

2009

2009

4ª edición

Manual de **Prevención y
Tratamiento del Tabaquismo**

Manual de **Prevención y Tratamiento** del **Tabaquismo**

M. Barrueco Ferrero
M. A. Hernández Mezquita
M. Torrecilla García



*Trabajando juntos
por un mundo más sano™*

2009

4ª edición

Manual de
**Prevención y
Tratamiento
del Tabaquismo**

2009

4ª edición

Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo

M. Barrueco Ferrero
M. A. Hernández Mezquita
M. Torrecilla García



El contenido de esta obra refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de sus autores, basados en la bibliografía y en su propia experiencia, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de los laboratorios fabricantes de los productos farmacéuticos que en ella se citan. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de estos productos pueden no ser acordes en su totalidad con las correspondientes Fichas Técnicas aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta.

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita del titular del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, electrónico o mecánico, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático.

Primera edición: octubre 2001.

Segunda edición: marzo 2003.

Tercera edición: agosto 2006.

Cuarta edición: enero 2009.

© 2009 Miguel Barrueco Ferrero



E.U.R.O.M.E.D.I.C.E., Ediciones Médicas, S.L.
Avda. dels Vents 9-13, Esc. B, 2.º 1.ª 08917 Badalona
euromedice@euromedice.net
www.euromedice.net

ISBN:

Depósito Legal:

A nuestras familias, una vez más, por habernos permitido disponer del tiempo y la dedicación necesarios para la realización del Manual, tiempo que a ellos correspondía.

A quienes, además de su profesionalidad, dedican a la prevención y el tratamiento del tabaquismo su tiempo por concebirlo como un compromiso próximo necesario y casi una militancia, y a todos aquellos que se han planteado colaborar para erradicar una enfermedad que asola la humanidad, en especial a los más débiles.

A todos los profesionales sanitarios que han utilizado este Manual en el pasado y que nos han hecho llegar sus sugerencias para que esta edición sea más clínica, colaborando a hacer del Manual un libro abierto y vivo, y a quienes puedan utilizarlo en el futuro, esperando que también nos hagan llegar sus opiniones para poder continuar el proceso de mejora en la asistencia a los fumadores.

Editores

Miguel Barrueco Ferrero

Hospital Universitario. Universidad de Salamanca.

Miguel Ángel Hernández Mezquita

Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

Miguel Torrecilla García

Centro de Salud San Juan. Salamanca.

Autores

Francisco Javier Álvarez Gutiérrez

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

José Luis Álvarez-Sala Walther

Hospital Clínico de San Carlos. Universidad Complutense. Madrid.

Miguel Barrueco Ferrero

Hospital Universitario. Universidad de Salamanca.

José María Carreras Castellet

Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Karl Fagerström

*Fagerström Consulting and Smokers Information Center.
Helsingborg (Suecia).*

Michael C. Fiore

*Center for Tobacco Research and Intervention, School
of Medicine and Public Health. University of Wisconsin Madison.
Wisconsin (EE. UU.).*

Francisca Lourdes Márquez Pérez

Servicio de Neumología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

José Ignacio de Granda Orive

*Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.
Universidad San Pablo CEU. Madrid.*

Miguel Ángel Hernández Mezquita

Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

Carlos Andrés Jiménez Ruiz

*Unidad de Tabaquismo. Instituto de Salud Pública
de la Comunidad de Madrid.*

Isabel Nerín de la Puerta

Universidad de Zaragoza.

Alfonso Pérez Trullén

Hospital Universitario. Universidad de Zaragoza.

José María Ramón Torrell

Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Juan Antonio Riesco Miranda

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Segismundo Solano Reina

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Wendy E. Theobald

*Center for Tobacco Research and Intervention University
of Wisconsin School of Medicine and Public Health Madison.
Wisconsin (EE. UU.).*

Serena Tonstad

*Ullevål University Hospital. Oslo University (Noruega).
Universidad de Loma Linda. California (EE. UU.).*

Miguel Torrecilla García

Centro de Salud San Juan. Salamanca.

Colaboradores

Noelia Amor Besada

*Unidad de Tabaquismo. Instituto de Salud Pública.
Comunidad de Madrid.*

Ana Cicero Guerrero

*Unidad de Tabaquismo. Instituto de Salud Pública.
Comunidad de Madrid.*

Galo Fernández Zapata

*Unidad de Neumología. Hospital Virgen del Puerto.
Plasencia (Cáceres).*

Vanesa Hidalgo Sierra

Centro de Salud Plasencia II. Plasencia (Cáceres).

Aurora García-Tenorio Damasceno

Centro de Salud Los Yébenes. Madrid.

Adriana Jiménez-Muro Franco

*Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina.
Universidad de Zaragoza.*

María Teresa Lainez Lazcoz

*Unidad de Neumología. Hospital Virgen del Puerto.
Plasencia (Cáceres).*

Adriana Marqueta Baile

*Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina.
Universidad de Zaragoza.*

Marisa Mayayo Ulibarri

*Unidad de Tabaquismo. Instituto de Salud Pública.
Comunidad de Madrid.*

María Dolores Plaza Martín

Centro de Salud Profesor Sisinio de Castro. Salamanca.

Juan Luis Rodríguez Hermosa

*Servicio de Neumología. Hospital Clínico San Carlos.
Universidad Complutense. Madrid.*

Paz Vaquero Lozano

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

María del Carmen Tabera Hernández

Centro de Salud San Juan. Salamanca.

PRÓLOGO	15
<i>J. Ancochea, Juan L. Ruiz Manzano</i>	
PRESENTACIÓN	19
<i>M. Barrueco, M.A. Hernández, M. Torrecilla</i>	
CAPÍTULOS	
I Efectos nocivos del tabaco sobre la salud. Utilización de la patología del tabaco como factor de motivación en fumadores enfermos	23
<i>S. Solano, J.I. de Grandá, A. García-Tenorio, P. Vaquero</i>	
II Aplicación clínica práctica de la entrevista motivacional	53
<i>I. Nerín, J.L. Álvarez-Sala, A. Marqueta, A. Jiménez-Muro, J.L. Rodríguez</i>	
III Cinco minutos para el tabaco en la consulta de atención primaria	79
<i>M. Torrecilla, M.D. Plaza, M.C. Tabera</i>	
IV Cinco minutos para el tabaco en la consulta de atención especializada	95
<i>F. Álvarez, A. Pérez-Trullén</i>	
V Intervención sobre fumadores especialmente vulnerables y fumadores de riesgo	117
<i>J.M. Ramón, J.A. Riesco</i>	
VI Aplicación clínica del tratamiento multicomponente del tabaquismo	151
<i>M. Barrueco, J.M. Carreras</i>	

VII	Tratamiento farmacológico: eficacia y seguridad de la terapia sustitutiva con nicotina	179
	<i>C.A. Jiménez-Ruiz, K.O. Fagerström, N. Amor, M. Mayayo, A. Cicero</i>	
VIII	Tratamiento farmacológico: eficacia y seguridad de bupropión	207
	<i>M.C. Fiore, W.E. Theobald</i>	
IX	Tratamiento farmacológico: eficacia y seguridad de vareniclina	243
	<i>S. Tonstad</i>	
X	Estrategias para la prevención de las recaídas. Actitud ante el fracaso terapéutico	267
	<i>M.A. Hernández, F.L. Márquez, V. Hidalgo, M.T. Lainez, G. Fernández</i>	
ANEXOS		287
Anexo 1.	Modelo de historia clínica de tabaquismo	300
Anexo 2.	Hoja de registro del consumo de cigarrillos	301
Anexo 3.	Hoja de actividades de rotura de lazos con el tabaco	302
Anexo 4.	Registro del consumo de tabaco previo a la cesación	303
Anexo 5.	Test de Fagerström	304
Anexo 6.	Test de Richmond	306
Anexo 7.	Test de Glover-Nilsson	307
Anexo 8.	Actitud ante el tabaco. Comparar los motivos para dejar de fumar con los motivos para seguir fumando	308
Anexo 9.	Información para entregar a los fumadores en fases de precontemplación y contemplación	309
Anexo 10.	Guía práctica para dejar de fumar (adaptado de la Guía Práctica de la SEPAR para dejar de fumar)	311
Anexo 11.	Consejos para los días previos al abandono del tabaco	313
Anexo 12.	Principales beneficios del abandono del tabaco	315

Anexo 13.	Síntomas del síndrome de abstinencia	316
Anexo 14.	Recomendaciones de apoyo psicológico	317
Anexo 15.	Falsas creencias respecto del tabaco y su posible contraargumentación	318
Anexo 16.	Situaciones con mayor riesgo de fumar	320
Anexo 17.	Contrato de contingencias	321
Anexo 18.	Hoja diaria de registro de la abstinencia o consumo durante la fase de acción y valoración continuada del SAN	322
Anexo 19.	Consejos para utilizar todos los días. Tienen como objetivo ayudar a mantener la abstinencia tabáquica	323
Anexo 20.	Consejos para una correcta alimentación e hidratación	324
Anexo 21.	Consejos para mantenerse en forma. Estilo de vida saludable	325
Anexo 22.	Consejos para situaciones particulares	326
Anexo 23.	Ejercicios de relajación	327
Anexo 24.	Consejos sobre el sueño	328
Anexo 25.	Terapia sustitutiva con nicotina	329
Anexo 26.	Uso correcto de los parches de nicotina	330
Anexo 27.	Uso correcto de los chicles y comprimidos de nicotina	331
Anexo 28.	Tratamiento con bupropión	332
Anexo 29.	Tratamiento con vareniclina	333
Anexo 30.	Diagnóstico de fase y diagrama del proceso de abandono del tabaco	334
Anexo 31.	Actitud terapéutica en función de la fase del proceso de abandono del tabaco	335
Anexo 32.	Pautas simplificadas de tratamiento farmacológico para la cesación tabáquica	336
Anexo 33.	Componentes del tabaco y patología	337
Anexo 34.	Situaciones idóneas para el consejo antitabaco	338
Anexo 35.	Correlación entre los niveles de consumo de tabaco y los de monóxido de carbono y carboxihemoglobina	339
Anexo 36.	Criterios de derivación a una unidad especializada	340

Anexo 37.	Actividades a realizar en cada una de las revisiones	341
Anexo 38.	Tratamiento del tabaquismo en situaciones especiales	342
Anexo 39.	Escalera terapéutica en la cesación tabáquica	343
Anexo 40.	Síntomas del síndrome de abstinencia nicotínica y soluciones no farmacológicas para minimizarlos	344
Anexo 41.	Actitud ante el fracaso terapéutico	345
Anexo 42.	Principales complicaciones durante los tratamientos de cesación tabáquica	346
Anexo 43.	Contenido en nicotina de las principales marcas de tabaco	347
GLOSARIO		349

En las últimas décadas del siglo XX, los profesionales sanitarios hemos acumulado evidencias que demuestran que el consumo de tabaco es nefasto para la salud. Además, en las décadas de 1980 y 1990 también demostramos que la inhalación pasiva del humo del tabaco es perjudicial para la salud. Afortunadamente, todo ello es tan evidente que hoy nadie pone en duda ambas cuestiones.

Asimismo, las autoridades sanitarias de todos los países occidentales se ven impelidas a tomar medidas de control, donde se desarrollan leyes que prohíben el consumo de tabaco en lugares públicos cerrados y se establecen medidas que favorecen la prevención y estimulan el abandono del tabaco. No obstante, hay que señalar que las medidas destinadas a prevenir el inicio al consumo por los jóvenes y a favorecer el abandono de los ya iniciados se encuentran con numerosas dificultades, derivadas de los importantes intereses económicos que se mueven alrededor del tabaco y de la falta de sensibilidad por parte de las autoridades para reconocer, decididamente, que el tabaco es el principal problema de salud pública y que los muertos que causa son muchos más que los producidos por los actos de violencia cotidiana, los accidentes de tráfico o el sida juntos.

También hay que señalar que el tabaquismo es reconocido por la OMS como una enfermedad crónica, para la que existen tratamientos eficaces que son además mucho más coste-efectivos que otros tratamientos financiados por el Sistema Nacional de Salud. Desde 1996 se han elaborado normativas destinadas a los profesionales, como la *Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: A Guide to Effective Smoking Cessation Interventions for the Health Care System* en el Reino Unido y la *Clinical Practice Guidelaine* del *Department of Health and Human Services* de los Estados Unidos, que son referencias mundiales.

