las diferentes opciones⁽²⁾.

Hay descritas una serie de intervenciones motivacionales, que pueden provocar la reflexión y el acercamiento a la decisión de un intento para dejar de fumar.

Se definen en los siguientes grupos:

1. **Razones personales para dejar de fumar:** ¿Cuáles pueden ser sus razones para dejar de fumar? El impacto siempre será mayor si se provee información de buenas razones y estas se orientan hacia los propios motivos e intereses personales del fumador.
2. **Riesgos del tabaquismo:** Resaltando aquellos riesgos que pueden ser más relevantes para el fumador y referenciándolos a problemas de salud del paciente o situación familiar o social (tabaquismo pasivo en niños de padres fumadores..., riesgo cardiovascular del paciente, enfermedades respiratorias previas...)
3. **Recompensas, Beneficios al dejar de fumar:** ¿Cuáles cree que pueden ser sus beneficios si deja de fumar? Se debe proveer información sobre los beneficios posibles, seleccionando fundamentalmente los más cercanos al paciente.
4. **Resistencias u obstáculos para dejar de fumar:** ¿qué es lo que le preocupa o impide dejar de fumar? Ayudar y orientar al paciente a que identifique alternativas a sus temores y miedos: fracasos, aumento de peso...
5. **Evaluar intentos anteriores:** cuánto tiempo, cómo lo consiguió, qué sintió qué gano, qué aprendió y analizar que razón o razones le hicieron recaer. Incidiendo más en el aspecto positivo del éxito de haber realizado ese intento y lo que duró, que en el negativo de la recaída

6. **Repetición frecuente de estas estrategias:** debe realizarse siempre que nos lo permita en siguientes citas, con una oferta abierta de las posibilidades terapéuticas actuales y nuestro interés por ayudarlo.
(Adaptado de 1 y 2)

Persona que se plantea dejar de fumar en los próximos 30 días

Todo paciente que desea dejar de fumar debe recibir una intervención efectiva para el abandono, y ésta debe siempre incluir:

- Intervención psicosocial (**recomendación A**).
- Intervención farmacológica (**recomendación A**).
- Adecuado seguimiento (**recomendación A**)⁶.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Se trata de una amplia variedad de intervenciones proveniente de diversos marcos psicológicos, fundamentalmente de teorías cognitivo-conductuales. Existen diferentes formas efectivas de ofrecer este apoyo, que se pueden proporcionar en forma individual (A) grupal (A) o telefónico proactivo (A), pero no hay evidencia de que haya diferencias en efectividad entre ellas, aunque se postula el ahorro de tiempo y costo en las grupales.^{1, 7,8}. Pueden ser más efectivas cuando se combina más de una (**recomendación A**)⁶.

La intervención psicosocial es eficaz para el abandono, y debe ser ofrecida al 100% de los pacientes (**recomendación A**)^{1, 2, 4, 6,7}.

La diferencia entre intervención Mínima a Intervención Intensiva radica únicamente en el tiempo y el número de sesiones. La Mínima se define como una sola sesión de al menos unos tres minutos, y la Intensiva como más de 4 sesiones de al menos 10 minutos. En todas se aporta material informativo, y todas ellas pueden ser dadas por el Médico de Familia de Atención Primaria entre otros. La efectividad está directamente relacionada con el tiempo y el número de sesiones (**recomendación A**).^{2,4,6,7}.

Puede incluir varias etapas, que han demostrado efectividad, y son:

- **Fecha de abandono:** Las posibilidad de éxito es 4 veces mayor cuando se deja de fumar en un día determinado y bruscamente, que cuando se baja de forma paulatina la cantidad.^{1, 8}. Poner una fecha para dejar de fumar es un predictor de éxito. Es importante que una vez que el fumador elija el día D (no deber ser más allá de 30 días), lo comunique a su entorno social y familiar, porque esto lo refuerza aun más.
- **Enseñar para el desarrollo de habilidades y resolución de problemas:** Conjunto de intervenciones que permiten al fumador desarrollar una serie de habilidades para modificar su patrón de consumo, evitando las situaciones vinculadas al impulso de fumar o las recaídas. El fumador aprende a resistir la compulsión, rompiendo la asociación de los **estímulos disparadores para fumar o gatillo**, y sustituirlas por otras acciones (estrategias sustitutivas) (**recomendación B**).²

Gran parte de esta intervención se realiza brindando al fumador **información**, sobre lo que significa y qué hacer con el síndrome de abstinencia, fundamentalmente en dos puntos: primero, que no dura mas allá de un mes de manera intensa y es más fuerte solo en los primeros 7 a 14 días; y segundo, que el deseo imperioso de fumar no dura más de 2 o 3 minutos, por lo que es importante conocer y tener preparada alguna estrategia sustitutiva, para controlar el síntoma.

Proporcionar apoyo social y psicológico como parte del tratamiento para:

- Reforzar motivaciones positivas del fumador para el cese.
- Reforzar los beneficios del abandono.
- Aumentar la auto-eficacia, es decir, fortalecer la confianza que tiene en sí mismo el paciente para lograr el objetivo.
- Evitar mitos y racionalizaciones sobre el consumo de tabaco, como las fantasías de control en cuanto pasan varios días de abstinencia, o justificaciones racionales para continuar o fumar un cigarrillo solo.
- Prevenir y manejar problemas residuales o secundarios al abandono, fundamentalmente el aumento de peso, ansiedad, etc... (**recomendación B**).²

Impulsar a buscar el apoyo social brindado por familiares y amigos:

Se trata de un conjunto de estrategias que ayudan al fumador a que consiga el apoyo y la complicidad de su entorno familiar, social y laboral.

Fundamentalmente se facilita que el fumador consiga colaboración y compromiso de familiares y amigos, para que apoyen estas estrategias, y además sirve para promover ambientes libres de humo y de elementos asociados al fumar, fundamentalmente en el hogar.

Aunque, en contra de lo dicho, la guía Americana, en su última actualización, comenta que la bibliografía reciente sobre el apoyo social fuera del tratamiento no muestra un efecto potente para ayudar a los fumadores a identificar y utilizar el apoyo fuera de la relación de tratamiento.²

Estrategias psicológicas efectivas para personas preparadas para dejar de fumar. Adaptada de Fiore y Cols. 2008, y de Guía Argentina 2005

Terapias Psicosociales	Estrategias	Ejemplos
Desarrollo de Habilidades y Resolución de Problemas	Identificar situaciones de riesgo de volver a fumar	Situaciones de estrés como sentimientos negativos. Estar con otros fumadores. Tomar alcohol o café. Sentirse angustiado o ansioso. Importante que sea el fumador el que identifique sus puntos gatillos.
	Desarrollar estrategias sustitutivas a encender un cigarrillo	Aprender estrategias que le permitan reducir los estados de ánimo negativos. Estrategias sustitutivas para la urgencia de fumar: cambiar de actividad, salir a pasear, lavarse los dientes o las manos, masticar chicles o caramelos(mejor sin azúcar) Estrategias cognitivo y conductuales para manejar el estrés: intentar hacer algo relajante, como bañarse, escuchar música, técnicas de relajación o de respiración...

GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA

<p>Desarrollo de Habilidades y Resolución de Problemas</p>	<p>Informar sobre el tabaquismo como enfermedad o adicción</p>	<p>Información sobre síndrome de abstinencia y duración Informar sobre la naturaleza adictiva de la nicotina. Informar que el craving o impulso para fumar no dura mas de 3 minutos, y la importancia de tener sistematizadas estrategias sustitutivas. Advertir que una sola calada le hace recaer muy probablemente</p>
<p>Apoyo del equipo de salud</p>	<p>Reforzar motivación para el cese</p>	<p>Informar sobre existencia de tratamiento farmacológicos efectivos. Que muchos fumadores lo han podido dejar Reforzar la confianza en si mismo para el logro de sus objetivos, y su capacidad para lograrlo.</p>
	<p>Manejo de Inquietudes y temores</p>	<p>Preguntarle como se siente por el hecho de dejar de fumar. Ofrecerle en todo momento ayuda desde nuestra consulta de forma directa. Tener empatía con las expresiones de dudas, temores o sentimientos ambivalentes sobre el abandono del tabaco.</p>
	<p>Ayudar a elaborar plan propio para dejar de fumar</p>	<p>Preguntar y trabajar sobre: Motivos o razones personales para dejar de fumar. Preocupaciones y dudas Logros conseguidas por el hasta la actualidad Que dificultades prevé en el proceso de abandono.</p>

Apoyo Social y familiar	Soporte social y familiar	Informar del día D a familiares y amigos. Estimular a que se genere ambiente libre de humo en la casa, y en el trabajo (a pesar de la ley), solicitando cooperación.
	Ayudar al desarrollo de habilidades para conseguir este soporte	Ayudar a que identifiquen personas que le pueden ayudar, Y orientarles a solicitar ayuda explícita, para evitar que fumen en su presencia o que le ofrezcan tabaco. Informarles sobre la existencia de líneas de ayuda telefónica (Salud responde, Teléfono del tabaco, Quitline del PITA...)
	Estimularlos como soporte a otros fumadores	Ser apoyo de otros fumadores para que hagan un intento. Orientarles a invitar a otras personas fumadoras de su entorno a que se inscriban en sesiones o tratamientos para dejar de fumar...

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

El síndrome de abstinencia es la principal causa de recaída, sus síntomas comienzan a aparecer en las primeras doce horas después de iniciar a abstinencia y perduran hasta cuatro semanas, aunque algunos síntomas pueden prolongarse hasta más allá de dos meses ¹⁰.

Consejos para ayudar en el síndrome de abstinencia:

Deseo de fumar intenso	Hacer respiraciones profundas, acompañadas si se conocen por otras técnicas de relajación. Beber abundantes líquidos (agua y/o zumos). Chicles sin azúcar. Asumir que su duración es como máximo de 3 a 5 minutos
Insomnio	Evitar bebidas excitantes como café y te. Realizar ejercicio. Apoyarse en técnicas de relajación sencillas
Cefalea	Utilizar técnicas de relajación. Darse duchas o baños de agua templada.
Estreñimiento	Beber abundantes líquidos. Aconsejar dieta rica en fibras.
Nerviosismo. Ansiedad	Evitar bebidas excitantes, sobre todo café u bebidas con cafeína. Realizar ejercicio o al menos caminar. Darse un baño.
Dificultad de concentración	Evitar bebidas alcohólicas. Aceptar como normal una disminución de la atención y no exigirse un alto rendimiento en estas fases iniciales.
Hambre	Beber abundantes líquidos (agua y/o zumos) Utilizar sobre todo frutas y verduras. Y tener precaución con azúcares refinados y alimento rico en calorías.
Astenia	Intentar aumentar las horas de sueño
Disforia	Conocer su posible aparición y buscar apoyo en su entorno en personas con experiencias similares.

Modificado de Berrueco y cols. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Editorial ERGON. Y de Guía de referencia rápida para ayudar a dejar de fumar. SemFYC

INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

Existe abundante evidencia sobre la eficacia y costo-efectividad de tratamientos farmacológicos, aplicados a todos los fumadores que desean dejar de fumar, salvo en aquellos casos en los que por razón de edad, o condición médica este contraindicado (**recomendación A**)^{1, 2, 3, 4, 6, 7}.

Se tratará específicamente en el capítulo de tratamiento farmacológico.

PLAN DE SEGUIMIENTO

La deshabituación al tabaco, requiere intervenciones repetidas por la gran vulnerabilidad de recaídas. Asegurar un seguimiento es por tanto necesario para mantener la abstinencia (**recomendación B**)^{1, 6}.

Se recomienda mantener un contacto al menos en las primeras dos semanas después del abandono (**recomendación B**)⁶.

Además se aconseja otra segunda al mes.

Los pacientes abstinentes deben revisarse al menos una vez cada tres meses (**recomendación C**)⁶.

Cuanto más intensivo sea este seguimiento mejores resultados se van a obtener, ya que como se ha apuntado, mayor tiempo de contacto predice mayor éxito en la intervención (**recomendación A**)⁶.

Durante el seguimiento, se debe:

- Aconsejar mantener abstinencia absoluta.
- Manejar problemas residuales (aumento de peso, síndrome de abstinencia).
- Adherencia y manejo del tratamiento recomendado.
- Reforzar motivación y los beneficios, sobre todo los que se van percibiendo.
- Y sobre todo FELICITAR y estimular a continuar.

A pesar de todo, la recaída (fumar de manera diaria) es una situación bastante frecuente, que llega a producirse en el 70 al 80% de los que lo intentan al año, es por tanto fundamental que en esta intervención se incorpore de

manera adecuada el manejo de la recaída como parte normal del proceso de abandono del tabaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la nación. Argentina disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/info-prof.asp
2. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK12193>.
3. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, National Health Service) public health intervention guidance – Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Issue Date: March 2006
4. Healthcare Guideline “Tobacco Use Prevention and Cessation for Adults”. Tenth Edition/June 2004. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) disponible en www.icsi.org
5. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla Gracia M; Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 3ª Edición Agosto 2006. ISSN: 84-8473-500-1
6. VA/DoD Clinical Practice Guideline For The Management of Tobacco Use. Department of Veterans Affairs. Department of Defense. Updated 2.0a June 2004
7. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. Programas de deshabituación tabáquica. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Septiembre 2004.
8. Kottke TE, Battista RN, DeFries GH and Brekke ML Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. JAMA 1988 259:2883’2889.
9. Stead LF, Lancaster T. Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007*. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Solano Reina S, Jiménez Ruiz C. Manual de tabaquismo. 2ª Edición SEPAR .Editorial MASSON 2002

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

- La dependencia que provoca la nicotina es superior a la que provocan otras drogas como la heroína, la cocaína o el alcohol.
- Existe abundante evidencia sobre la eficacia y costo-efectividad de tratamientos farmacológicos, aplicados a todos los fumadores que desean dejar de fumar, salvo en aquellos casos en los que por razón de edad, o condición médica este contraindicado (**recomendación A**)
- La terapia sustitutiva con nicotina consiste en la administración de nicotina por una vía diferente de la del consumo de cigarrillos y en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia.
- Podemos considerar la combinación de parches de nicotina con alguna otra modalidad de nicotina de absorción más rápida (chicles o caramelos), en pacientes que muestran un alto nivel de dependencia a la nicotina, que haya fracasado en un intento previo con una sola forma de nicotina, o con antecedentes de síndrome de abstinencia severo (**recomendación A**)
- Bupropion actúa inhibiendo de forma selectiva la recaptación neuronal de noradrenalina y de dopamina, y en menor proporción de serotonina, ejerciendo una acción similar a la de la nicotina.
- El tratamiento con bupropion se inicia con un comprimido de 150 mg, tomado por la mañana durante 6 días. A partir del séptimo día el paciente tomará 1 comprimido por la mañana y otro 8 horas más tarde. Deberá dejar de fumar en un día prefijado de la segunda semana del tratamiento.
- Vareniclina es un agonista parcial del receptor nicotínico de la acetilcolina que se describe como el responsable de los efectos de refuerzo de la nicotina, mediado por el recambio y la liberación de dopamina en el núcleo accumbens.

- El tratamiento con vareniclina se inicia entre 1 y 2 semanas antes de la fecha en la que se ha fijado el abandono con un comprimido de 0,5 mg al día durante 3 días, seguido de otros 4 días en los que el paciente tomará un comprimido de 0,5 mg dos veces al día. A continuación el paciente debe tomar un comprimido de 1 mg dos veces al día hasta el final del tratamiento.
- No se debe favorecer ninguno de los tres tratamiento sobre los otros. El médico y el paciente deben elegir la opción que le pueda parecer más apropiada.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

INTRODUCCIÓN

La dependencia que provoca la nicotina es superior a la que provocan otras drogas como heroína, cocaína o alcohol. ¹

Por otro lado está demostrado que la terapia sustitutiva con nicotina, bupropión y vareniclina tienen efectos terapéuticos en la ayuda para dejar de fumar, y que aumentan las posibilidades de abandono de la dependencia al tabaquismo a largo plazo.²

El tratamiento del tabaquismo es clínicamente efectivo y tiene una buena relación coste-efectividad comparándola con las enfermedades que produce y el coste de los programas preventivos (**recomendación A**)⁷.

De esta manera en la mayoría de guías clínicas se asegura que el tratamiento farmacológico del tabaquismo es un parte fundamental del abordaje terapéutico del fumador que quiere dejar de serlo, y que en ausencia de contraindicaciones, el tratamiento farmacológico se les debe ofrecer a todos los fumadores, que tienen dependencia a la nicotina, puesto que esta intervención duplica al menos las posibilidades de éxito (**recomendación A**)^{3, 4, 5, 6}.

Las situaciones de excepción a contemplar son: consumo menor de 10 cigarrillos/día, la presencia de contraindicación médica, el embarazo, la lactancia o la adolescencia.

La elección del fármaco estará basada en las características clínicas y preferencias del fumador. ³

Por tanto se recomienda que todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar tenga la opción de recibir Tratamiento Farmacológico como parte de la intervención (**recomendación A**).^{3, 4, 5, 6}

BIBLIOGRAFÍA

1. Is nicotine a drug a drug addiction? Cap 4. En Royal College of Physicians of London. *Nicotine addiction in Britain*. London: Royal College of Physicians, 2000.
2. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, Hamilton, Canada BMC Public Health 2006, 6:300 doi:10.1186/1471-2458-6-300
3. Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice. Practice handbook. 2004 Edition.
4. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la nación. Argentina disponible en: http://www.msal.gov.ar/html/site_tabaco/info-prof.asp
5. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, Md : U.S. Department of Health and Human services. Public Health Service. May 2008. Disponible en <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>
6. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. Recomendaciones SEPAR 46. Elsevier Doyma, S.L. 2007
7. Bartolome Moreno C, Perez Trullen A Clemente Jimenez L. Tratamiento farmacológico del tabaquismo: terapia sustitutiva con nicotina. En: Carlos A. Jimenez Ruiz, Karl Olov Fageström. Tratado de Tabaquismo. Madrid: Aula Medica Ediciones; 2007. 355--367.

TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA

Fernando Vivar Figuerola; Vidal Barchilón Cohen; Juan Guerrero Ruiz

INTRODUCCIÓN

La nicotina es un alcaloide presente en el tabaco y es la responsable fundamental de la dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia ^{1, 10}

Aproximadamente necesita unos 7 segundos para actuar sobre el cerebro, mediado fundamentalmente por la dopamina. Un cigarrillo contiene aproximadamente 0,5 – 1 mg de nicotina, de la que aproximadamente el 25 % llega a la circulación sistémica del fumador pudiendo incrementarse la biodisponibilidad según la intensidad de la aspiración. El tiempo de eliminación es de 2-3 horas, de forma que su consumo regular motivaría que se acumulasen niveles de nicotina durante 6 – 8 horas ¹⁰.