Estas normativas se han completado con las recomendaciones a las autoridades sanitarias de ambos países de incluir la asistencia a los fumadores entre las prestaciones sanitarias. Al respecto, cabe recordar las recomendaciones incluidas en *Guidance for Commissioners on the Cost Effectiveness of Smoking Cessations Interventions*, elaborada por el *Centre for Health Economics* de la Universidad de York, y la versión revisada en el año 2008 de la *Clinical Practice Guidelaine* del *Deparment of Health and Human Services* de los Estados Unidos.

En España nos encontramos en la fase III de la epidemia por tabaquismo. La aprobación de la Ley 182/2005 ha supuesto un avance en la prevención del tabaquismo, mediante la prohibición de la publicidad directa e indirecta, y un paso mucho más tímido de lo que se demandaba social y científicamente en lo relativo al consumo en lugares públicos, lo que significa que existen aún abundantes campos y oportunidades para la mejora. De hecho, y a pesar de la aprobación de la Ley, España se sitúa en la posición catorce en el ranking europeo en lo que respecta a las medidas de control del tabaquismo.

En la actualidad, y en relación con el tabaquismo en España, el reto más importante es la implicación decidida de las autoridades sanitarias en el desarrollo de las medidas necesarias para ofertar a los fumadores diagnóstico y tratamiento dentro de la red asistencial del Sistema Nacional de Salud, como sucede con otras enfermedades. Ello significa apostar por políticas sanitarias que estimulen a los profesionales a llevarlo a cabo y a poner a su alcance los medios necesarios, así como ofrecer a los fumadores la oportunidad de realizar todos los intentos serios de abandono del tabaco que necesiten. Este compromiso comporta la financiación de los tratamientos para dejar de fumar, evitando situaciones que atenten contra la equidad, como sucede ahora al existir comunidades autónomas donde dichos tratamientos se ofertan mientras que en otras no se financian.

No hay duda de que el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo son actividades clínicas, y este Manual es buena prue-

ba de ello. Desde la aparición de la primera edición en el año 2001 hasta esta actual, la cuarta, del año 2009, este Manual ha seguido una evolución paralela al reconocimiento clínico del tabaquismo, como no podía ser de otra manera. En ediciones anteriores, el Manual abordaba con extensión y rigor los aspectos destinados a la prevención y al tratamiento. En esta nueva edición, que pretende ser un *handbook*, los aspectos diagnósticos y de tratamiento adquieren un mayor protagonismo, posiblemente como respuesta a la necesidad que existe de ofrecer instrumentos sencillos a los profesionales sanitarios con el objetivo de conseguir su implicación. Es evidente que la única respuesta capaz de cambiar la evolución de la epidemia tabáquica es la oferta asistencial dentro del Sistema Nacional de Salud. Cualquier otra alternativa no modificará las tasas de fumadores sanos y tampoco la prevalencia de enfermos producidos por el tabaco.

Ese Manual es ya un «clásico» entre quienes abordan el tabaquismo desde una perspectiva clínica, y su éxito lo avala el que se trate ya de la cuarta edición del mismo. Posiblemente, a ello ha contribuido tanto el hecho de responder a una necesidad sentida por muchos profesionales como el haberse adaptado a la evolución real del problema del tabaquismo.

La participación como autores de un grupo importante de profesionales sanitarios que realizan el abordaje clínico del tabaquismo en España y de los más importantes expertos internacionales garantiza que la información que se ofrece es de primer nivel. Esperamos que esta nueva edición sirva para facilitar la intervención de todos los profesionales sanitarios y en todos los niveles asistenciales. Ayudar a los fumadores a dejar de fumar, y hacerlo cuanto antes, es el reto más importante de salud pública al que se va a enfrentar España en los próximos años. Hacerlo de una forma eficiente y garantizando la equidad es una necesidad y una obligación profesional y ética.

Como miembros directivos de la *Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica* (SEPAR), una sociedad científica y

profesional comprometida con la lucha contra el tabaquismo, queremos agradecer a los editores y a los autores del presente Manual su contribución a la formación sobre la enfermedad más prevalente que afecta a la humanidad, así como felicitarles por el resultado final de su obra.

**Julio Ancochea Bermúdez
y Juan Luis Ruiz Manzano**
Presidentes de SEPAR

Presentación

Los autores y editores les presentamos la cuarta edición del *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. Muchos de ustedes conocen las ediciones anteriores y por ello saben que el espíritu de esta obra colectiva es ofrecer de forma periódica y actualizada la información existente en cuanto al diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo, desde una perspectiva eminentemente clínica y práctica, motivo por el que en cada edición tratamos de convertirlo un poco más en un manual de bolsillo, siempre al alcance de la mano, más que en un libro de consulta propio de bibliotecas.

En esta nueva edición hemos querido hacerlo aún más clínico. El tabaquismo es una enfermedad crónica, por lo que su tratamiento es, debe ser, una actividad clínica integrada en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Corresponde al personal sanitario ofrecer este tipo de tratamiento y para ello necesita de herramientas prácticas, destinadas a facilitar la implementación de los procedimientos adecuados en sus actividades profesionales diarias, independientemente del lugar del sistema sanitario en el que éstas se realicen. Es por eso por lo que también, sin renunciar a los procedimientos de intervención colectiva, hemos primado los relativos a la intervención individual, *face to face*, que es el sistema mayoritario de oferta de servicios del Sistema Nacional de Salud y la forma de asistencia más demandada por los pacientes.

Desde esta perspectiva, la cuarta edición ha revisado y puesto al día todos los temas e incorpora otros que hasta ahora no formaban parte del Manual y que consideramos necesarios en la actualidad y en el futuro próximo, con una dedicación especial a revisar y actualizar los procedimientos de diagnóstico y los tratamientos, como la entrevista motivacional en el caso de los procedimientos psicológicos o el tratamiento de reducción hasta dejarlo en el caso de la TSN o con vareniclina en el caso de

los farmacológicos. Cada uno de los capítulos ofrece información relevante que, como en ediciones anteriores, se complementa con los anexos, destinados a su utilización en aquellos lugares en los que, por no disponer de historias clínicas o procedimientos de información al paciente sistematizados, pueden resultar de utilidad. Por este motivo, como en las ediciones anteriores, en la futura versión en PDF estarán disponibles y serán archivos modificables para permitir incorporar en los mismos las cuestiones que cada clínico considere oportunas, así como incorporar a dichos anexos el membrete de la institución en la que trabaja, personalizando así la información que ofrece a sus pacientes.

Desde la anterior edición del Manual, el progreso en la incorporación del diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo ha sido más clínico que institucional, más un esfuerzo de los clínicos que de los gestores, por lo que queremos recordar que las recomendaciones de la *Guidance for Commissioners on the Cost Effectiveness of Smoking Cessations Intervention* del *National Health Service* del Reino Unido siguen vigentes y que la nueva edición de la *Clinical Practice Guideline* de los Estados Unidos de 2008 actualiza y refuerza estas recomendaciones. La inclusión del tratamiento del tabaquismo en las prestaciones sanitarias es mucho más eficiente que la mayoría de las intervenciones médicas destinadas a mejorar el estado de salud, y se recomienda su inclusión dentro del catálogo de prestaciones, así como el desarrollo de estímulos a los profesionales y los equipos sanitarios para fomentar su implantación en la práctica clínica. Colaborar a erradicar el tabaquismo de nuestras sociedades es una tarea de todos. Esperamos que el Manual sea una ayuda para conseguirlo.

Los editores queremos agradecer el esfuerzo que vienen realizando los autores que colaboran de forma entusiasta y desinteresada en cada edición del Manual y extender también nuestro agradecimiento a aquellos que se incorporan a esta nueva edición. En esta ocasión hemos ampliado la participación de autores internacionales de prestigio y, a los nombres de los profesores Kart Fagerström o Michael Fiore, se ha incorpora-

do también el de la profesora Serena Tonstad. A ellos les queremos agradecer también su colaboración incondicional con esta obra.

Miguel Barrueco Ferrero
Miguel Ángel Hernández Mezquita
Miguel Torrecilla García

Efectos nocivos del tabaco sobre la salud. Utilización de la patología del tabaco como factor de motivación en fumadores enfermos

Segismundo Solano Reina, José Ignacio de Granda Orive,
Aurora García-Tenorio Damasceno, Paz Vaquero Lozano

INTRODUCCIÓN

En los países occidentales se consideran únicamente dos o tres causas principales de muerte, cuyos efectos ahora están aumentando rápidamente: consumo de tabaco, sida y quizás la obesidad, situándose muy por delante el tabaquismo. Anualmente mueren en el mundo 5 millones de personas a causa del tabaco, y si no se aplican medidas idóneas en políticas y programas para frenar su consumo, las predicciones de 10 millones de muertes al año por consumo de tabaco para el 2030 será una realidad¹. La mitad de estas muertes ocurrirán en el segmento de población de mediana edad (35-69 años), y los fumadores perderán una media de entre 10 y 20 años de expectativa de vida, en comparación con los no fumadores.

Hasta ahora, el uso del tabaco se ha asociado a más de 25 enfermedades, incluyendo enfermedades respiratorias, cardiovasculares y diversos tipos de cáncer.

En España, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2006, cada vez se fuma menos y se ha frenado el crecimiento del consumo en mujeres fumadoras². Por lo que respecta a los hábitos de vida que están relacionados con el consumo de tabaco, el 29,5% de la población de 16 años en adelante son fumadores (el 26,4% afirma que fuma a diario y el 3,1% es

fumador ocasional), el 20,5% se declara ex fumador y el 50% dice que nunca ha fumado (figura 1).

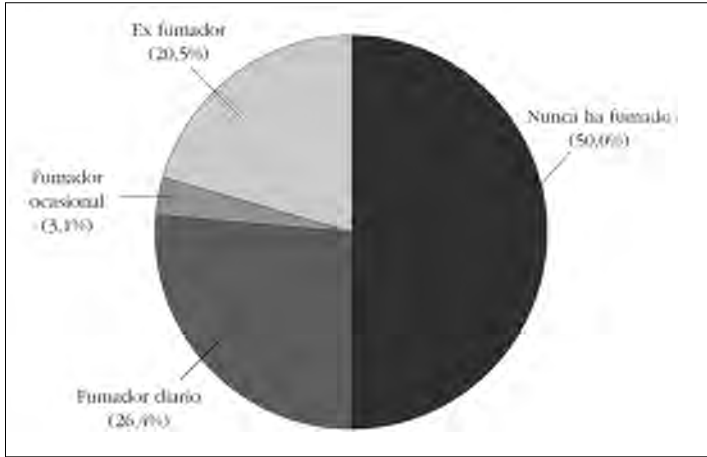


Figura 1. Consumo de tabaco en España. Encuesta Nacional de Salud 2006

En cuanto a la mortalidad, el tabaquismo continúa produciendo estragos en la población de España. Las 54.233 muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco (49.366 en varones y 4.867 en mujeres)³ obedecen en gran medida a las aún elevadas cifras de prevalencia de consumo. Esta cifra de muertes equivale al 16% de todas las muertes ocurridas en individuos mayores de 35 años; dicho de otro modo, una de cada seis muertes (1 de cada 4 en varones y 1 de cada 34 en mujeres) son atribuibles al consumo de tabaco. De ahí que la mortalidad por consumo de tabaco suponga una elevadísima carga de muertes prematuras evitables.

El 91% de las muertes ocurren en varones y el 9% en mujeres. Dos tercios de estas muertes son por cuatro causas: Cáncer de Pulmón (CP) (28,8%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (20,0%), cardiopatía isquémica (12,4%) y enfermedad cerebrovascular (8,9%). Si nos fijamos bien, casi el 50% de estas cuatro entidades corresponden a enfermedades neumológicas (CP y EPOC).

EFECTOS NOCIVOS DEL HUMO DEL TABACO SOBRE EL APARATO RESPIRATORIO

El humo del tabaco afecta tanto a la estructura como a la función de la vía aérea central y periférica, y altera también el sistema autoinmune del pulmón. Se ha demostrado que la exposición continuada al humo del cigarrillo estimula la médula ósea, con el resultado de una acelerada liberación de células maduras e inmaduras a la circulación sanguínea, lo que contribuye a que aparezca leucocitosis en los fumadores. Esta elevada carga de leucocitos polimorfonucleares desempeña un papel importante en la patogenia de la inflamación crónica en el árbol respiratorio asociada al consumo de cigarrillos⁴. Otros estudios han mostrado que el humo aumenta la interleucina-8 liberada por las células epiteliales de la mucosa bronquial; también los estudios histológicos muestran proliferación de macrófagos y linfocitos T, predominando los linfocitos T CD8+, lo que es indicador de la importancia del papel de estas células en la inflamación del tracto respiratorio inferior y en la patogénesis de las enfermedades neurológicas relacionadas con el consumo de tabaco^{5,6}. Además, se ha informado de una transformación escalonada del epitelio ciliado estratificado de la mucosa bronquial normal hacia la metaplasia escamosa, carcinoma *in situ* y, posteriormente, carcinoma invasivo broncogénico⁷.

Numerosas anomalías han sido observadas en la función pulmonar de los fumadores. En general, los fumadores tienen un FEV₁ (volumen espiratorio forzado en el primer segundo) menor y muestran un descenso más acelerado de este volumen que los ex fumadores y los que nunca han fumado, y esta asociación presenta una relación directa dosis/respuesta. Un estudio epidemiológico ya clásico mostró que el FEV₁ desciende gradualmente a lo largo del tiempo; sin embargo, la mayoría de los no fumadores y un grupo considerable de fumadores no llegan a desarrollar un trastorno ventilatorio obstructivo. En cambio, en la población susceptible el tabaco origina cambios obstructivos irreversibles que conducen a dicho trastorno obstructivo. Sin embargo, si un fumador susceptible deja de fumar, presentará una ligera mejoría de su función pulmonar y, lo que es más impor-

tante, el descenso posterior será más lento y menor que en aquellos otros que continúan fumando⁸ (figura 2). Los resultados del *Lung Health Study* demostraron que un programa de intervención intensiva del control del tabaquismo reduce significativamente el rápido declinar del FEV₁ en los fumadores⁹.

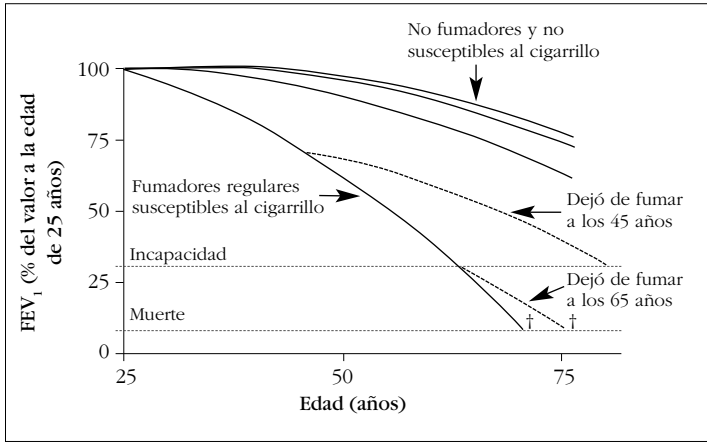


Figura 2. Efecto del tabaquismo sobre la función pulmonar (FEV₁)

Los síntomas respiratorios generales son mucho más frecuentes en los fumadores de cigarrillos. Existe una relación dosis/respuesta en la aparición de tos crónica, aumento de la expectoración y dificultad respiratoria. El humo del tabaco induce cambios en el epitelio de la mucosa bronquial, incluyendo pérdida de los cilios, hipertrofia de las glándulas mucosas y aumento de células caliciformes, lo que favorece el desarrollo y la presencia de sintomatología respiratoria¹⁰.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La EPOC es una enfermedad de las vías respiratorias, lentamente progresiva y potencialmente mortal, que se caracteriza por una obstrucción del flujo aéreo que no es totalmente reversible. Está causada por dos mecanismos principales: la inflamación crónica de las vías respiratorias y la destrucción gradual de los alvéolos¹¹.

La inflamación crónica provoca fibrosis, que a su vez induce a la constricción de la vía aérea.

Esta inflamación está liderada por los neutrófilos. Varias proteasas liberadas por los neutrófilos deterioran la elasticidad y el soporte de los alvéolos. Además, los bronquiolos terminales se colapsan al estar bloqueados por tapones de moco, y como consecuencia sus alvéolos correspondientes se destruyen. La EPOC se asocia también a una producción excesiva de moco, con lo que las vías respiratorias se obstruyen y se producen espasmos de la musculatura bronquial. El aire queda atrapado en las vías respiratorias distales, provocando hiperinsuflación pulmonar, lo que reduce el volumen corriente y aumenta el espacio muerto; éste, asociado a la obstrucción de la vía aérea y al menor intercambio gaseoso provocado por la destrucción de los alvéolos, conduce finalmente a la insuficiencia respiratoria. La hipoxia mantenida aumenta la resistencia vascular pulmonar, originando una hipertensión pulmonar y posteriormente una insuficiencia cardiaca derecha (*cor pulmonale*).

La *American Thoracic Society* y la *European Respiratory Society* han definido la EPOC como un trastorno patológico prevenible y tratable, que se caracteriza por la limitación del flujo aéreo y que no es reversible por completo. Por lo general, la limitación del flujo aéreo es progresiva y está asociada a una respuesta anormal de los pulmones a las partículas o gases nocivos, principalmente causada por el humo del cigarrillo. Aunque la EPOC afecta sobre todo a los pulmones, también tiene una repercusión sistémica significativa. La enfermedad progresa mediante una larga fase subclínica, pero una vez que aparecen los síntomas suele seguir una evolución de disnea progresiva a niveles de ejercicio cada vez más ligeros, desequilibrio del intercambio de gases e insuficiencia respiratoria¹².

La principal causa de esta dolencia es el consumo de cigarrillos, responsable del 80-90% de todos los casos de EPOC. Un fumador tiene 10 veces más posibilidades de morir por esta enfermedad que un sujeto que no sea fumador, y los fumadores mueren una media de 10 años antes que los no fumadores¹³. El tabaquismo

provoca cambios estructurales irreversibles en los pulmones y acelera el descenso de la función pulmonar, que aparece normalmente cuando aumenta la edad. Si un paciente con EPOC deja de fumar, la tasa de descenso de la función pulmonar volverá a los valores observados en una persona no fumadora⁸. Por tanto, la detección precoz de la EPOC es de vital importancia para aconsejarles y ayudarles al abandono del tabaco cuanto antes.

Con el propósito de diagnosticar la EPOC en la etapa más precoz posible y tratar de detener su evolución progresiva mediante el cese del tabaquismo, la iniciativa GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*)¹⁴ ha instado a los médicos a tener una actitud de sospecha ante todo paciente expuesto a factores de riesgo (tabaquismo, inhalación de humo de leña y exposición a partículas o gases en el ambiente laboral) que tenga síntomas crónicos de tos y producción de esputo, indicadores de la importancia de la exposición (tabla 1). En ellos, el diagnóstico de EPOC debe confirmarse con una prueba espirométrica que demuestre la presencia de limitación del flujo espiratorio, caracterizada por una relación FEV₁/FVC inferior al 70%.

Los principales síntomas de la EPOC consisten en tos crónica, aumento de la expectoración, roncus o sibilancias, opresión toráci-

Tabla 1. Indicadores de sospecha en el diagnóstico de EPOC

Considerar la sospecha de EPOC y realizar espirometría si están presentes algunos indicadores en un sujeto fumador de más de 40 años. La presencia de varios de ellos aumentaría la probabilidad de padecer la enfermedad

SÍNTOMAS	CARACTERÍSTICAS
Disnea	Progresiva Coincide con el esfuerzo Persistente Referida como «dificultad para respirar»
Tos crónica	Puede ser intermitente, seca o productiva
Expectoración	Aumento de la producción de esputo
Exposición a factores de riesgo	Tabaquismo Polvos o sustancias químicas Humo de leña

ca y disnea. Esta sintomatología suele comenzar después de que el sujeto haya fumado durante 10 años, tiempo durante el cual los síntomas no suelen ser notables. Posteriormente, el paciente desarrolla al inicio la tos crónica productiva, seguida de la disnea, que es un síntoma muy característico. Ésta es persistente y lentamente progresiva.

La prevalencia, la morbilidad y la mortalidad de la EPOC varían entre países e incluso entre distintos grupos de un mismo país, pero se relaciona generalmente con el consumo de tabaco.¹⁴ Todos los años mueren por la EPOC 2,9 millones de personas; era la quinta causa de muerte en 1990, es la cuarta desde el año 2000 y pasará a ser la tercera causa en el 2020¹⁵. Se estima que cada año mueren en España cerca de 15.000 personas por EPOC. En nuestro país, según los últimos datos disponibles, supone la quinta causa de muerte entre los varones, con una tasa anual de 60 muertes por 100.000 habitantes, y la séptima para las mujeres, con una tasa anual de 17 muertes por 100.000 habitantes. Estos datos marcan una tendencia al alza, en particular en mujeres, pues en 1998 la EPOC representaba la quinta causa de mortalidad en los varones (tasa ajustada por edad de 56 muertes/100.000 habitantes) y la octava en mujeres (12/100.000 habitantes). En comparación, España se sitúa en un rango intermedio dentro de la Unión Europea, encabezada por algunos países de Europa del Este y anglosajones¹⁶.

Según el estudio IBERPOC, estudio epidemiológico de base poblacional, diseñado para medir la prevalencia y la variación de la distribución de la EPOC en individuos de entre 40 y 69 años en España¹⁷, la prevalencia fue del 9,1% (14,3% en varones y 3,9% en mujeres). Según el consumo tabáquico, la prevalencia fue del 15% en fumadores, del 12,8% en ex fumadores y del 4,1% en no fumadores. Un aspecto muy relevante del estudio fue que el 75% de las personas que presentaban EPOC no estaban diagnosticadas.

Como ocurre en otras enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco, la distribución de la EPOC depende fundamentalmente de dos factores: los efectos relacionados con el consumo de tabaco y los derivados del envejecimiento paulatino de la po-

blación. Por estos motivos resulta lógico prever que en España presenciaremos una verdadera epidemia de esta enfermedad durante los próximos años.

Como hemos señalado, la EPOC puede alterar gravemente la calidad de vida de los pacientes y reducir su estado global de salud. A medida que progresa la enfermedad, se deteriora aún más su función pulmonar; los pacientes pasan a depender cada vez más de la familia o de sus cuidadores, se incrementan las exacerbaciones y los ingresos hospitalarios, y todo esto incrementa los costes que representa para la sociedad, con un mayor consumo de recursos sociales y asistencia sanitaria.

Es preciso reiterar que la única medida que frena el mal pronóstico de la EPOC es el abandono del tabaco; de ahí la gran importancia que tiene el diagnóstico precoz de la enfermedad. Este hecho debe ser transmitido de forma categórica a los fumadores con EPOC para sensibilizarles acerca de la necesidad ineludible de que abandonen el consumo de cigarrillos como la parte más importante del tratamiento de su dolencia.

Tabaco y otras enfermedades respiratorias

Al margen de la EPOC, existen otros tipos de enfermedades neurológicas cuya existencia se ha relacionado en mayor o menor grado a la exposición al humo del tabaco. A continuación esbozaremos las más importantes.

Asma bronquial

Aunque no existe una clara evidencia de que el humo del tabaco sea un factor de riesgo causal específico en el desarrollo del asma, sí se conoce que puede favorecer la sensibilización a los alérgenos, agravar el pronóstico del asma y ocasionar que el tratamiento sea menos eficaz.

La hiperreactividad bronquial inespecífica es más frecuente en fumadores que en no fumadores. Un estudio llevado a cabo por Gerrard et al.¹⁸ ponía de manifiesto que en fumadores asintomá-

ticos se necesitaban menores concentraciones de metacolina para provocar broncoconstricción que en sujetos no fumadores. Diversos estudios han demostrado que la afectación de la pequeña vía aérea provocando constricción bronquial es mayor en fumadores; la reducción del calibre bronquial ocasionaría turbulencias en el flujo aéreo, facilitando la acumulación de las partículas tóxicas del humo del tabaco en la mucosa bronquial. Este proceso, asociado a los cambios anatomopatológicos presentes en los bronquios de los fumadores y al incremento de la permeabilidad de la mucosa que facilita la entrada de alérgenos, favorecería el desarrollo de la hiperreactividad bronquial.

Diferentes estudios han comprobado un aumento de la prevalencia de asma en hijos de padres fumadores, disminuyendo la frecuencia de síntomas respiratorios al interrumpirse la exposición a la contaminación ambiental por humo de tabaco.

También se ha señalado que el tabaco reduce la eficacia del tratamiento del asma, y se ha comprobado que la eficacia de los corticoides inhalados en esta enfermedad es menor si los pacientes continúan fumando.

La educación a pacientes asmáticos debería incluir los aspectos relacionados con el consumo de tabaco, y entre las recomendaciones del tratamiento debería incluirse la necesidad del abandono completo del consumo de cigarrillos.