Se entiende por TSN (Terapia Sustitutiva con Nicotina) la administración de nicotina por una vía diferente de la del consumo inhalado de cigarrillos y en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas asociados al síndrome de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia. Con cualquiera de las vías de administración de nicotina se consigue controlar el síndrome de abstinencia, siempre que se obtengan valores de nicotina en plasma superiores a 5 ng/ml ²

La TSN, reduce los síntomas de abstinencia en los fumadores que dejan de fumar (**recomendación A**)¹ y es eficaz como tratamiento de deshabituación (**recomendación A**)^{2, 13}.

Situaciones de excepción a contemplar son: el consumo menor de 10 cigarrillos/ día, la presencia de contraindicación médica (cardiopatía isquémica reciente, hipertensión arterial no controlada, hipertiroidismo no controlado...), el embarazo, la lactancia o la adolescencia (**recomendación A**)³.

La TSN puede ser utilizada por personas que son incapaces para dejar de fumar bruscamente con TSN, pero que quieren disminuir su consumo como preludeo al abandono. (NARS “nicotine assisted reduction to stop”). La guía NICE reconoce los beneficios potenciales de esta estrategias, aunque se necesitan más estudios para darle un nivel de recomendación alto.¹⁵

La TSN no necesita ser prescrita por un médico.

EFICACIA DE LAS DIFERENTES FORMAS DE TSN¹²:

TSN	NNT (95 % IC)
Chicles	12 (11 – 14)
Parches	17(14 – 20)
Comprimidos	13 (7-103)

Entre las formas de presentación figuran las siguientes:

NICOTINA. PRESENTACIONES TRANSDERMICAS

PARCHES DE NICOTINA:

- Existen dos presentaciones de 16 y 24 horas, variando las dosis del parche desde 5 mg hasta 52,5 mg. Se requieren de 2 a 3 días para alcanzar en sangre los niveles eficaces.
- En fumadores de más de 20 cigarrillos/ día, se comenzará con la dosis máxima. En caso de fumar menos 20 cigarrillos/día, se utilizará la mitad de la dosis (**recomendación D**)¹
- No existen evidencias del tratamiento en menos de 10 cig./día, ni en adolescentes².
- La duración es de 8 semanas (no mejora los resultados mantenerlo más tiempo) (**recomendación A**)^{1,13}. La reducción de la dosis puede realizarse tanto de forma brusca como gradual, no encontrándose que una tenga más éxito que otra (**recomendación A**)^{1, 13}.

- Es importante informar del uso correcto, (tipo de parche y forma de aplicación), para facilitar la adhesión al tratamiento y evitar efectos adversos posibles.
- El parche se debe adherir a una zona limpia y seca de la piel, sin vello, de la parte superior del cuerpo, colocándolo por la mañana al levantarse, y retirándolo al acostarse si se trata de un parche de 16 horas, o al siguiente día si es de 24 horas. Este último tipo de parches es muy útil en pacientes que presentan síntomas de abstinencia importantes al levantarse.⁹ Se recomienda cambiar de sitio de aplicación todos los días para evitar aparición de efectos adversos locales.⁹ Es importante lavarse las manos después de aplicarse el parche, pues la nicotina que puede quedar en las manos podría irritar ojos o nariz ¹⁷

Parches de Nicotina

Nombre comercial	Nicotinell	Niquitin	Nicorette
Tiempo de aplicación	24 h	24 h	16 h
Presentaciones comerciales	Nicotinell 21mg/24h 7 parches, 14 parches, y 28 parches Nicotinell 14 mg/24h 7 parches, 14 parches y 28 parches Nicotinell 7 mg/24h 14 parches, y 28 parches	Niquitin Clear 21mg/24h 7 parches, y 14 parches Niquitin Clear 14 mg/24h 7 parches, y 14 parches Niquitin Clear 7 mg/24h 7 parches	Nicorette 15mg/16h 7 parches, y 14 parches Nicorette 10mg/16h 7parches, y14 parches Nicorette 5mg/16h 7 parches, 14parches

Modificado de Recomendación SEPAR 36 2007 y
 Guía de prescripción terapéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo

NICOTINA PRESENTACIONES DE ABSORCION ORAL

CHICLES DE NICOTINA:

- Piezas de goma de mascar con 2 ó 4 mg de nicotina unida a una resina de intercambio iónico.
- La mayoría de los estudios realizados con chicles de 2mg y 4mg demuestran que las tasas de éxito obtenidas al año de seguimiento con este tipo de tratamiento doblan a las obtenidas con placebo o con terapia psicológica (**recomendación A**)^{4,5,6}.
- En fumadores de más de 20 cigarros/día se utilizará el de 4 mg a una dosis de una pieza cada 1 a 2 horas (**recomendación A**)^{1,13}.
- En los que consumen menos, no se han observado diferencias en los porcentajes de abstinencia utilizando 2 ó 4 mg. (**recomendación A**)⁴.
- La utilización de los chicles de forma pautada o a demanda no presenta diferencias significativas en cuanto a los porcentajes de abstinencia conseguidos (**recomendación A**)^{4,11}.

COMPRIMIDOS DE NICOTINA:

- Se aconseja 1 ó 2 comprimidos chupados cada hora durante 6-8 semanas y reducir progresivamente hasta cumplir 12 semanas de tratamiento. Los comprimidos de 1 mg son equivalentes a los chicles de 2 mg.¹³ y los comprimidos de 2 mg a los chicles de 4 mg.

Forma de uso de chicles y comprimidos

- Se mascaré el chicle durante un período de 20-30 minutos y no más de 20 piezas diarias (de los de 4 mg).¹⁴ Para el comprimido todo es similar, pero hay que chuparlo, no masticarlo ni morderlo.

- Es importante advertir que la absorción debe ser lenta y que se produce solo por mucosa oral. Por tanto no debe ser deglutida, puesto que se perderían sus propiedades terapéuticas y aumentarían los efectos indeseables.⁷
- Masticar o chupar lentamente, y en el momento en que note un sabor diferente del habitual (picante) o un leve hormigueo en los labios, deberá dejar de masticar, colocando la pieza debajo de la lengua o bien en las partes laterales de la boca, hasta que desaparezca el sabor a nicotina, momento en el que el paciente comenzará de nuevo el ciclo masticar (chupar) –descansar. Hay que desechar la pieza a los 30 minutos.
- La administración del chicle o comprimido puede realizarse a demanda (cuando el paciente sienta deseos de fumar) o bien de forma pautada (un chicle cada hora).^{7, 11, 13.}
- La duración del tratamiento se aconseja entre 8 y 12 semanas (**recomendación D**)^{1, 13.}
- Existe una pequeña proporción de pacientes que dejan de fumar utilizando TSN oral (chicles, spray nasal, inhalador) a demanda a largo plazo. El uso de esta medicación durante 6 meses no plantea riesgos conocidos para la salud, y es poco frecuente que aparezca dependencia a este tipo de tratamiento.²
- Las bebidas ácidas (p. ej., café, zumos, bebidas no alcohólicas) interfieren con la absorción oral de la nicotina; así, se debe evitar comer o beber cualquier cosa, excepto agua, 15 minutos antes y durante el uso del chicle.²

Nicotina presentaciones orales

	Nicotinell chicles	Nicorette chicles	Nicorette comp
Contenido en nicotina	2 y 4 mg	2 y 4 mg	1 mg y 2 mg
Presentaciones comerciales.	<p>Nicotinell Fruit chicle medicamento (sabor fruta) 2 mg env. con 24 unidades y 96 unidades. 4 mg. Env con 96 unidades</p> <p>Nicotinell Cool Mint chicle medicamento (sabor menta) 2 mg env. con 24 unidades y 96 unidades. 4 mg env. 96 unidades.</p>	<p>Nicorette mint y clasico chicle medicamento 2 mg env 30 unidades y 105 unidades 4 mg env 30 unidades y 105 unidades.</p> <p>Nicorette freshmint y freshfruit chicle medicamento 2 mg env 30 unidades chicle medicamento 4 mg env 30 unidades</p>	<p>Nicotinell Mint 1 mg comprimidos disolución oral Envase con 36 unidades</p> <p>Nicotinell Mint 2 mg Comprimidos disolución oral Envases con 36 y 96 comprimidos.</p>

Guía de prescripción terapéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo

NICOTINA PRESENTACIONES INHALADAS

- **SPRAY NASAL:** No comercializado en España. Es eficaz como tratamiento deshabitador (**recomendación A**)². Se aconseja la aplicación en cada orificio nasal cada 30–60 minutos, con un máximo de 40 dosis al día. La duración será de 2-3 meses (**recomendación D**)¹. Es más adictiva que otras formas de tratamiento deshabitador, reservándose para los que han fracasado previamente con otras alternativas.

- **SPRAY BUCAL:** No comercializado aún en España. Es eficaz como tratamiento deshabitador (**recomendación A**)². Se trata de un cilindro de plástico semejante a un cigarrillo, que contiene una esponja impregnada en nicotina. Una inhalación libera 0.1 $\mu\text{mol/l}$ de nicotina, mientras que un cigarrillo normal es de 1 $\mu\text{mol/l}$. Se utilizan 3 ó 4 inhalaciones cada 20 – 30 minutos. La duración será de 2 – 3 meses (**recomendación D**)¹.

PROPUESTAS DE USO

I. Dependencia a la nicotina baja y un consumo de cigarrillos bajo-moderado

Fumadores con Test de Fagerström < 4, que consumen su primer cigarrillo después de 30 minutos de levantarse, y que fuman menos de 20 cig./día, o con un consumo acumulado de menos de 5 paquetes/año.