Enfermedades pulmonares intersticiales

Granuloma eosinófilo. El granuloma eosinófilo es una enfermedad intersticial pulmonar poco frecuente y de causa desconocida, caracterizada por un acúmulo anormal de células de Langerhans en el parénquima pulmonar. El 90% de los sujetos que la padecen son fumadores, por lo que está considerada como una enfermedad relacionada con el consumo tabáquico. También es conocida como histiocitosis X o granulomatosis de células de Langerhans. Las manifestaciones clínicas son variables, pero la tos y la disnea están presentes con bastante frecuencia¹⁹. El abandono del tabaco es esencial en el manejo de la enfermedad, y

la mejoría de su pronóstico al dejar de fumar ha sido ampliamente demostrada²⁰.

Enfermedad pulmonar intersticial asociada a bronquiolitis respiratoria. La bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial es una presentación poco frecuente de enfermedad pulmonar intersticial que aparece exclusivamente en fumadores²¹. Mientras que la inflamación crónica bronquiolar es un hallazgo general en los fumadores, con escasa o nula manifestación clínico-funcional, un mínimo porcentaje de fumadores desarrollan esta enfermedad intersticial pulmonar sintomática en presencia de una inflamación bronquiolar más intensa. Se recomienda como tratamiento de elección el abandono del tabaco.

Neumonía intersticial descamativa. Las neumonías intersticiales idiopáticas son un heterogéneo grupo de enfermedades que tienen una clínica similar. La Neumonía Intestinal Descamativa (NID) es una forma poco frecuente de presentación de neumonía intersticial idiopática, que afecta principalmente a los varones en la cuarta o la quinta década de la vida, con antecedentes de tabaquismo activo^{19,22}.

En la historia clínica de todo este grupo de enfermedades intersticiales el tabaco está presente de alguna manera, y resulta fundamental que los pacientes abandonen el consumo de tabaco para mejorar la evolución clínica y el pronóstico de las mismas.

Infecciones respiratorias

Existen evidencias de que las infecciones respiratorias, como el resfriado común, la gripe, la tuberculosis, la neumonía bacteriana y la neumonía varicelosa, son más frecuentes en la población fumadora. El consumo de tabaco se asocia a una mayor actividad inflamatoria, alteración del sistema inmune y capacidad de inducir lesiones celulares, que se podrían mencionar como mecanismos responsables de esta asociación de los fumadores a las infecciones respiratorias.

Neumotórax espontáneo

El consumo de cigarrillos es el principal factor de riesgo en la aparición del neumotórax espontáneo²³. Se estima que el consumo tabáquico incrementa el riesgo de neumotórax unas 20 veces en los varones y unas 9 veces en las mujeres, habiéndose demostrado una relación dosis/respuesta. El abandono del tabaco se ha relacionado con una disminución del riesgo de recidiva. La aparición del neumotórax espontáneo probablemente esté en relación con la ruptura de una bulla o una burbuja subpleural. El atrapamiento distal de aire a causa de la inflamación inducida por el humo del tabaco conduce a una exagerada distensión alveolar y a una posterior ruptura como mecanismo favorecedor del neumotórax²⁴.

Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS)

Se dispone de escasa información clínica o epidemiológica sobre la relación entre el tabaquismo activo y los trastornos del sueño, a pesar de que la evidencia sugiere que existe una fuerte relación entre ambos²⁵. Algunos autores apuntan que los fumadores presentan mayores dificultades para iniciar el sueño y otros síntomas relacionados con la fragmentación del sueño y con una mayor frecuencia de eventos respiratorios nocturnos que los no fumadores. De otra parte, se ha observado una relación dosis/respuesta, de tal manera que los fumadores intensos tienen diez veces más posibilidades de tener dichos eventos, lo que lleva a considerar una probable relación entre la presencia de SAHS y el consumo de tabaco.

Cáncer de pulmón

Los resultados de la investigación disponible han demostrado que existen más de 1.000 sustancias de reconocido potencial cancerígeno, y se estima que entre el 75 y el 85% de los procesos neoformativos en humanos están relacionados con la exposición a estos carcinógenos ambientales. De entre todos estos agentes cancerígenos ambientales, el humo del tabaco es sin duda el mejor estudiado de todos, siendo en la actualidad incues-

tionable el papel que desempeña no solamente en el origen del CP, sino también en la aparición de otros procesos neoplásicos en diferentes localizaciones, principalmente cavidad oral, laringe, esófago, riñón, mama, etc.

En relación con la presencia de CP, el tabaco tiene un efecto dosis/respuesta. Se ha observado que el riesgo relativo de padecer CP es 18 veces superior en los fumadores de menos de 20 cigarrillos/día, respecto a los no fumadores, elevándose a 27 veces si el consumo es mayor a esa cantidad. Cuanto más precoz es la edad de inicio de consumo, mayor probabilidad existe de desarrollar CP. Del mismo modo, los fumadores que inhalan el humo de manera más profunda o usan cigarrillos sin filtro, con alto contenido en nicotina y alquitrán, tienen mayor riesgo de enfermar por CP. Igualmente, se ha comprobado que el abandono del tabaco disminuye el riesgo de CP después de 15 años, sin llegar a equipararse a los no fumadores. Un dato singular es que, durante el año siguiente al abandono del tabaco, el riesgo de padecer CP no sólo disminuye, sino que incluso se eleva ligeramente; esto se puede explicar por el hecho de que muchos enfermos dejan de fumar cuando ya se ha presentado la sintomatología ligada al cáncer, sin que aún no haya sido diagnosticado.

El CP es el tumor más frecuente y el que da lugar a una mayor mortalidad tanto a nivel mundial como en nuestro entorno. Aunque predomina en varones, en EE. UU. ya representa la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres.

La mortalidad por CP ha experimentado notables variaciones durante los últimos años. Actualmente, en la Unión Europea es la principal causa de muerte en varones y la tercera en mujeres. En Europa, el CP tuvo una mortalidad estimada de 171.990 varones y de 64.100 mujeres durante el año 2006, lo que representa el 26,3 y el 12,5% de la mortalidad por cáncer, respectivamente.²⁶ El principal factor de riesgo es el consumo de tabaco, siendo el responsable del 85-90% de las muertes por CP²⁷.

En el año 2006 se produjeron en España 371.478 defunciones por diferentes causas, 15.877 menos que las registradas un año antes.

La tasa bruta de mortalidad se situó en 843 fallecidos/100.000 habitantes. Los tumores se mantuvieron en segundo lugar como causa de muerte, después de la enfermedad cardiovascular, representando un 27% del total de los fallecimientos (tabla 2)²⁸. En 2006 se produjeron 101.669 defunciones por cáncer, lo que supuso un ligero ascenso (1,2%) en comparación con el año 2005. En los países occidentales, el CP se ha convertido en un grave problema de salud pública y es considerado por algunos investigadores como la epidemia del siglo XXI. Los datos de mortalidad por cáncer en España, publicados por el Centro Nacional de Epidemiología, reflejan que el número de defunciones por CP en el año 2006 fue de 19.513 (16.879 en varones y 2.634 en mujeres), siguiendo la tendencia creciente en varones (1,5% más) y mucho más acusada en mujeres (6,7%), en comparación con los datos de 2005. De este modo, el CP sigue siendo la principal causa de mortalidad por cáncer en el varón y la tercera en la mujer, por detrás del cáncer de mama y de colón²⁹ (figura 3).

Los escasos resultados obtenidos en la disminución del consumo de tabaco a nivel mundial, el incremento de la prevalencia de fumadoras, la dificultad para implementar programas de diagnóstico precoz eficaces y los pobres avances en el tratamiento de los casos no quirúrgicos no presagian un futuro muy prometedor para disminuir la prevalencia por CP.

A diferencia de EE. UU., donde la prevalencia de CP en varones ha comenzado a descender, en España, como se ha descrito pre-

Tabla 2. Número de defunciones según las principales causas de muerte y sexo. Año 2006

	Total	Varones	Mujeres
Enfermedades isquémicas del corazón	37.076	21.194	15.882
Enfermedades cerebrovasculares	32.887	13.849	19.038
Insuficiencia cardíaca	18.888	6.562	12.326
Cáncer de pulmón	19.513	16.879	2.634
Bronquitis crónica	14.333	10.770	3.563
Cáncer de colon	9.926	5.642	4.284
Cáncer de mama	5.956	—	5.956
Cáncer de próstata	5.413	5.413	—

viamente, la tendencia sigue siendo creciente. En nuestro país, a pesar de haberse constatado en los últimos años un descenso apreciable en el consumo de tabaco en la población general, especialmente en varones (figura 4)³⁰, habrá que aguardar todavía unos años para que esta tendencia comience a decrecer.

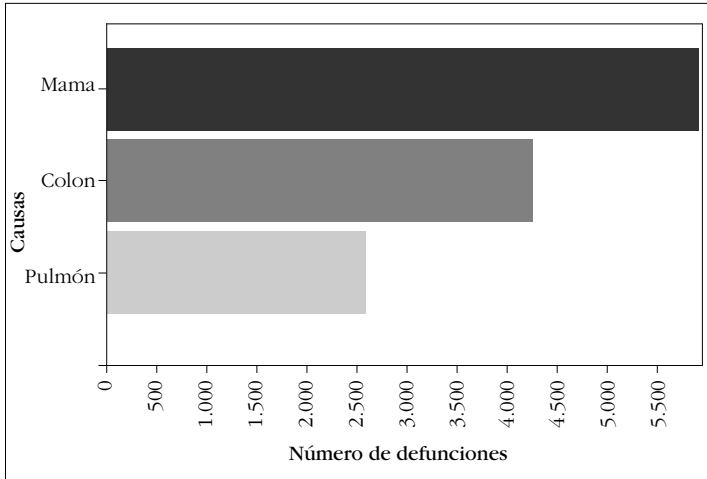


Figura 3. Mortalidad por cáncer de mama, colon y pulmón en mujeres. España, 2006

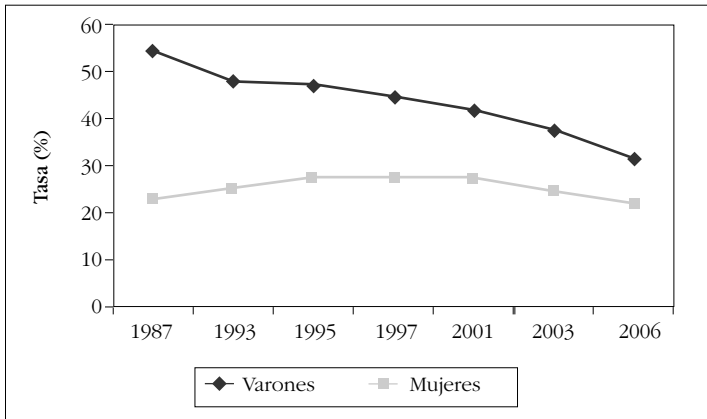


Figura 4. Evolución del consumo de tabaco en España (1987-2006)

Las mujeres se han incorporado al consumo de tabaco más tarde que los varones, condicionadas por factores socioculturales y la publicidad hábilmente manejada por la industria tabaquera. Teniendo en cuenta estos datos y dado que la latencia para advertir los efectos del tabaco sobre la mortalidad es de aproximadamente unos 30 años, cabe suponer que el cambio en las tendencias de mortalidad por CP en varones y mujeres puede imputarse a los cambios acontecidos en el consumo de tabaco en la década de los 70; y, como ya se está constatando, es de esperar que se inicie un descenso de la enfermedad en los varones y una mayor incidencia en las mujeres a corto y medio plazo. Posteriormente, si continúa la tendencia a disminuir el consumo de tabaco en la mujer, podremos asistir a un descenso en las tasas de incidencia de esta enfermedad en el colectivo femenino, aunque todavía es de esperar que el incremento de los casos de CP se mantenga al menos durante 10-15 años más.

En contraste con EE. UU., donde actualmente el tipo histológico de CP más frecuente es el Adenocarcinoma (AC), en nuestro entorno todavía el tipo celular más frecuente sigue siendo el Carcinoma Epidermoide (CE). Sin embargo, en los últimos años se ha notado un descenso de la tasa de CE, y quizás de Carcinoma de Células Pequeñas (CCP), a favor del tipo AC. Se ha discutido que este cambio de tendencia esté en relación con la disminución de prevalencia de consumo de tabaco en varones, con la incorporación de la mujer al tabaquismo y también con los cambios acaecidos en el patrón de consumo de tabaco en los fumadores, el uso sistemático de boquillas, filtros o cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán, lo que se asocia a caladas más profundas, con alargamiento de las pausas de apnea tras las caladas, aumentando la penetración y la sedimentación de las sustancias cancerígenas en áreas más distales del pulmón. Esta variación ya ha sido confirmada en EE. UU. y en Europa^{31,32}.