Chicles de 2mg. cada 90 ó 120 minutos, durante 8 semanas, con pauta descendente a partir de la 6ª semana. O bien,

Parches de nicotina de 24 horas, a dosis de 21 mg/día durante 6 semanas, después de 14 mg/día durante 2 semanas y después de 7 mg/día durante una semana. O bien,

Parches de nicotina de 16 horas a dosis de 15 mg/día durante 6 semanas, después de 10 mg/día durante 2 semanas y después de 5 mg/día durante una semana (**recomendación A**).^{2, 4, 7, 8.}

II. Dependencia a la nicotina alta y consumo moderado-alto de cigarrillos

Fumadores con test de Fagerström > 4, que consumen su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse y fuman mas de 20 cigarrillos. /día. O bien, un consumo acumulado de más de 5 paquetes/año.

Chicles de 4 mg de nicotina, a dosis de una pieza cada 60-90 minutos durante 12 semanas, reduciendo progresivamente a partir de la décima semana. O bien,

Parches de nicotina de 24 horas, a dosis de 21 mg/día durante 6-8 semanas, después de 14 mg/día durante 2 semanas y después de 7 mg/día durante 1 semana. . O bien,

Parches de nicotina de 16 horas, a dosis de 25 mg/día (parches de 15 mg +parche de 10mg) durante 6-8 semanas, después de 15 mg/día durante 2 semanas y después de 10 mg/día durante dos semanas.

Se recomienda el uso indistinto de cualquier forma farmacéutica de los sustitutos de nicotina dado que son similares en eficacia.

La elección debe depender de las comorbilidades asociadas, los efectos adversos, la experiencia del profesional, las preferencias del usuario, la disponibilidad y el costo (**recomendación A**)^{2,3}.

La combinación de parches de nicotina con otras terapias sustitutorias (chicle, comprimido o spray nasal) es más efectiva que la monoterapia. Se puede utilizar terapia combinada en caso de fracaso con una sola presentación, alto nivel de dependencia, comorbilidades severas, o con antecedente de síndrome de abstinencia grave (**recomendación A**)^{2,3}.

Los ensayos realizados han demostrado que la terapia combinada de nicotina es mas eficaz que cada una de ellas por separada (OR 1.9) (**recomendación A**).^{2,13}

En los fumadores de > 32 cigarros/día y Fagerström > 6, el uso de parches o chicles de 4 mg, han obtenido entre un 15 y un 31 % de cesación (**recomendación A**)¹.

Con Spray Nasal, los resultados han sido de un 26 – 28 %, similar al modelo inhalado (**recomendación A**)¹.

En pacientes con enfermedad cardiovascular estable, se han mostrado seguros el uso de parches y spray nasal (**recomendación A**)^{1,11}.

No hay evidencia de que TSN aumente el riesgo de ataque cardiaco.¹⁶

No hay suficiente evidencia para concluir que una forma de tratamiento sustitutiva de nicotina sea mejor que otra.

Nicotina y adolescentes: En la actualidad no existen aun suficientes trabajos que aconsejen la utilización de terapia con nicotina en adolescentes, pero ya empiezan a aparecer algunos estudios en los que se aconsejaría este tratamiento, pues se comprueba su seguridad en este grupo. Es por lo que ya aparecen algunas guías^{13, 15} que sugieren la posibilidad de utilización de esta terapia en adolescentes con alta dependencia a la nicotina, siempre y cuando tengan una alta motivación para dejar de fumar. Pero aún no existe suficiente evidencia al respecto.

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES ⁷:

Contraindicaciones y precauciones	Chicles	Comprimidos chupar	Parches
Hipersensibilidad nicotina	C	C	C
No fumadores	C	C	C
Embarazo	C	P	C
Lactancia	C	P	C
Enfermedad Cardíaca Grave	C	C	C
IAM reciente	C	C	C
Angina Inestable	C	C	C
Insuficiencia Cardíaca Avanzada	C	C	C
Arritmias Graves	C	C	C
Ictus Reciente	---	C	C
HTA, IAM, Angina estable, Enf. vascular periférica, DM, Hipertiroidismo, Feocromocitoma	P	P	P
Insuficiencia Renal o Hepática Grave	P	P	P
Úlcera Péptica	P	P	P
Trast. Articulación mandíbula	C	---	---
Esofagitis activa, inflamación mucosa oral o faríngea, gastritis	---	P	---
Enfermedades Dermatológicas que pueden empeorar con parches	---	---	C

EFECTOS ADVERSOS:

Chicles	Hipo, molestias gastrointestinales, dolor mandibular y problemas orodentales. No se aconseja en caso de enfermedad de aparato digestivo o problemas de masticación.
Parches	Irritación cutánea, trastornos del sueño (sobre todo los de 24 horas). No se aconseja en caso de atopias cutáneas o enfermedades dermatológicas crónicas o agudas.
Spray Nasal	Enrojecimiento y moqueo nasal. No recomendable en caso de pólipos nasales o enfermedades de las fosas nasales.
Comprimidos	Hipo, Sensación de calor en la boca, tos, sequedad, y ocasionalmente lesiones aftosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. UMHS. Smoking Cessation Ghideline. February.2001.
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, Md : U.S. Department of Health and Human services. Public Health Service. May 2008 Disponible en <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>
3. Guía Nacional de Tratamiento de la adicción al tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina. 2005.
4. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review) En: The Cochrane Library, nº 2, 2001. Oxford: Update Software.
5. British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking cessation in patients with smoking related disorders. BJM 1983; 286: 595-7.
6. Hayek P, Jackson P, Belchen M. Long term use of nicotine chewing gum. JAMA 1988; 260: 1593-6.
7. Jiménez Ruiz C A, Fagëstrom KO, Amor Besada N. Tratamiento farmacológico: eficacia y seguridad de la terapia sustitutiva con nicotina. En: Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M directores. Manual de Prevención

y Tratamiento del Tabaquismo. 4ª edición. Madrid. EUROMEDICE. 2009. p 179 – 205.

8. Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abéngozar R, Torrecilla M, Quintas AM, et al.. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001;3:78-85.
9. Bartolome Moreno C, Perez Trullen A. Tratamiento farmacológico del tabaquismo: terapia sustitutiva con nicotina. En: Carlos A. Jiménez Ruiz, Karl Olov Fageström. *Tratado de Tabaquismo*. Madrid: Aula Medica Ediciones; 2004. 277-288.
10. Kaplan & Sadock's. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh edition on CD-ROM. Lippincott Williams & Wilkins. 2000.
11. Sampablo Lauro I, Angrill Praxeras J. Actualización en el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2004; 40:123-132.
12. Bandolier Nicotina Replacement Aug 1998; 54-2 Disponible en: <http://www.jr2.ox.ac.uk:80/bandolier/band54/b54-2.html>.
13. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. Recomendaciones SEPAR 46. Elsevier Doyma, S.L. 2007
14. Solano Gracia S, Jiménez Ruiz C. *Manual de Tabaquismo*. SEPAR. 2ª Edición, 2002 Edit Masson
15. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. National Institute for Health and Clinical Excellence, Feb 2008. Disponible en: www.nice.org.uk/PH010.
16. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3
17. Uso parche nicotina en FamilyDoctor.org website. The American Academy of Family Physicians. Disponible en: <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/addictions/tobacco/191.html>

BUPROPION

Auxiliadora Mesas Rodríguez; Alejo Gallego Montiel; Pablo Panero Hidalgo

INTRODUCCIÓN

El bupropion es otra de las opciones del tratamiento farmacológico de primera línea para el abordaje del tabaquismo. Como con el resto de los fármacos que tienen esta indicación, se valorará su uso, conjuntamente con un apoyo motivacional, en pacientes con dependencia a la nicotina que desean dejar de fumar.¹⁻¹³

El fármaco fue comercializado en la década de los 80 como antidepresivo; se demostró en estudios posteriores su efecto beneficioso en el tratamiento de la dependencia a la nicotina, y fue aprobado por la FDA para esta indicación en 1997. En España ha sido el primer fármaco no nicotínico aprobado para el tratamiento del tabaquismo, desde julio del 2000.¹⁴⁻¹⁵

Actúa inhibiendo de forma selectiva la recaptación neuronal de noradrenalina y de dopamina y, en menor proporción, de serotonina, aumentando los niveles de estas sustancias en los núcleos accumbens y ceruleus y “simulando” la acción de la nicotina.

El incremento de los niveles de dopamina en el núcleo accumbens produce efectos placenteros y el aumento de noradrenalina a nivel del núcleo ceruleus disminuye la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia.

EFICACIA

La eficacia del bupropion ha sido demostrada en numerosos estudios de investigación; dobla la eficacia del placebo (**recomendación A**)^{12, 16,19}.