Hoy en día, la principal esperanza de tratamiento curativo del CP es la resección quirúrgica del tumor; de ahí la importancia del diagnóstico precoz. Cuando el CP provoca clínica, a menudo su estadio es avanzado y su pronóstico nefasto, con una supervivencia media global inferior al 10% de los casos a los cinco años.

Aunque desde la segunda mitad del siglo anterior se iniciaron campañas de prevención contra la epidemia de tabaquismo, todavía en la actualidad no se han observado tendencias decrecientes en la mortalidad por CP; no obstante, el futuro continúa siendo la prevención y el cese del consumo de tabaco. Aunque no existe unanimidad en la elección del mejor método de diagnóstico precoz, es conocido que un estadio inicial de la enfermedad tiene un pronóstico considerablemente mejor. Se ha indicado la posibilidad de establecer equipos multidisciplinarios de investigación oncológica que engloben aspectos genéticos, epigenéticos y epidemiológicos del CP para la localización de genes relevantes, y así detectar a los candidatos a investigaciones clínicas³³ con el objetivo final de identificar a los sujetos de alto riesgo, lo que sin duda será de gran relevancia para instaurar las oportunas acciones preventivas y terapéuticas. En la actualidad, se sugiere que determinados polimorfismos de genes relacionados con los receptores nicotínicos pueden estar en relación con la predisposición al consumo de tabaco y con la aparición de CP.

TABACO Y OTROS TIPOS DE CÁNCER

Además de ser el responsable del 90% de los CP, también mediante diversos estudios epidemiológicos se ha encontrado una sólida relación entre el consumo de tabaco y el desarrollo de cáncer de otras localizaciones, incluyendo la cavidad oral, la laringe, el esófago, la vejiga, el riñón, el páncreas, el estómago y el cuello del útero.

Cáncer de la cavidad oral

Se puede afirmar que el consumo de tabaco es la causa fundamental del cáncer de la cavidad oral, directamente relacionado con el tiempo de exposición y la cantidad de consumo de tabaco. Incluye labios, suelo de la boca, lengua, paladar, y glándulas salivares. Con frecuencia va precedido por lesiones de tipo precanceroso que, al abandonar el tabaco, se restituyen evitando la malignización. Se ha demostrado que el riesgo aumenta cuando se asocia a la ingesta de alcohol³⁴.

Cáncer de laringe

Diversos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que los fumadores presentan 10 veces más riesgo de padecer cáncer de laringe que los no fumadores. Del mismo modo que ocurre en el CP, influye directamente la cantidad y la duración de la exposición al humo del tabaco. Un dato interesante en este tipo de tumor es que también hay un cierto sinergismo cuando se asocia el tabaquismo y la ingesta de alcohol, incrementándose las posibilidades de padecer la enfermedad³⁵.

Cáncer de esófago

El cáncer de esófago es un tumor relacionado con el tabaco. Como ocurre en los casos anteriores, el riesgo se incrementa con la intensidad y la duración de la exposición, y va unido al consumo de alcohol. Aunque no se conoce bien del todo la patogénesis, los estudios epidemiológicos permiten confirmar estas aseveraciones³⁶.

Cáncer urogenital

El 50% de los tumores de vejiga y de riñón en varones y el 31% en las mujeres son atribuibles al consumo de tabaco. El riesgo se incrementa con la intensidad y la duración de la exposición. Aunque el mecanismo patogénico por el que el tabaco provoca estos tumores no está lo suficientemente aclarado, parece que las aminas aromáticas desempeñan un papel importante. Diferentes estudios epidemiológicos apoyan una fuerte asociación entre estas enfermedades, incluso con infecciones del tracto urinario de repetición, con una historia previa de fumador³⁷.

Durante la última década se ha constatado evidencia que apoya un mecanismo biológico directo entre el consumo del tabaco y la aparición de cáncer de cérvix uterino. Se ha comprobado que las mujeres fumadoras tienen concentraciones de nicotina y cotinina en el moco cervical más elevadas que en plasma, y que estas sustancias son convertidas a nitrosaminas que tienen acción cancerígena³⁸.

Otros procesos neoplásicos

Existe una fuerte asociación entre el consumo tabáquico y la aparición de otros tipos de tumores y enfermedades, o el agravamiento a éstas, que por motivos de limitación de espacio no serán descritas en este capítulo y solamente van a ser citadas, como cáncer de estómago, reflujo gastroesofágico, gastritis y úlcera gastroduodenal, enfermedades intestinales (Crohn, colitis ulcerosa), cáncer de colon y recto, cáncer de páncreas, hepatocarcinoma, cáncer de mama, cáncer de ovario y de endometrio, leucemias y mielomas.

Se sabe que es posible prevenir al menos una tercera parte del total anual de nuevos casos de cáncer. El tabaco, la más importante causa única prevenible de cáncer hoy en día, es responsable de aproximadamente un 30% de todas las defunciones por cáncer en los países desarrollados y de una proporción en rápido aumento en los países en desarrollo y las comunidades desfavorecidas. Es el único producto destinado a los consumidores que mata a la mitad de quienes lo utilizan regularmente.³⁹ Por ello, la prevención del cáncer favoreciendo el abandono del tabaco constituye un pilar de soporte importante para las terapias de abandono del consumo. Los pacientes fumadores deben ser informados de los riesgos que corren en relación con el cáncer y de la disminución del riesgo que se asocia a su abandono.

TABACO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Existen evidencias científicas para afirmar que hay una estrecha relación entre el consumo de tabaco y la enfermedad cardiovascular,⁴⁰ incluyendo la cardiopatía isquémica, el infarto de miocardio, el ictus, la enfermedad vascular periférica y el aneurisma aórtico, y que además existe una relación dosis/respuesta. A la inversa, el incremento del riesgo de eventos cardiovasculares disminuye después del abandono del tabaco. Las dos principales enfermedades del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular o ictus, que en conjunto producen casi el 60% de toda la mortalidad cardiovascular.

En el año 2006, el grupo de las enfermedades cardiovasculares se mantuvo como primera causa de muerte: 120.690 en total, lo que supone un 32,5% del total de defunciones²⁸. Según los datos disponibles, en la última década, la enfermedad isquémica del corazón es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares en España: 31% en total, 57% en varones y 43% en mujeres (tabla 2 y figura 5). El segundo lugar lo ocupa la enfermedad cerebrovascular, que representa el 27% del total de la mortalidad cardiovascular, siendo el porcentaje mayor para las mujeres (58%) que para los varones (42%).

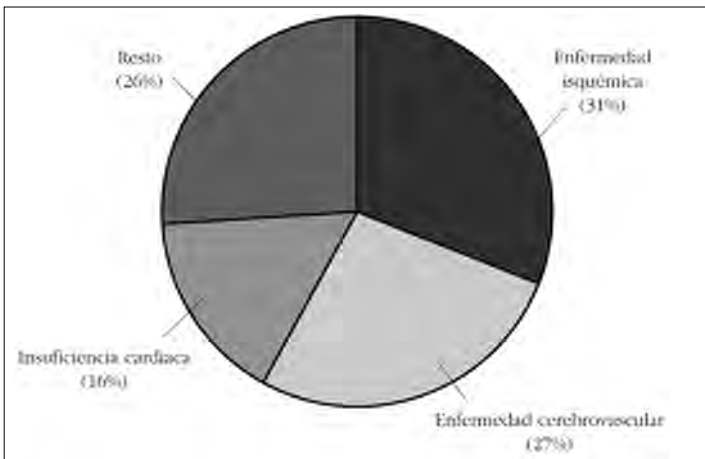


Figura 5. Mortalidad porcentual por las distintas enfermedades cardiovasculares. España, 2006

La corriente principal del cigarrillo, es decir, el humo que inhala directamente el fumador hacia el tracto respiratorio, provoca efectos mortíferos en el sistema circulatorio, provocando la enfermedad cardiovascular⁴¹. La contaminación ambiental por humo de tabaco, el tabaquismo pasivo, también provoca enfermedad cardiovascular^{42,43}.

En el humo del tabaco se han detectado más de 4.000 sustancias, y sólo se conocen los efectos de una pequeña parte de ellas. Las más estudiadas son la nicotina, el monóxido de carbono

no y el alquitrán; los dos primeros son, probablemente, los que producen un mayor efecto cardiovascular. El humo del tabaco afecta negativamente al equilibrio entre la demanda y la oferta de oxígeno por el miocardio; la nicotina actúa a nivel presináptico, originando la liberación de catecolaminas, lo que incrementa la tensión arterial y la frecuencia cardiaca, además de otros efectos sobre las plaquetas y el endotelio vascular que favorecen el origen del proceso arteriosclerótico. El monóxido de carbono (CO) se une a la hemoglobina, formando el compuesto estable carboxihemoglobina (HbCO), que disminuye el aporte tisular de oxígeno en el organismo. Una persona no fumadora no debe exceder de 1,7% de HbCO en sangre. Existe una relación directa entre los niveles de HbCO y la angina o umbral de isquemia miocárdica.

El consumo de tabaco se asocia a una proliferación de neutrófilos en sangre periférica que libera elastasas y radicales libres oxidantes, que lesionan la pared endotelial y favorecen la aterosclerosis. A la vez, también se origina un aumento de monocitos, unido a una intensificación de su adherencia a la superficie endotelial. La emigración de éstos al espacio subendotelial, su transformación en macrófagos y la atracción por éstos del colesterol va a abrir el progreso de la placa de ateroma⁴⁴.

El tabaco provoca activación plaquetaria, con liberación del factor de crecimiento derivado de plaquetas. Este factor favorece la proliferación de la célula muscular lisa, lo que constituye un escalón inicial en el origen de la aterosclerosis. Otros factores asociados al tabaco son la policitemia, el aumento de los niveles de fibrinógeno y del factor VIII de la coagulación, y la disminución de los valores de plasminógeno. El resultado de estos cambios plasmáticos es una predisposición a la trombosis, lo que va a conducir a infarto de miocardio en pacientes con o sin arterosclerosis coronaria.

El tabaco también altera el perfil lipídico de los fumadores: la nicotina inhalada activa el sistema nervioso simpático, originando liberación de catecolaminas. Esta respuesta activa la acción de las enzimas lipasas, aumentando los niveles de ácidos grasos libres

en plasma, lo que se traduce en una elevación de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y en una disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL). El aumento del cociente LDL/HDL es un factor predictivo considerable de riesgo cardiovascular. Además, existe una relación dosis/respuesta entre el número de cigarrillos fumados y los niveles de ácidos grasos libres plasmáticos que podría ser explicada por cambios en el metabolismo de los triglicéridos⁴⁵.

Se han descrito cambios morfológicos en la pared arterial de los fumadores, como vacuolización de células endoteliales, formación de células gigantes, edema mitocondrial y descamación endotelial, de lo que se deriva que la primera respuesta del endotelio vascular a los constituyentes del humo del tabaco es presumiblemente citotóxica.

A pesar de que el consumo de tabaco está descendiendo en los países occidentales, en la actualidad constituye una importante causa previsible de la enfermedad cardiovascular. El humo del tabaco es tan protrombótico como aterogénico, e incrementa el riesgo de infarto agudo de miocardio, muerte súbita cardiaca, enfermedad cerebrovascular, aneurisma aórtico y enfermedad vascular periférica. Incluso dosis muy bajas de exposición al humo del tabaco aumentan el riesgo de infarto de miocardio. De otra parte, el abandono del tabaco y eludir la contaminación ambiental por humo de mismo reduce rápidamente este riesgo⁴⁶.

Sería deseable una mayor implicación de los clínicos, que adquiriesen un papel más activo para prevenir estas enfermedades cardiovasculares, ofreciendo de modo rutinario ayuda para dejar de fumar a estos pacientes, especialmente cuando ya han sufrido algún evento cardiovascular. No hay que olvidar que una parte importante de fumadores con eventos coronarios abandonan el tabaco durante el ingreso hospitalario, pero menos del 35% permanece abstinentes a los tres meses y la mayoría no ha recibido ningún tipo de soporte terapéutico para dejar de fumar durante su estancia hospitalaria, ni tampoco después del alta, a pesar de ser pacientes a los que se ofertan tratamientos con un alto soporte tecnológico y polimedicación.

TABACO Y EMBARAZO

El efecto del humo del tabaco es penetrante, comenzando incluso antes de la fecundación, prolongándose durante el desarrollo fetal y persistiendo durante el periodo de crecimiento y desarrollo. La infertilidad es dos o tres veces más frecuente en las mujeres que fuman.