La abstinencia tabáquica con bupropion es mayor a mayor dosis (100, 150 y 300mg) y significativamente mayor que la obtenida con placebo³. La tasa de

abstinencia continúa a las 7 semanas de tratamiento con una dosis de 300mg/día es mayor que con placebo. Sin embargo, la diferencia entre dosis de 300 y de 150 mg/día no es significativa, tanto si se compara con grupo placebo como si no; no se encontraron diferencias a los 6 meses de seguimiento, ni en la tasa de abandono puntual a los 12 meses. La combinación de estos dos estudios permite concluir que no existen diferencias significativas entre ambas dosis (**recomendación B**)^{16,17}

En algunos estudios se demuestra que a los 12 meses de tratamiento, la tasa de abstinencia de bupropion combinado con parches de nicotina supera al tratamiento con bupropion solo, ambos superan a parches solo, y todos superan a placebo (**recomendación A**).^{1, 18}

SITUACIONES ESPECIALES

Fumadores jóvenes

Un reciente metanálisis (revisión Cochrane 2008) estudió la efectividad de las estrategias que ayudan a los jóvenes a dejar de fumar, incluidas las farmacológicas con respecto al bupropion, no encontrando suficientes datos para aconsejar su uso en este grupo de edad.²⁰

Aumento de peso tras la abstinencia tabáquica

En relación con la ganancia de peso que experimentan los fumadores durante o después del abandono del hábito, se ha demostrado que cuando han sido tratados con bupropion, esta ganancia es menor^{16, 21}

El bupropión, la fluoxetina y el tratamiento de reemplazo de nicotina limitan el aumento de peso durante el tratamiento. Sin embargo, según un estudio reciente, los efectos sobre la limitación del aumento de peso fueron menores cuando se interrumpió el tratamiento y no hubo suficientes pruebas para tener la seguridad de que estos efectos se mantengan a largo plazo (recomendación B)²²

Prevención de recaídas

En prevención de recaídas, prolongar el tratamiento más de las 7- 9 semanas recomendadas, tiene un beneficio limitado.^{21, 23}

Embarazo y lactancia

No se recomienda durante el embarazo ni la lactancia por falta de seguridad.^{1, 3, 7}

Patología respiratoria

Teniendo en cuenta las posibles interacciones farmacológicas, el bupropion ha demostrado en diferentes ensayos clínicos su eficacia y seguridad en pacientes EPOC (**recomendación B**).^{1, 3, 8}

Patología cardiovascular

El bupropion también se ha mostrado como fármaco seguro y eficaz en el tratamiento de la deshabituación tabáquica en enfermos con patología cardiovascular estable (**recomendación B**).^{1, 3}

Patología psiquiátrica

El tratamiento con bupropion es eficaz en pacientes con depresión (**recomendación A**).¹ En los pacientes con esquizofrenia existen algunos estudios que sugieren su eficacia, y parece que pueden mejorar los síntomas negativos y depresivos asociados (**recomendación C**).¹

MODO DE EMPLEO

El bupropion, debe ser prescrito como parte de un tratamiento para la abstinencia en el que el fumador se compromete a dejar de fumar en una fecha determinada. La prescripción de bupropion debe durar 3-4 semanas y las prescripciones siguientes se deben dar sólo a las personas que demuestran, en una re-evaluación, que su intento de dejar de fumar es continuado.²⁴

El tratamiento con bupropion debe iniciarse entre los 8-14 días antes del día D (fecha elegida para dejar de fumar), para conseguir niveles adecuados de dopamina y noradrenalina a nivel sináptico. Se comienza, según recomienda el fabricante, con un comprimido de 150 mg tomado por la mañana, durante 6 días y a partir del 7º día se tomará 1 comprimido por la mañana y otro por la tarde, separados al menos 8 horas (300 mg/ día)^{25,26}.

La duración del tratamiento es de 7 a 9 semanas y aunque no se prevé la aparición de reacciones adversas debidas a la suspensión del tratamiento, podría considerarse, una vez finalice el mismo, la retirada gradual del fármaco⁸, aunque generalmente esto no es necesario.

Aunque se recomienda la dosis de 300mg/día, en la introducción de este capítulo se referencia que la comparación de las tasas de abandono a los seis y doce meses con 300 mg/día y con 150mg/día, no muestran diferencias significativas entre ambas dosis^{16,17} por lo que en la práctica clínica y ante la aparición de efectos secundarios, se podría mantener la dosis de 150mg/día durante todo el período de tratamiento, no disminuyendo la eficacia y sí el riesgo de efectos secundarios pues la mayoría de estos efectos son dosis dependientes.²⁷

ADVERTENCIA AL USO

En una comunicación de la Agencia Española del Medicamento sobre riesgos de medicamentos sanitarios de 2008, que advierte sobre el uso de vareniclina, también se hace mención a otros medicamentos no nicotínicos, como bupropion, en relación a la posible aparición de síntomas depresivos con su uso, por lo que, aunque existe la posibilidad de que cualquier paciente al dejar de fumar pueda desarrollar síntomas depresivos, relacionados o no con el tratamiento, se indica a los profesionales sanitarios que deben tenerlo en cuenta y advertir al paciente, para intentar evitar este riesgo²⁸.

EFFECTOS ADVERSOS Y CONTRAINDICACIONES

La mayoría de los efectos adversos son dosis-dependientes y éstos se minimizan utilizando la dosis de 150mg/día.

Los más frecuentes son el insomnio, náuseas, prurito o urticaria, cefalea, excitación conductual, sequedad de boca y sabor metálico. El insomnio se presenta aproximadamente en el 40% de los casos y suele ser vivido como dormir menos, y despertar pronto, aunque el sueño es reparador.^{26,27}

Este efecto secundario se puede disminuir adelantando la segunda toma tanto como se pueda, respetando el intervalo de 8 horas entre las dos tomas, es decir, por la tarde, en caso de tomar 300 mg/día.

Menos de un 3% de los pacientes tratados describen reacciones de hipersensibilidad tales como erupciones cutáneas, prurito o urticaria.²⁷

Está contraindicada la administración de bupropión a pacientes con un trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsiones. También está contraindicado en pacientes que en cualquier momento durante el tratamiento estén en proceso de deshabitación brusca del alcohol o de retirada repentina de cualquier medicamento que este asociado con riesgo de convulsiones.^{25,26.}

Tabla 1 CONTRAINDICACIONES ^{26, 27}

SITUACIONES CLÍNICAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia previa o actual de crisis convulsivas. 2. Traumatismo del sistema nervioso central. 3. Tumor craneal. 4. Diagnóstico actual o previo de anorexia o bulimia. 5. Diagnóstico actual o previo de Trastorno afectivo bipolar/psicosis maniaco depresiva 6. Cirrosis hepática
FACTORES PERSONALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo excesivo de alcohol. 2. Adicción a opiáceos, cocaína o estimulante. 3. Diabetes tratada con hipoglucemiantes orales o insulina. 4. Interrupción brusca de tratamiento con benzodiazepinas. 5. Paciente en proceso de deshabitación alcohólica 6. Uso de estimulantes o anorexígenos. 7. Uso concomitante de IMAO
MEDICAMENTOS QUE DISMINUYEN EL UMBRAL CONVULSIVO
Antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, teofilina, tramadol, quinolonas, corticoides sistémicos, antihistamínicos con efecto sedante, antihistamínicos, betabloqueantes, antiarritmicos, ritonavir. ⁽²⁷⁾ (ver interacciones con otros fármacos)

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS POTENCIALES

Tanto el bupropion como el hidroxibupropion (principal metabolito activo) actúan como inhibidores del isoenzima CYP2D6, y pueden producir interacciones con otros fármacos. (Tabla 2).

FÁRMACOS	MECANISMO DE LA INTERACCIÓN	EFEECTO PREVISIBLE
Inductores de CYP2B6: carbameceptina, fenobarbital, fenitoína	Metabolismo de bupropión y posible acumulación de hidroxibupropión	Toxicidad de hidroxibupropión
Inhibidores de CYP2B6: cimetidina	Metabolismo de bupropión	Toxicidad de bupropión
Inhibidores de CYP2D6: ritonavir, ácido valpróico, fluoxetina, etc.	Metabolismo de hidroxibupropión	Toxicidad de hidroxibupropión
Sustratos de CYP2D6: • antidrepsivos tricíclicos: (ej. imipramina, desipramina, nortriptilina), • antidrepsivos ISRS: (ej. fluoxetina, paroxetina), venlafaxina, betabloqueantes (ej. carvedilol, timolol, metoprolol), • antiarrítmicos: (ej. flecaínida, mexiletina), • antipsicóticos (ej. risperidona, haloperidol, trazodona)	Metabolismo de estos fármacos	Toxicidad de estos fármacos
Fármacos que disminuyen el umbral convulsivo: antidepresivos, antimaláricos, antipsicóticos, teofilina, tramadol quinolonas, corticoides sistémicos, antihistamínicos con efecto sedante	Umbral convulsivo	Riesgo de convulsiones
Inhibidores de la MAO	Desconocido	Toxicidad aguda de bupropión

Levodopa	Potencia efectos	Efectos tóxicos dopaminérgicos de levodopa
Zolpidem	Desconocido	Riesgo de alucinaciones por zolpidem

Tabla 2. Extraído del Proceso Asistencial Integral: Atención a la Persona Fumadora.⁽⁶⁾

PRESENTACIONES

Zyntabac®: 150 mg liberación retardada. Envases con 30, 60 y 100 comprimidos.

Quomen®: 150 mg liberación retardada. Envase con 60 comprimidos.

Guía de prescripción terapéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating tobacco use dependence: 2008 update. Rockille: US Department of Health and Human Services. 2008. Disponible en <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>. Traducida por SEPAR.
2. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. Febrero 2008. NICE public Health Guidance 10. Disponible en www.nice.org.uk/PH010.
3. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M.A, Torrecilla García M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 2009. 4ª Edición.
4. Mataix Sancho et al. Guía para el Tratamiento del tabaquismo Activo y pasivo. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de semFYC y Educación para la Salud del PAPPS-semFYC. 2009.

5. Colomer Revuelta J et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud(PAPPS-semFYC). 2009. (pag. 80.86).
6. Morales Asencio JM et al. Atención a las Personas Fumadoras: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008.
7. Soria López C.I, et al. Utilizar fármacos para ayudar a dejar de fumar. Manual de Tabaquismo. Grupo de Trabajo de Abordaje al Tabaquismo de la semFyc. 2008(pag 99-114).
8. Jiménez-Ruiz C.A, Karl Olov F. Tratado de Tabaquismo 2007. Madrid. Ediciones ERGON.
9. Dominguez Grandal F, Castañal Canto X. Guía del Tabaquismo. Guías Fisterra 2007;7 (41).
10. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.(Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. J.I. De Granda Orive J.I, et al. Tratamientos actuales del tabaquismo: revisión. Necesidades de nuevas vías de abordaje. Prevención del Tabaquismo. vol. 8 supl. 1, octubre 2006[*Prev Tab 2006*; 8(supl. 1): 11-22]
12. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo C.A. Jiménez-Ruiz C.A et al. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica Tobacco Arch Bronconeumol 2003;39(11):514-23.
13. Gorgojo Jiménez, L.; González Enríquez, J.; Salvador Llivina, T. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar AETS - Instituto de Salud Carlos III 2003.
14. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion. Revisión de su empleo en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. *Drugs* 2000;59:10007-26.
15. Balfour DJ. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. *Int J Clin Pract* 2001; 55:53-7.
16. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Oxford KP, Johnston JA, Dale LC et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-202.
17. Swan GE, McAfee T, Curry SJ, Jack LM, Javitz H, et al. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial. *Arch Intern Med*. 2003;163:2337-44.

18. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR et al. A controlled trial of sustained-release bupropión, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-91.
19. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB et al. Varenicline, an $\alpha_4\beta_2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation: a randomized, controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 47-55.
20. Grimshaw GM, Stanton A. Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2001; 135: 423-33.
22. Amanda C Parsons, Mujahed Shraim, Jennie Inglis, Paul Aveyard, Peter Hajek. Intervenciones para prevenir el aumento de peso después del abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD006219. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
23. Peter Hajek, Lindsay F Stead, Robert West, Martin Jarvis, Tim Lancaster. Intervenciones para la prevención de la reincidencia en el hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD003999. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
24. NICE: Technology Appraisal Guidance No. 38. Nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Issue Date: March 2002 Review Date: March 2005. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/TA039>.
25. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Post-authorisation evaluation of medicines for human use. Bupropion hydrochloride. Disponible: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/Referrals_document/Bupropion_hydrochloride__36/WC500011827.pdf.

26. Ficha técnica Bupropion Hidrocloruro. Disponible en Agencia Española del Medicamento. <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=68613&formato=pdf&formulario=FICHAS> y <http://www.aemps.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/bupropion.htm>
27. Martín Fuente, Fernando ; Olano Espinosa, Eduardo ; Ayesta Ayesta, F. Javier. Nuevas aportaciones a otros tratamientos farmacológicos. En: Sánchez Agudo, L. (2008). Monografías en Neumología. Actualización en tratamiento del Tabaquismo. Guía US of Health and Human Services en nuestro entorno. Zaragoza; Ed neumología y Salud, S.L.
28. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios Ref 2008/01 9 enero de 2008. <http://www.aemps.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/vareniclina-enero08.htm>

VARENICLINA

Auxiliadora Mesas Rodríguez; Mercedes Espigares Jiménez; Alejo Gallego Montiel

INTRODUCCIÓN

Vareniclina es un fármaco no nicotínico comercializado en España desde enero de 2007¹. Está considerado como medicamento de primera línea en el tratamiento del tabaquismo.

El fármaco es un agonista parcial selectivo del receptor nicotínico de acetilcolina (nAChR) alfa4 beta 2, que se describe como el responsable de los efectos de refuerzo de la nicotina, mediado por el recambio y la liberación de dopamina en el núcleo accumbens (el denominado centro de gratificación del cerebro)².

Tiene una doble acción: por un lado tiene una acción agonista, estimulando los receptores, dando lugar a un aumento de la dopamina y evitando los síntomas de abstinencia; y, por otro lado tiene una acción antagonista, bloqueando los receptores, compitiendo con la nicotina, disminuyendo su acción a nivel del SNC y por tanto los efectos placenteros asociados a ella. Reduce el deseo de fumar del paciente y los efectos de refuerzo positivo que se producen al fumar. También disminuye los síntomas de abstinencia.^{3,4}

En los pacientes tratados con vareniclina se incrementa hasta tres veces las posibilidades de abstinencia a largo plazo, en comparación con pacientes que realizaron un intento de abandono sin utilizar tratamiento farmacológico (**recomendación A**)^{3,4,5}.

La vareniclina ha resultado también ser más eficaz que bupropion y que placebo (**recomendación B**).^{6,7,8,9}

Dos ensayos abiertos de vareniclina versus tratamiento de reemplazo de nicotina sugieren un beneficio moderado con la vareniclina, aunque no son concluyentes⁹

MODO DE EMPLEO

Al igual que el resto de los tratamientos farmacológicos, la vareniclina debe ser prescrita como parte de un tratamiento para la abstinencia, en el que el fumador se compromete a dejar de fumar en una fecha determinada¹⁰ (día D), y recibir apoyo motivacional adicional.

El día D debe establecerse antes del inicio del tratamiento y Vareniclina debe iniciarse entre 1 y 2 semanas antes del día D.

El tratamiento vía oral, que consta de una pauta de inicio y otra de continuación, se comienza de la siguiente forma:

- Días 1 a 3: 0,5 mg/día
- Días 4 a 7: 0,5 mg dos veces al día
- Día 8: 1 mg dos veces al día

El uso de vareniclina debe mantenerse durante 3 a 4 semanas. Las prescripciones posteriores se deben hacer sólo a las personas que demuestran, en una re-evaluación, que su intento de dejar de fumar es continuado.¹⁰

La duración del tratamiento, según su ficha técnica, es de 12 semanas. La dosis habitual es la de 1mg dos veces al día, si bien se ha visto en distintos estudios que una dosis de 1mg/día también puede ser eficaz.^{5,9,11}

Por tanto, en aquellos pacientes que no puedan tolerar los efectos adversos de vareniclina, se deberá reducir la dosis de forma temporal o permanente a 0,5 mg dos veces al día.

Esta posibilidad de adaptar la dosis de vareniclina a las necesidades del paciente permite disminuir efectos adversos del fármaco y puede contribuir a la mejora del cumplimiento terapéutico.¹²

EFFECTOS SECUNDARIOS Y PRECAUCIONES

Los efectos adversos más frecuentes son las náuseas (30% de los sujetos de los ensayos clínicos y casi el 60% del entorno de la clínica habitual)¹². Otros efectos secundarios menos frecuentes son alteraciones del sueño en forma de insomnio, sueños anormales, dolor de cabeza, flatulencia,

dispepsia, estreñimiento y cambios en la percepción del sabor. Estos efectos, generalmente, se producen al inicio del tratamiento y suelen disminuir con el tiempo. Para reducir las náuseas se puede tomar el comprimido con el estómago lleno.

Se ha observado que las mujeres presentan síntomas con más frecuencia que los hombres, sin embargo en uno de los estudios el porcentaje de mujeres que abandonaron el tratamiento fue menor que el de hombres¹².

En general, y según las diferentes agencias del medicamento nacionales e internacionales: ^{1,13}

Vareniclina debe utilizarse exclusivamente bajo prescripción médica.

Debe tenerse especial precaución en pacientes con alteraciones psiquiátricas subyacentes.

También se debe tener en cuenta que existe la posibilidad de que cualquier paciente desarrolle síntomas depresivos ante la deshabitación tabáquica, con o sin tratamiento farmacológico, y debe informarse de ello a los pacientes en tratamiento .

Se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con vareniclina si la agitación, estado depresivo o los cambios de comportamiento o de forma de pensar preocupan al médico, paciente, familia o cuidadores, o si el paciente desarrollara ideación o comportamiento suicida ¹. Como se refleja en ficha técnica, no todos los pacientes que presentaron estos síntomas habían dejado de fumar en el momento en que estos se iniciaron y no todos los pacientes tenían enfermedad psiquiátrica preexistente conocida. En muchos de los casos notificados se resolvieron los síntomas tras la interrupción de vareniclina, aunque en algunos de ellos los síntomas persistieron, por lo que en estos casos, debe mantenerse el seguimiento del paciente hasta la resolución de los síntomas.

Para ver con más detalle otras posibles reacciones adversas del medicamento, se remite a la ficha técnica disponible o al informe público europeo de evaluación.¹

La mayoría de los efectos secundarios son dosis dependientes y la reducción a 1mg/día en una o dos tomas de 0,5mg reduce o elimina algunos de los síntomas. Concretamente las náuseas disminuyen si reducimos la dosis y más aún si los comprimidos se toman durante la comida o si se ingieren con agua.¹⁴

CONTRAINDICACIONES

La única contraindicación es la hipersensibilidad al preparado¹.

INTERACCIÓN CON OTROS FÁRMACOS

Vareniclina no tiene ninguna interacción con otros medicamentos que sea clínicamente significativa, si bien el propio cese del consumo de tabaco puede afectar al metabolismo de algunos fármacos como la warfarina, teofilina, antidiabéticos orales e insulina¹⁴.

En pacientes con insuficiencia renal grave, debe evitarse el uso concomitante de cimetidina y vareniclina.