Las madres que fuman durante su embarazo presentan un mayor riesgo para el feto. Los niños nacidos de madres fumadoras presentan menor peso al nacer (una media de 200 gramos) y una longitud 1 cm menor que los nacidos de madre no fumadora. El consumo de tabaco durante el embarazo retrasa el crecimiento uterino y acorta la edad de gestación, y todo ello aumenta el riesgo de mortalidad perinatal, facilita la posibilidad de aborto espontáneo y otras complicaciones, como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y rotura precoz de membranas⁴⁷.

Le exposición intraútero del humo del tabaco ha sido asociada con déficit en la función pulmonar, incremento del riesgo de asma en la infancia, deterioro del crecimiento somático del niño y pequeñas deficiencias intelectuales, constatadas mediante test estandarizados⁴⁸.

La madre fumadora potencia el riesgo del síndrome de la muerte súbita del lactante. No está suficientemente claro si es el resultado del bajo peso al nacer (lo que también es un riesgo de muerte súbita) o bien existen otros peligros añadidos; no obstante, este riesgo está apoyado por recientes estudios⁴⁹.

Un aspecto recientemente estudiado es la posibilidad de que los hijos de madres fumadoras sufran un síndrome de abstinencia después del parto como consecuencia de la falta de la nicotina que venían recibiendo durante su estancia en el útero. Otro aspecto suficientemente conocido es el paso de la nicotina a través de la lactancia materna y los efectos que ello puede tener sobre el desarrollo psicomotriz del bebé, además de la predisposición de estos niños al consumo de tabaco durante la adolescencia.

Deberían desarrollarse programas de abandono del tabaco entre embarazadas fumadoras, ya que durante este periodo la mayoría de las mujeres están más predispuestas a abandonar los cigarrillos, pero un porcentaje muy elevado de ellas necesitaría estímulos y apoyo para conseguirlo. Por otra parte, durante el embarazo las mujeres son frecuentadoras de los servicios asistenciales sanitarios, tanto en la atención primaria como en la Especializada, por lo que debería aprovecharse esta circunstancia para desarrollar programas asistenciales que integrasen todos aquellos servicios que son frecuentados por las embarazadas. Adquiere especial importancia realizar programas de este tipo en embarazadas de riesgo.

UTILIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA COMO FACTOR DE MOTIVACIÓN EN FUMADORES ENFERMOS

Es conocido que el diagnóstico de patología debida al consumo de tabaco es un factor predictor de cesación. Recientemente, Dawood et al.⁵⁰ observaron en un grupo de pacientes, hospitalizados tras padecer un infarto agudo de miocardio, su consumo de tabaco en el momento de sufrir el evento cardíaco y a los seis meses del alta. De ellos, el 46% no fumaba a los seis meses del infarto, y las tasas de abstinencia fueron mejores en aquéllos a los que se les ofreció rehabilitación cardíaca (OR: 1,80; IC 95%: 1,17-2,75), fueron tratados y se les ofreció un programa de cesación tabáquica (OR: 1,71; IC 95%: 1,03-2,83). Por ello, los autores concluyen que programas de cesación implementados en la hospitalización, así como el referir a los pacientes a programas de rehabilitación cardíaca, se asocian claramente con mayores tasas de abstinencia.

Ives et al.⁵¹, en un trabajo diseñado para conocer el patrón de consumo de tabaco (a los tres meses, al año y a los tres años) tras un Accidente Cerebrovascular (AC), observaron que el 71% de todos los pacientes realizaron al menos un intento de abstinencia durante los tres años de seguimiento; el 30% dejó de fumar y se mantenía sin fumar al año y a los tres años; el 10% dejó de fumar inmediatamente tras el AC, pero recayó posteriormente; y el 25% lo dejó en los tres meses siguientes al evento isquémico. Por ello, los autores concluyen que la mayoría de los fumadores que pa-

decieron un AC realizaron un serio intento de dejar de fumar, lo que indica una alta motivación para el abandono debida a su enfermedad, aunque pocos de ellos consiguen mantener la abstinencia en el tiempo.

Boudreaux et al.⁵² investigaron si una enfermedad aguda, que precisa de tratamiento en urgencias, modifica la conducta del fumador. De los 717 pacientes incluidos en el estudio y que acudieron a Urgencias, el 26% refería que realizaría un intento de abandono en el siguiente mes. De los 253 pacientes que se revisaron al mes tras la visita, el 50% realizó un serio intento de dejar de fumar, pero únicamente un 19% consiguió siete días de abstinencia. La probabilidad de intentar dejar de fumar tras acudir a Urgencias aumentó si la patología por la que acudieron era atribuida al consumo de tabaco.

Hirayama et al.⁵³ quisieron conocer a los cuatro años del diagnóstico de una EPOC la prevalencia del consumo de tabaco y los factores que caracterizaban la persistencia del mismo. Los autores encontraron que se mantenían fumando el 22,5% de los pacientes en total, descendiendo el porcentaje de fumadores desde antes del año de la realización del diagnóstico hasta el cuarto año de seguimiento. Continuar fumando se asociaba inversamente con la edad, el índice de masa corporal y la gravedad de la enfermedad. En el trabajo IBERPOC⁵⁴ se señala que la motivación que los pacientes con EPOC tienen para dejar de fumar no es mayor que la de los que fuman y no tienen EPOC, pues no atribuyen sus síntomas a su patología, siendo los motivos para dejar el consumo los mismos. De los diagnosticados de EPOC, el 34% no había realizado nunca un intento previo de abandono. Lo mismo concluye un trabajo realizado sobre un amplio grupo de encuestados en Gran Bretaña, donde los diagnosticados de EPOC presentaban una mayor prevalencia de fumador que aquellos que no presentaban dicha enfermedad: tienen una mayor dependencia por la nicotina, fuman un mayor número de cigarrillos por día con mayores niveles de cotinina y no presentan una motivación mayor para dejar de fumar⁵⁵.

Gorecka et al.⁵⁶ analizaron de forma prospectiva, en fumadores de edad media, si la identificación de la Limitación al Flujo Aéreo

(LFA) mediante espirometría combinada con el consejo médico influía en las tasas de abstinencia al año y permitía estimar el éxito del cese del consumo. Los autores encontraron que los EPOC que presentaban una mayor propensión para dejar de fumar fueron los que tenían más edad, los que habían comenzado a fumar más tarde, los que tenían menos exposición acumulada al tabaco y aquéllos con una función pulmonar mejor. Además, fueron predictores de éxito para cesar en el consumo una mayor edad, una menor exposición al tabaco en el tiempo (menos paquetes al año, menos cigarrillos fumados por día y haber comenzado a fumar más tarde) y un menor descenso del FEV₁ en el tiempo. Esto mismo se ha observado en otros trabajos previos⁵⁷.

Son escasos los estudios que analizan el consumo de tabaco tras el diagnóstico de un CP. Sanderson Cox et al.⁵⁸ analizan este dato en un grupo de pacientes diagnosticados de CP (estadio IIA y IIB, no células pequeñas), observando que el 69% de ellos dejó de fumar antes de ser incluidos en el estudio, un 9% en la realización del mismo y un 11% continuó fumando. Por el contrario, otros autores no observan resultados tan alentadores⁵⁹.

En la nueva actualización de la *Clinical Practice Guideline*⁶⁰, se considera que los pacientes fumadores con comorbilidades asociadas (cáncer, enfermedad cardíaca, EPOC, diabetes y asma) son una diana importante para el uso de programas para dejar de fumar. Los clínicos que tratan a estos pacientes deben enseñarles que su enfermedad se debe y se agudiza por el consumo de tabaco, consiguiendo mejorarla si deja de fumar. En este orden de cosas, en un reciente metaanálisis⁶¹ se reconoce que las intervenciones terapéuticas realizadas en pacientes fumadores hospitalizados tendrían un objetivo doble: mejorar el *confort* durante el ingreso y ayudarles en el proceso de cesación para conseguir la abstinencia a largo plazo. De todas maneras, aunque existe evidencia de que intervenir en pacientes hospitalizados con patología cardiovascular aumenta las tasas de abstinencia, no existe evidencia sólida en otras patologías de que el diagnóstico clínico afecte a la probabilidad de abandono de consumo de tabaco, por lo que hacen falta más trabajos que investiguen en este tema. A todos los pacientes hospitalizados se les debe

ofertar tratamiento para dejar de fumar, siendo necesario identificar aquellos que se pueden beneficiar más de dichos programas estableciendo subgrupos para un mejor tratamiento. Este aspecto está aún por desarrollar en España, ya que son pocos los servicios hospitalarios que desarrollan algún programa de intervención más allá de la recomendación genérica de abandono del tabaco.

Es indudable que el diagnóstico de una patología, sobre todo cuando ésta es atribuible al consumo de tabaco, desempeña un papel decisivo en la motivación del fumador para dejar de fumar, siendo un momento en el que todo profesional sanitario debe insistir en el abandono ofreciendo ayuda. Aun así, no todas las enfermedades motivan de igual manera al fumador, debiéndose aprovechar la situación de vulnerabilidad y predisposición del paciente al abandono, sobre todo si éste se encuentra hospitalizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peto R, López AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. En: *Critical issues in global health*. Koop CE, Pearson CE, Schwartz MR (eds.). San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid, 2006.
3. Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica* 2005;124:769-71.
4. Terashima T, Wiggs B, English D, Hogg JC, Van Eeden SF. The effect of cigarette smoking on the bone marrow. *Am Respir Crit Care Med* 1997;155:1021-6.
5. Mio T, Romberger DJ, Thompson AB, Robbins RA, Heires A, Rennard SI. Cigarette smoke induces interleukin-8 release from human epithelial cells. *Am Respir Crit Care Med* 1997;155:1770-6.
6. Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2000;343(4):269-80.
7. Christiani DC. Smoking and the molecular Epidemiology of lung cancer. *Clin Chest Med* 2000;21(1):87-106.
8. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *BMJ* 1977;1:1645-8.

9. Anthonisen NR, Connet JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, et al. Effects of smoking intervention on the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA* 1994;272:1497-505.
10. American Thoracic Society. Cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;153:861-65.
11. Barnes PJ. New treatments for COPD. *Nat Rev Drug Discov* 2002;1:437-46.
12. Celli BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of COPD. *Eur Respir J* 2004;23:932-46.
13. Doll R, Peto R, Boreham J, Gray R, Sutherland J. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-28.
14. GOLD Guidelines 2006. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. November 2006. Disponible en: www.goldcopd.org (consulta: noviembre 2008).
15. López AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Helds LS, et al. The Global Burden of COPD: Future COPD projections. *Eur Respir J* 2006;27:397-412.
16. Soriano JB, Miravittles M. Datos epidemiológicos de EPOC en España. *Arch Bronconeumol* 2007;43(1):2-9.
17. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez CA, Villasante C, Masa JF, et al. Estudio Epidemiológico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en España (IBERPOC): prevalencia de síntomas respiratorios crónicos y limitación del flujo aéreo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:159-66.
18. Gerrard JW, Cockcroft DW, Mink JT, Cotton CJ, Poonawala R, Dossman J. Increased non-specific bronchial reactivity in cigarette smokers with normal lung function. *Am Rev Respir Dis* 1980;122:577-81.
19. Rao RN, Goodman LR, Tomashefski JF. Smoking-related interstitial lung disease. *Ann Diagn Pathol* 2008;12(6):445-57.
20. Von Essen S, West W, Sitorius M, Rennard SI. Complete resolution of roentgenographic changes in a patient with pulmonary histiocytosis X. *Chest* 1990;98:765-7.
21. Myers JL, Veal CF, Shin MS, Katzensein AL. Respiratory bronchiolitis causing interstitial lung disease. A clinicopathologic study of six cases. *Am Rev Respir Dis* 1987;135:880-4.
22. Gasior G, Barczyk A, Drozdowska B, Pierchala W. A patient with desquamative interstitial pneumonia as rare case of idiopathic interstitial pneumonia. *Pneumonol Alergol Pol* 2008;76(3):186-91.

23. Fox JT, Sawyer MA. Primary spontaneous pneumothorax and smoking. *Mil Med* 1996;161:489-90.
24. Schramel FM, Postmus PE, Vanderschueren RG. Current aspects of spontaneous pneumothorax. *Eur Respir J* 1997;10:1372-9.
25. Wetter DW, Young TB. The relation between cigarette smoking and sleep disturbance. *Prev Med* 1994;23(3):328-34.
26. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 2007;18:581-92.
27. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: cancer. DHHS Publication (PHS) 82-50179. Washington DC: US Department of Health and Human Services, 1982.
28. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2006. Instituto Nacional de Estadística. <http://ine.es>. Búsqueda realizada en noviembre de 2008.
29. Centro Nacional de Epidemiología. <http://cne.isciii.es> (consulta: noviembre 2008).
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuestas Nacionales de Salud (1987-2006). <http://www.msc.es> (consulta: noviembre 2008).
31. Travis W, Lubin J, Ries L, Devesa S. United States lung carcinoma incidence trends. Declining for most histologic types among males, increasing among females. *Cancer* 1996;77:2464-70.
32. Sex-differences in lung cancer cell-types? An epidemiologic study in Ireland. *Ulster Med J* 2008;77(1):31-5.
33. Risch A, Plass C. Lung cancer epigenetics and genetics. *Int J Cancer* 2008;123(1):1-7.
34. Choy SY, Kahyo H. Effect of cigarette smoking and alcohol consumption in the aetiology of cancer of the oral cavity, pharynx and larynx. *Int J Epidemiol* 1991;20(4):878-85.
35. Hashibe M, Bofetta P, Zaridze D, Shangina O, Szeszenia-Dabrowska N, Mates D, et al. Contribution of tobacco and alcohol to the high rates of squamous cell carcinoma of the supraglottis and glottis in Central Europe. *Am J Epidemiol* 2007;165(7):814-20.
36. Pandeya N, Williams GM, Sadhegi S, Green AC, Webb PW, Whiteman DC. Associations of duration, intensity, and quantity of smoking with adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the esophagus. *Am J Epidemiol* 2008;168(1):105-14.
37. Parker As, Cerhan JR, Lynch CF, Leibovich BC, Cantor KP. History of urinary tract infection and risk of renal cell carcinoma. *Am J Epidemiol* 2004;159(1):42-8.

38. Prokopczyk B, Cox JE, Hoffman D, Waggoner SE. Identification of tobacco-specific carcinogen in the cervical mucus of smokers and nonsmokers. *J Natl Cancer Inst* 1997;89(12):863-73.
39. OMS. Programas Nacionales de Lucha Contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. 2.^a ed. Ginebra, 2002.
40. Jeremy JY, Mikhailidis DP, Pittilo RM. Cigarette smoking and cardiovascular disease. *J R Soc Health* 1995;115:289-95.
41. US Office on Smoking and Health. The Health consequences of smoking: Cardiovascular disease. A report of the Surgeon General, 1983. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services. US Government Printing Office, 1983.
42. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large smoking. *Circulation* 2005;111(20):2684-98.
43. Leone A, Balbarine A. Exposure to passive smoking: a test to predict endothelial dysfunction and atherosclerosis lesions. *Angiology* 2008;59(2):220-3.
44. Weber C, Erl W, Weber K, Weber PC. Increased adhesiveness of isolated monocytes to endothelium is prevented by vitamin C intake in smokers. *Circulation* 1996;93(8):1488-92.
45. Pech-Amsellem MA, Myara I, Storogenko M, Demuth K, Proust A, Moatti N. Enhanced modifications of low-density lipoproteins (LDL) by endothelial cells from smokers: a possible mechanism of smoking-related atherosclerosis. *Cardiovasc Res* 1996;31(6):975-83.
46. Bullen C. Impact of tobacco smoking and smoking cessation on cardiovascular risk disease. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2008;6(6):883-95.
47. Mc Intosh ID. Smoking and pregnancy: Atributable risks and public health implications. *Can J Public Health* 1984;64:601-7.
48. Tager IB, Ngo L, Hanrahan JP. Maternal smoking during pregnancy. Effects on lung function during the first 18 months of life. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152(3):977-83.
49. Bajanowski T, Brinkmann B, Mitchell EA, Vennemann MM, Leukel HW, Larsch KP, et al. Nicotine and cotinine in infants dying from sudden infant death syndrome. *Int J Legal Med* 2008;122(1):23-8.
50. Dawood N, Vaccarino V, Reid KJ, Spertus JA, Hamid N, Parashar S; PREMIER Registry Investigators. Predictors of smoking cessation after a myocardial infarction: the role of institutional smoking cessation programs in improving success. *Arch Intern Med* 2008;168:1961-7.

51. Ives SP, Heuschmann PU, Wolfe CD, Redfern J. Patterns of smoking cessation in the first 3 years after stroke: the South London Stroke Register. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15:329-35.
52. Boudreaux ED, Baumann BM, Camargo CA Jr, O'Hea E, Ziedonis DM. Changes in smoking associated with acute health event: theoretical and practical implications. *Ann Behav Med* 2007;33:189-99.
53. Hirayama F, Lee AH, Binns CW, Tanikawa Y. Persistent smoking by Japanese patients within four years from diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Addic Behav* 2008;33:1235-8.
54. Jiménez CA, Masa F, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C, et al. and the IBERPOC Study Investigators. Smoking characteristics. Differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest* 2001;119:1365-70.
55. Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a normally representative population sample. *Thorax* 2006;61:1043-7.
56. Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscisnska E, Goljan-Geremek A, Zielinski J. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003;123:1916-23.
57. Granda JI, Martínez JM. Deshabitación tabáquica en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2005;41:625-33.
58. Sanderson L, Sloan JA, Patten CA, Bonner JA, Geyer SM, McGinnis WL, et al. Smoking behavior of 226 patients with diagnosis of stage IIIA/IIIB non-small cell lung cancer. *Psychooncology* 2002;11:472-8.
59. Townsend CO, Clark MM, Jett JR, Patten CA, Schroeder DR, Nirelli NM, et al. Relation between smoking cessation and receiving results from three annual spiral chest computed tomography scans for lung carcinoma screening. *Cancer* 2005;103:2154-62.
60. Fiore M, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. May 2008.
61. Rigotti N, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.

Capítulo II

Aplicación clínica práctica de la entrevista motivacional

Isabel Nerín de la Puerta, José Luis Álvarez-Sala Walther,
Adriana Marqueta Baile, Adriana Jiménez-Muro Franco,
Juan Luis Rodríguez Hermosa

*«Generalmente, las personas se convencen más
por las razones que descubren ellas mismas que
por las que les explican los demás»*

Blaise Pascal (1623-1662)

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la asistencia clínica diaria se insiste continuamente en la necesidad de realizar intervenciones más o menos breves, con el objetivo de aumentar el número de ex fumadores y disminuir la prevalencia de tabaquismo. El denominado «consejo médico estructurado», conocido como «intervención breve» y resumido en el modelo de las 5 As (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*), intenta recoger esquemáticamente lo que debe hacer un profesional sanitario cuando se encuentra ante una persona fumadora en su consulta¹. Sin embargo, aunque parece que existe un acuerdo unánime acerca de la necesidad de intervenir en el tabaquismo, la cuestión que muchos profesionales sanitarios se plantean con frecuencia es cómo hacerlo.

En la mayoría de los casos, el profesional dispone de la información (como el modelo de las 5 As), pero en demasiadas ocasiones resulta difícil incorporarla a la práctica clínica habitual debi-

do a las condiciones que se dan en el ámbito asistencial (p. ej. el tiempo reducido que se dedica a cada paciente) y a las consecuencias que se derivan de un estilo de relación entre el médico y el enfermo excesivamente directivo, que dificulta el planteamiento del problema. Por otro lado, aunque muchos médicos se sienten presionados para hacer actividades preventivas y modificar las conductas potencialmente dañinas de sus enfermos, casi todos los profesionales piensan que están más preparados para diagnosticar y tratar enfermedades que para modificar las conductas de sus pacientes².

Fumar cigarrillos es una conducta y abandonar el consumo supone un cambio de esa conducta. Y eso, como tal, entraña algunas diferencias con respecto a lo que ocurre con otras enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial o con el control de otros factores de riesgo. Dejar de fumar no supone lo mismo para el paciente que vigilar su colesterol y tampoco debe ser lo mismo para el médico. Cualquier cambio de conducta requiere que el enfermo sea parte activa del proceso, lo que significa que es un problema que requiere la participación activa de ambos: del paciente y del profesional sanitario. Persuadir a las personas para que cambien una conducta que es perjudicial para su salud puede resultar difícil. Modificar el estilo de consulta puede mejorar esa experiencia, tanto en los profesionales como en el paciente².

El objetivo de este capítulo es describir una intervención terapéutica como es la entrevista motivacional, que se ha mostrado eficaz en diferentes cambios de conducta, para lograr mejorar el abordaje del tabaquismo desde diferentes ámbitos.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: UN ENFOQUE DIFERENTE

El estilo más habitual de práctica clínica en el que se han formado los profesionales sanitarios de nuestro país se caracteriza por ser el médico el que dirige las soluciones terapéuticas del problema que tiene el enfermo. Este último, de manera generalmente pasiva, asume los mandatos del profesional. Es indudable que

esta práctica funciona en muchas enfermedades (como una neumonía); sin embargo, en las situaciones en las que se requiere la participación activa del paciente, este planteamiento puede no lograr sus objetivos. Además, produce una enorme frustración entre los profesionales al comprobar que no logra efecto alguno en sus enfermos, cuando no genera malestar por la confrontación que supone. Frente a este estilo directivo, cuyo objetivo es dar información y proponer soluciones, surgen otros enfoques que se caracterizan por guiar, más que por dirigir, al paciente. En ambos estilos las herramientas son comunes y consisten en preguntar, informar y escuchar, pero se utilizan de manera diferente².

En ocasiones, al enfermo fumador se le plantea el consejo de no fumar como la única solución posible, sin tener en cuenta sus percepciones o dificultades³. Esta secuencia puede producir una reacción de resistencia en el individuo y una sensación de ineficacia y de pérdida de tiempo en el profesional sanitario, consecuencias ambas de utilizar un estilo muy directivo, cuando el objetivo es un cambio de conducta. Por el contrario, cuando se «guía» al paciente se le proporciona información para estimular la propia autonomía y la propia capacidad para decidir, aunque sin perder el objetivo y siempre guiado por el terapeuta. Esta última manera de abordar el problema es la más utilizada cuando el objetivo es un cambio de conducta y es el punto de arranque en el que se basa la entrevista motivacional². Antes de describir los aspectos prácticos de esta estrategia, es necesario comentar algunas circunstancias relacionadas con los cambios de conducta y la motivación en general, aunque lógicamente todos los ejemplos que se incluyen hacen referencia al consumo de tabaco.

¿Por qué cambian las personas?

Las personas cambian de muy diversas maneras y por multitud de razones diferentes, en función de sus creencias, expectativas, deseos y necesidades⁴. Proporcionar información acerca de los riesgos que conlleva una conducta determinada para desarrollar una enfermedad rara vez es suficiente

para cambiarla⁵. Se acepta que la modificación de una conducta relacionada con la salud está influida por dos tipos de creencias. En primer lugar, las que dependen de la percepción del riesgo que esa actitud supone para el propio individuo (*¿en qué me perjudica fumar cigarrillos?, ¿cambiaría mi situación si dejo de fumar?*). En segundo lugar, la percepción acerca de la propia capacidad para poder cambiar la conducta (*¿será fácil para mí dejar de fumar?, ¿tengo las herramientas necesarias para dejar de fumar?*)⁵. Ambos aspectos, percepción del riesgo y autoeficacia, pueden trabajarse en las consultas de tabaquismo.

Por otro lado, cualquier cambio hay que entenderlo como un proceso, no como un resultado. Este enfoque ayuda a ajustar las expectativas del profesional de forma más acorde con su capacidad de intervenir, según la situación en la que se encuentre el paciente y los resultados que pueden obtenerse. Es bien conocido el modelo propuesto por James Prochaska y Carlo DiClemente⁶ para comprender cómo y por qué cambian las personas. Estos autores describieron las etapas por las que pasa el individuo en cualquier proceso de cambio, ya sea con la ayuda de un profesional o sin ella. En realidad, las personas pasan por fases y emplean procesos de cambio muy similares, que se adaptan a un modelo transteórico del cambio en tres dimensiones. Los tres elementos que configuran el modelo integran los estadios, los procesos y los niveles de cambio⁷.