SITUACIONES ESPECIALES

En pacientes con **insuficiencia renal leve o moderada** no se recomienda ningún ajuste de dosis. En los pacientes con insuficiencia renal grave la dosis recomendada de Vareniclina es de 1 mg una vez al día. La dosis debe iniciarse con 0,5 mg una vez al día durante los tres primeros días y ser aumentada a 1 mg al día posteriormente.

En pacientes con enfermedad renal en estadio terminal, no se recomienda el tratamiento con vareniclina.

No es necesario un ajuste de dosis en pacientes con **insuficiencia hepática**.

No es necesario un ajuste de dosis en **pacientes ancianos**. Dado que es más probable que los pacientes ancianos tengan una función renal disminuida, los médicos deben considerar el estado renal del paciente en estos casos.

En **niños, adolescentes y embarazadas** no se recomienda el uso de vareniclina¹⁵.

En **enfermedad cardiovascular inestable o respiratoria** podría ofrecerse según el juicio clínico del médico¹⁵, aunque, recientemente la FDA ha publicado una revisión de Vareniclina versus placebo en pacientes con enfermedad cardiovascular, donde parece apreciarse un número mayor

de efectos adversos cardiovasculares en los tratados con Vareniclina. Hasta la aparición de nuevos estudios que definan esta situación, es recomendable precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular.¹⁹

En **pacientes con enfermedad psiquiátrica** (depresión mayor, trastorno de la personalidad, psicosis...), debemos mantener un seguimiento estrecho, probablemente de forma semanal, y se les debe advertir adecuadamente a todos ellos. En algunos casos se ha visto exacerbación de enfermedades psiquiátricas en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar con la toma de vareniclina.¹⁸

Dependencia concurrente de alcohol y otras drogas.

No se les debe administrar vareniclina a estos pacientes, aunque la ficha técnica señale que no existen datos suficientes sobre cualquier interacción potencial entre otras drogas y vareniclina¹².

Consumo de tabaco sin humo.

El tabaco sin humo (TsH) es el tabaco consumido por vía oral y no quemado. Aunque en España no se comercializa, en Andalucía, por su clima, destino turístico y de doble residencia de personas de otros países europeos, nos lo podríamos encontrar; además, puede consumirse en espacios cerrados públicos.

No se ha demostrado que la terapia sustitutiva con nicotina (parches o chicle) y el bupropion ayuden a las personas a abandonar el consumo de tabaco sin humo (TsH). Sin embargo, un estudio revela que la vareniclina puede ayudar a las personas a dejar el hábito.¹⁶

Aumento de peso tras el abandono de consumo de tabaco.

No se han encontrado pruebas de que la vareniclina reduzca significativamente el aumento de peso después de dejar de fumar al final del tratamiento, y no se cuenta con datos de seguimiento^{17,18}.

Prevención de recaídas

En la terapia de deshabituación tabáquica, el riesgo de recaída es elevado en el periodo inmediato al fin del tratamiento. En los pacientes que al final

de las 12 semanas en tratamiento con vareniclina hayan conseguido dejar de fumar con éxito, puede considerarse un tratamiento adicional de otras 12 semanas, a una dosis de 1 mg dos veces al día, particularmente en aquellos fumadores que han realizado múltiples intentos, pues puede ser beneficioso en prevención de recaídas ^{9,17} (**recomendación D**)¹⁵.

Según otros autores¹², si consideramos pacientes que no han fumado a las 12 semanas de tratamiento, podríamos plantear una terapia inmediata de 12 semanas más :

- Si el paciente no ha fumado desde el día D. Aquí lo indicado sería mantener una actitud expectante, manteniendo la vigilancia y control para prevenir las recaída. Si se producen síntomas de abstinencia (especialmente craving) después de varios días sin tratamiento farmacológico y el paciente presenta dificultades o es previsible una recaída, puede reiniciarse la toma de vareniclina.
- Si el paciente no ha fumado durante al menos 1 semana, pero volvió a fumar en una o más ocasiones a partir del día D ¹².

Podría reducirse la dosis a 1mg/día para fumadores que sean reacios a llevar un tratamiento continuado y lo dejen durante algunos períodos. ¹²

No existe información de la eficacia del tratamiento adicional de 12 semanas en los pacientes que no consiguen dejar de fumar durante la terapia inicial o que tienen una recaída después del tratamiento.

PRESENTACIONES:

Champix®	0,5 mg	11 comprimidos	+ 1mg	14 comprimidos	(inicio).
Champix®	0,5	mg	56	comprimidos	recubiertos
Champix®	1	mg	112	comprimidos	recubiertos
Champix®	1	mg	28	comprimidos	recubiertos
Champix®	1	mg	56	comprimidos	recubiertos

BIBLIOGRAFIA

1. Informe Público Europeo de Evaluación (EPAR). Champix Resumen del EPAR para el público general. European Medicines Agency, 8 Enero 2011. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_Product_Information/human/000699/WC500025251.pdf.
2. NICE technology appraisal guidance 123. Varenicline for smoking cessation. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/TA123>.
3. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD006103.
4. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR, for the Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2006; 296: 64-71.
5. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating tobacco use dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Mayo 2008. Disponible en <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>. Traducción al español: Guía de Tratamiento del Tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR. SEPAR Mayo 2010.
6. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(1): 47-55.
7. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296 (1): 56-63.
8. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006; 6:300.
9. Cahill K, Stead L, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de la nicotina para el abandono del hábito de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 Issue 12. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.
10. NICE: Technology Appraisal Guidance No. 38. Nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Issue Date: March 2002 Review Date: March 2005. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/TA039>.

11. Oncken C, Gonzales D, Nides M. et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine . _Arch Intern Med. 2006;166:1571–7.
12. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M.A, Torrecilla García M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 2009. 4ª Edición.
13. Comunicacion sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios Ref 2008/01 9 enero de 2008 <http://www.aemps.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/vareniclina-enero08.htm>.
14. Martín Fuente, Fernando ; Olano Espinosa, Eduardo ; Ayesta Ayesta, F. Javier. Nuevas aportaciones a otros tratamientos farmacológicos. En: Sánchez Agudo, L. (2008). Monografías en Neumología. Actualización en tratamiento del Tabaquismo. Guía US of Health and Human Services en nuestro entorno. Zaragoza; Ed neumología y Salud, S.L.
15. NICE 1.e.Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. Febrero 2008. NICE public Health Guidance 10. Disponible en www.nice.org.uk/PH010.
16. Ebbert J, Montori V, Erwin P, Stead L. Intervenciones para el abandono del consumo de tabaco sin humo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 2. Art. No.: CD004306. DOI: 10.1002/14651858.CD004306
17. Peter Hajek, Lindsay F Stead, Robert West, Martin Jarvis, Tim Lancaster. Intervenciones para la prevención de la reincidencia en el hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD003999. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
18. Amanda C Parsons, Mujahed Shraim, Jennie Inglis, Paul Aveyard, Peter Hajek. Intervenciones para prevenir el aumento de peso después del abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD006219. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. FDA US Food and drug administration. Chantix (varenicline): Label Change - Risk of Certain Cardiovascular Adverse Events. <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm259469.htm>

OTROS TRATAMIENTOS

Cristóbal Trillo Fernández; Fernando Vivar Figuerola; Pablo Panero Hidalgo

ANTIDEPRESIVOS

Entre los antidepresivos, sólo el **bupropion** y la **nortriptilina** han demostrado eficacia en el tratamiento de la deshabituación al tabaco a largo plazo, siendo su eficacia similar a la de la terapia sustitutiva con nicotina y no limitándose a aquellas personas con historia de depresión o síntomas depresivos durante la abstinencia del tabaco; en cuanto a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina no se ha demostrado que tengan efecto beneficioso para ayudar a dejar de fumar¹.

La nortriptilina se considera en la actualidad un fármaco de segunda línea en el tratamiento del tabaquismo² (**recomendación A**); se recomienda comenzar con 25 mgr/día e ir incrementando hasta alcanzar una dosis de 75 a 100 mgr/día en dos o tres dosis, con una duración del tratamiento de 12 semanas³. Presenta múltiples efectos indeseables, por lo que no se encuentra en la actualidad entre las indicaciones de este fármaco el tratamiento del tabaquismo.

ANSIOLÍTICOS

Aunque la ansiedad puede contribuir al aumento del tabaquismo, y puede ser un síntoma de abstinencia de fumar, no hay evidencia consistente en que los ansiolíticos sean efectivos en la deshabituación tabáquica⁴.

CLONIDINA

Se considera junto con la nortriptilina un fármaco de segunda línea en el tratamiento del tabaquismo (**recomendación A**), aunque sus múltiples efectos indeseables limitan su utilidad en Atención Primaria⁵.

OTROS FÁRMACOS

Existe insuficiente evidencia para otros fármacos como el antagonista nicotínico (mecamylamina), los opioides (naltrexona), el acetato de plata o el agonista parcial nicotínico (lobelina)⁶.

ACUPUNTURA Y TERAPIAS RELACIONADAS

No existe evidencia consistente de que la acupuntura, la acupresión, la laserterapia o la electroestimulación sean efectivos para dejar de fumar. En una revisión Cochrane reciente⁷ se vio que entre estas técnicas, la única en la que hubo estudios suficientes para valorar cambios significativos fue la acupuntura, en comparación con la acupuntura simulada, demostrando efectos significativos a corto plazo (6 semanas), aunque los estudios son heterogéneos y el resultado está influido fuertemente por un estudio individual positivo. El resultado a largo plazo (entre 6 meses y 1 año) no muestra ningún efecto de la acupuntura comparada con la acupuntura simulada. Los autores recomiendan realizar más estudios con el uso de acupuntura frecuente o continua.

HIPNOTERAPIA

Los ensayos clínicos han utilizado diferentes tipos de hipnoterapia, incluyendo en los grupos de control a pacientes sin tratamiento, con consejo breve o con intervención mínima, no encontrándose evidencia de que la hipnoterapia sea tan eficaz como asesoramiento sobre el tratamiento⁸.

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

Consiste en un dispositivo en forma de cigarrillo que vaporiza una sustancia contenida en un cartucho localizado en su boquilla, provocando la expulsión de vapor que imita al humo al tiempo que se enciende una luz en su punta, consiguiendo así en teoría un efecto similar al que se obtendría fumando un cigarrillo tradicional. Fue desarrollado en China y se vende libremente en Europa, Japón y Estados Unidos.

La FDA (Food and Drug Administration) analizó 19 variedades de cartuchos producidos por 2 proveedores de cigarrillos electrónicos, alertando

de la presencia de sustancias cancerígenas (como nitrosaminas), tóxicas (como dietilenglicol) y de diferentes concentraciones de nicotina en algunos de ellos⁹. Algunos de los cartuchos en los que se encontraron nicotina se vendían como libres de dicha sustancia. En julio de 2009, la FDA emitió un comunicado de prensa para desaconsejar el uso de cigarrillos electrónicos¹⁰.

La OMS advierte de que todavía no hay ninguna evidencia que demuestre la seguridad o la eficacia de estos cigarrillos electrónicos¹¹, de hecho ha prohibido usar como reclamo que son una ayuda para dejar de fumar; para ello tendrían que estar avalados científicamente y cumplir con la legislación que rige al resto de productos aprobados a tal efecto.

En España existe un vacío legal, ya que no están regulados como medicamentos ni como productos sanitarios, a pesar de haberse detectado nicotina en algunas marcas.

En el momento actual los cigarrillos electrónicos no se recomiendan en el tratamiento de la deshabituación tabáquica, en primer lugar por la variabilidad en las concentraciones de los compuestos que contienen y sus potenciales efectos perjudiciales sobre la salud, y en segundo lugar porque no se han realizado ensayos clínicos bien diseñados sobre su efecto beneficioso en el tratamiento de la deshabituación tabáquica¹².

ASESORAMIENTO TELEFÓNICO Y MENSAJES EN TELÉFONOS MÓVILES

Existe evidencia de que, tras 6 meses de seguimiento, el asesoramiento telefónico proactivo con más de 2 llamadas asociado al consejo breve, la intervención mínima o el tratamiento farmacológico, aumenta la probabilidad de que el paciente deje de fumar en comparación con las mismas intervenciones sin dicho asesoramiento telefónico¹³.

En cuanto a los mensajes en teléfonos móviles, aunque los resultados a corto plazo (6 semanas) son positivos, no existe evidencia de que tengan efecto a largo plazo para conseguir el abandono del tabaco¹⁴.

En la cartera de servicios de Salud Responde del Servicio Andaluz de Salud se oferta la información sobre el tabaco en el teléfono 902 505 060.

RESUMEN DE EVIDENCIAS DE FÁRMACOS EN TABAQUISMO

Tabla: Eficacia y tasa de abstinencia de varias medicaciones y combinaciones de medicamentos en comparación con el placebo, 6 meses después del abandono. (Metanálisis de 2008) (Modificado de Fiore y cols.¹⁵)

Medicación	Numero de grupos de estudio.	Razón de posibilidades estimada a (IC del 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC del 95%)
Placebo	80	1	13,8
MONOTERAPIAS			
Vareniclina (2mgr/día)	5	3,1(2,5-3,8)	33,2(28,9-37,8)
Spray nasal de nicotina	4	2,3(1,7-3,0)	26,7(21,5-32,7)
Parche de nicotina a dosis altas (>25 mgr) (duración estándar y tratamientos prolongados)	4	2,3(1,7-3,0)	26,5(21,3-32,5)
Chicle de nicotina tratamiento prolongado (> de 14 semanas)	6	2,2(1,5-3,2)	26,1(19,7-33,6)
Vareniclina (1mgr/día)	3	2,1(1,5-3,0)	25,4(19,6-32,2)
Clonidina	3	2,1(1,2-3,7)	25(15,7-27,3)
Bupropión SR	26	2,0(1,8-2,2)	24,2(22,2-26,4)
Parche de nicotina (6 a 14 semanas)	32	1,9(1,7-2,2)	23,4(21,3-25,8)
Parche de nicotina tratamiento prolongado (>14 semanas)	10	1,9(1,7-2,3)	23,7(21,0-26,6)
Nortriptilina	5	1,8(1,3-2,6)	22,5(16,8-29,4)
Chicle de nicotina (de 6 a 14 semanas)	15	1,5(1,2-1,7)	19,0(16,5-21,9)
COMBINACIÓN DE FÁRMACOS			
Parche nicotina (>14 semanas) + TSN (Chicle o Spray) a demanda	3	3,6(2,5-5,2)	36,5(28,6-45,3)
Parche + Bupropión SR	3	2,5(1,9-3,4)	28,9(23,5-35,1)
Parche + Nortriptilina	2	2,3(1,3-4,2)	27,3(17,2-40,4)

Como se puede apreciar en la Tabla, el uso adecuado de determinados fármacos aumentan en mayor o menor medida las posibilidades de éxito de abandono del tabaco. (**Recomendación A**)

BIBLIOGRAFÍA

1. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD000031. Disponible en: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000031.html>.
2. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Nortriptyline for smoking cessation: a review. *Nicotine Tob Res* 2005; 7(4):491-499.
3. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina. 2005. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/html/site_tabaco/pdf/TRATO_ADICCION_TABACO.pdf.
4. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD002849. Disponible en: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002849.html>.
5. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000058.
6. Barrueco FM, Hernández Mezquita MA, Torrecilla GM. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 3ª ed. Majadahonda(Madrid): 2006.
7. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 1. Art. No.: CD000009. Disponible en: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000009.html>
8. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* ;(2):CD001008. Updated 2004.
9. Evaluation of e-cigarettes . Food and Drug Administration (US) -center for drug evaluation and research. 2007. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/ScienceResearch/UCM173250.pdf>.
10. FDA and Public Health Experts Warn About Electronic Cigarettes . Food and Drug Administration (US). 2009. Disponible en: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm173222.htm>.
11. Marketers of electronic cigarettes should halt unproved therapy claims. WHO news media center 2008. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr34/en/index.html>.

12. Flouris AD, Oikonomou DN. Electronic cigarettes: miracle or menace? *BMJ* 2010; 340: c311.
13. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850.
14. Whittaker R, Borland R, Bullen C, Lin RB, McRobbie H, Rodgers A. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD006611.
15. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating tobacco use dependence: 2008 update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Mayo 2008. Tabla 6.26 Disponible en <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>.

RECOMENDACIONES FINALES SOBRE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Vidal Barchilón Cohen; Ana Morán Rodríguez; Juan Guerrero Ruiz

- En un reciente documento revisado¹ se aconseja no favorecer ninguno de los tres tratamientos sobre los otros. El terapeuta y el paciente deben elegir la opción que les pueda parecer más apropiada.
- Para decidir qué fármaco utilizar se debe tener en cuenta:
 - Contraindicaciones y efectos adversos potenciales
 - La adherencia al tratamiento que pueda tener el paciente
 - Preferencias sugeridas por el paciente
 - Experiencias previas
 - Posibilidad de apoyo y consejo apropiado.
- Si ha existido fracaso en un intento serio con cualquiera de los tres tratamientos, no ofertar un nuevo intento terapéutico hasta pasados 6 meses, a no ser que hubiera existido una circunstancia especial que obstaculizase este intento, en cuyo caso se podría ofertar antes.¹
- Considerar combinación de parches de nicotina con alguna otra modalidad de nicotina de absorción más rápida (chicles o caramelos) en pacientes que muestran un alto nivel de dependencia a la nicotina, que haya fracasado en un intento previo con una sola forma de nicotina, o con antecedentes de síndrome de abstinencia grave (**recomendación A**)².
- Vareniclina o bupropion pueden ser ofertados, según características clínicas a personas con patologías cardiovasculares menos estables.
- Según las últimas guías revisadas^{2, 3}, el uso combinado de parches de nicotina con bupropion, podría estar indicado en caso de síndrome de

abstinencia importante a pesar de utilizar monoterapia (**recomendación A**), aunque la guía NICE¹ aún no lo contempla como recomendación fuerte.

- No se recomienda la combinación de TSN con vareniclina, ni de bupropion con vareniclina. ^{1,2}

BIBLIOGRAFÍA

1. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. National Institute for Health and Clinical Excellence, Feb 2008. Disponible en: www.nice.org.uk/PH010
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, Md : U.S. Department of Health and Human services. Public Health Service. May 2008
Disponible en <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>
3. Foulds,J.; Steinberg, MB.; Williams, JM.; Ziedonis JM. Developments in pharmacotherapy for tobacco dependence: past, present and future. Drug Alcohol Rev. 2006; 25: 59-71.

Advertencia sobre los fármacos:

Los autores de esta Guía recuerdan a los lectores que las dosis, pautas y efectos adversos de los fármacos en ella relacionados pueden sufrir cambios. Se aconseja consultar las recomendaciones de los boletines de información terapéutica y las especificaciones del fabricante respecto a su dosificación.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Distrito Sanitario Bahía de Cádiz - La Janda



Trabajando juntos por un mundo más sano



**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**