Las seis etapas del cambio de Prochaska y DiClemente se representan mediante una rueda de cinco partes, con una sexta, de precontemplación, que se sitúa fuera de la rueda (figura 1). El motivo por el que la representación es un círculo se encuentra en el hecho de que, en cualquier proceso de cambio, la persona gira alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable. Esta rueda considera la recaída como un acontecimiento normal, un etapa más del cambio, para evitar que en los pacientes se produzca una desmotivación. En la mayoría de los fumadores el proceso no es lineal, sino que sigue una espiral, al ser la recaída muy frecuente en

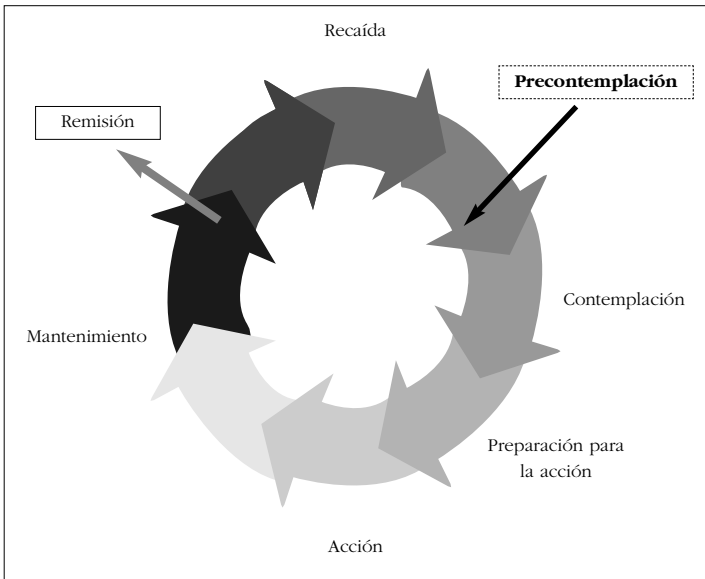


Figura 1. Esquema de las etapas del cambio

el estadio de acción o de mantenimiento. Este hecho implica una regresión cíclica del sujeto a los estados iniciales de precontemplación o contemplación.

Los procesos de cambio que establece el modelo propuesto por Prochaska y DiClemente⁶ son un conjunto de actuaciones de tipo conductual y cognitivo que utiliza el fumador para modificar sus cogniciones, sus emociones o su conducta de fumar. Por ejemplo, la concienciación (aumentar la información sobre uno mismo y el problema) es un proceso de cambio. Los procesos de cambio más utilizados en los estadios de preparación, acción y mantenimiento son la autoliberación, el manejo del refuerzo, el contracondicionamiento, el control de los estímulos y las relaciones de ayuda. Por ello, es de gran utilidad el describir al paciente las opciones que tiene para cambiar su conducta, ya que se ha demostrado que los individuos que utilizan múltiples estrategias cognitivas y conductuales, cuando están intentando dejar de fumar, logran mejores resultados⁷.

Las conductas adictivas, como el fumar, implican la búsqueda de placer a corto plazo a expensas de un daño a largo plazo. Por este motivo, muchos fumadores se encuentran ambivalentes a lo largo del proceso. Una manera de abordar el problema y ayudar al enfermo es potenciar su motivación hacia el cambio. Hay estudios que han comprobado que existe una relación positiva entre la motivación y el éxito en el proceso de la cesación tabáquica. Por tanto, deben conocerse los estadios por los que pasa cualquier persona cuando quiere modificar una conducta, en este caso dejar de fumar, y hay que saber en cuál de ellos se encuentra. Es decir, hay que saber diferenciar los motivos para el cambio y estudiar las técnicas específicas que existen para aumentar estos motivos a lo largo de todo el proceso. En resumen, es importante que la intervención terapéutica se ajuste al estadio de cambio en el que se encuentra el fumador.

El paso de una etapa a otra difiere de unos individuos a otros y no existe un patrón temporal universal. Algunas personas progresan rápidamente de una fase a otra, mientras que otras permanecen durante tiempo en las fases iniciales. Una intervención adecuada a cada etapa favorece el avance a lo largo del proceso. En la tabla 1 se resumen las características de cada fase y las estrategias que pueden utilizarse en cada una de ellas.

¿Qué es la motivación?

El concepto de motivación describe las fuerzas que actúan desde el interior o el exterior del organismo y que sirven para iniciar un cambio o para modificar la conducta, dirigiéndola hacia una meta⁴. Es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar en el que influyen diversos factores externos y que puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. En el momento actual no se dispone de herramientas validadas en español para su evaluación. El test de Richmond, aunque tampoco se ha validado, parece que tiene cierta utilidad en Atención Primaria, pero no en una consulta especializada de tabaquismo⁸.

Tabla 1. Sugerencias de posibles abordajes terapéuticos en función de la fase o el estadio de cambio en el que esté el fumador

FASE	ESTRATEGIA
Precontemplación (no quiere modificar su conducta)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar más información • Ayudarle a confiar en sus posibilidades • Personalizar la valoración
Contemplación (está ambivalente: reconoce el problema y considera la posibilidad de cambiar, pero tiene dudas para hacerlo)	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al desarrollo de habilidades para el cambio • Explorar la ambivalencia. Balance decisional • Proporcionar un plan de apoyo
Preparación para la acción (toma la decisión y se compromete a emprender el cambio en los próximos 30 días)	<ul style="list-style-type: none"> • Aclarar las metas y estrategias del paciente • Ofrecer un tratamiento • Reducir las barreras para el cambio
Acción (cambia la conducta)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo para dejar de fumar (psicológico, farmacológico o ambos) • Elaborar un plan de cambio. Ofrecer distintas alternativas para que el paciente elija • Ayudarle a prepararse para posibles problemas que surjan en el proceso de abandono
Mantenimiento (mantiene el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar estrategias para afrontar situaciones de riesgo
Recaída (vuelve a la conducta previa)	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a comprender las razones de la recaída • Reforzar su confianza para cambiar de nuevo • Ayudar a hacer planes para el próximo intento • Ofrecer apoyo incondicional

Con frecuencia, la motivación se evalúa de manera indirecta *por lo que dice el paciente*. Así, se tiende a clasificar como «motivados» a los enfermos que están de acuerdo con el terapeuta, aceptan el diagnóstico o expresan el deseo de recibir ayuda. Pero los comentarios verbales que hacen que un paciente sea juzgado como «motivado o no» tienen poco valor predictivo. En efecto, aunque la intención de cambiar se asocia con un incre-

mento de la probabilidad de que ese cambio ocurra, esto sólo sucede en el 30% de los casos⁵. De hecho, hay muchos pacientes que dicen con rotundidad que «quieren dejar de fumar» y que luego no acuden ni a la primera visita. Por el contrario, hay personas que acuden a la consulta, pero se muestran inseguros o ambivalentes en su decisión. Por eso, la principal preocupación debe centrarse en lo que el paciente «hace», más que en lo que «dice». Por otra parte, no es nada nuevo asumir que las personas a menudo dicen una cosa y luego hacen otra⁴.

Diversos estudios han demostrado que seguir un programa estructurado con el fin de cambiar se asocia con resultados positivos. Por ello, la adherencia con el cumplimiento de un programa destinado al cambio se estima que es una dimensión clave de la motivación. De acuerdo con esto, la motivación debe considerarse como la probabilidad de realizar ciertas conductas. Con este enfoque, mucho más pragmático, cabe definir la motivación como «la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar». Es decir, de esta forma se desplaza el énfasis desde un adjetivo pasivo en el paciente, «estar motivado», un verbo activo «motivar», que se centra en el médico. La motivación se convierte así en una tarea importante del terapeuta, puesto que ahora su responsabilidad no es sólo dar consejo, sino también motivar y aumentar la probabilidad de que el paciente siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio⁴.

Se ha investigado mucho sobre qué es lo que motiva a las personas a cambiar y a ponerse en tratamiento. En atención a ello se han descrito ocho estrategias motivacionales generales⁴, que también pueden utilizarse en el abordaje del tabaquismo (tabla 2). Ninguna de dichas estrategias es mágica, aunque una aproximación efectiva puede incluir varias de ellas. A continuación se describen brevemente estas ocho estrategias en su aplicación concreta al consumo de tabaco.

- 1. Ofrecer consejo.** El consejo debe identificar claramente el problema o el área problemática, explicar por qué el cambio es importante y recomendar un cambio específico.

Tabla 2. Estrategias motivacionales generales

-
1. Ofrecer consejo
 2. Eliminar obstáculos
 3. Brindar alternativas
 4. Disminuir la deseabilidad
 5. Practicar la empatía
 6. Proporcionar una retroalimentación (*feedback*)
 7. Aclarar los objetivos
 8. Ofrecer una ayuda activa
-

- 2. Eliminar obstáculos.** Un consejo motivacional efectivo ayuda a que un paciente identifique y supere los factores inhibidores de la conducta (obstáculos). Aunque la mayoría de estos obstáculos tiene que ver con el acceso al tratamiento, algunos de ellos son más actitudinales que manifiestos, como el miedo a ganar peso, al fracaso o al malestar propio del síndrome de abstinencia.
- 3. Ofrecer alternativas.** Se puede aumentar la motivación de los pacientes a partir de un reconocimiento de la libertad de elección con respecto a los objetivos terapéuticos. Es decir, elegir el día en el que van a dejar de fumar o la medicación que van a utilizar, siempre y cuando no existan contraindicaciones para ello.
- 4. Disminuir la deseabilidad.** En el tratamiento de las adicciones, y el tabaquismo es una de ellas, es frecuente que el individuo presente intensos deseos de consumir la sustancia (*craving*), sobre todo al inicio del proceso de cesación. El fumador debe saber que esta sensación disminuye a lo largo del proceso, pero que es normal que aparezca por lo que no debe generarle demasiada ansiedad.
- 5. Practicar la empatía.** Deben conocerse los procesos por los que va pasando el paciente en la cesación tabáquica, así como los efectos que conlleva el síndrome de abstinencia, para entender cómo se siente en cada momento.
- 6. Ofrecer un *feedback*.** Ha de proporcionarse una retroalimentación o *feedback* sobre la situación actual y sobre sus consecuencias o riesgos. La tensión arterial, el FEV₁ (volumen espiratorio forzado en el primer segundo) o la tasa de CO

(monóxido de carbono) en el aire espirado son aspectos que pueden mejorar notablemente al dejar de fumar. La cooximetría se utiliza para verificar la abstinencia y reforzarla, además de para mejorar la adherencia al programa de tratamiento y potenciar la estrategia motivadora.

- 7. Aclarar objetivos.** El *feedback* por sí solo no es suficiente para precipitar el cambio, al igual que los objetivos son de poca utilidad si la persona carece de un *feedback* sobre su situación presente. Los objetivos y el *feedback* trabajan conjuntamente para crear la motivación respecto al cambio.
- 8. Ofrecer una ayuda activa.** Hay que hacerle saber al paciente que se está dispuesto a ayudarlo a dejar de fumar y transmitirle que hoy en día es más fácil porque existe un tratamiento eficaz.

¿Qué es la entrevista motivacional?

La entrevista motivacional se describió inicialmente por Miller en 1983, en el ámbito de la psicología para el tratamiento del alcoholismo, y se desarrolló posteriormente en 1991 por Miller y Rollnick⁹. Es aplicable, sin embargo, a cualquier otra conducta adictiva. Obviamente, no es el único enfoque posible en el tratamiento de las adicciones, sino uno más⁴. Parte del supuesto de que muchos pacientes no llegan a la consulta preparados y con la decisión tomada acerca de si quieren o no cambiar un patrón de conducta determinado, tanto si éste se relaciona con la ingesta de drogas (alcohol, tabaco, etc.) como si lo hace con la disminución de peso o la necesidad de realizar ejercicio físico¹⁰. En esta situación el consejo dado por un profesional sanitario tiene un valor limitado. Además, generalmente provoca una situación en la que se enfrentan, por un lado, los argumentos para el cambio ofrecidos por el profesional y, por otra parte, la resistencia a cambiar que tiene el propio paciente^{11,12}.

La entrevista motivacional es particularmente útil en las personas reticentes a cambiar o que se muestran ambivalentes. En tal caso, les ayuda a resolver dicha ambivalencia y a hacer que pro-

gresen a lo largo del proceso. Para algunos individuos esto es todo lo que realmente necesitan; una vez que se desbloquean, recuperan las habilidades y recursos necesarios para llevar a cabo un cambio duradero. Para otros la entrevista motivacional, es sólo un prelude para el tratamiento; crea una apertura para el cambio, que prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior⁴.

La entrevista motivacional utiliza una orientación centrada en el paciente, evitando la confrontación, aunque sin perder el objetivo establecido por el terapeuta para incrementar la motivación y avanzar en el proceso de cambio. Se basa en el establecimiento de una relación empática entre el médico y el paciente, con aplicación de estrategias motivacionales, preguntas abiertas y escucha reflexiva, entre otras habilidades posibles (tabla 3).

Tabla 3. Características de la entrevista motivacional

DEL TERAPEUTA	DEL PACIENTE	DEL ENFOQUE
No asume un papel autoritario	Tiene capacidad para decidir	Más persuasivo que coercitivo
Busca una atmósfera positiva para el cambio	Plantea él mismo las razones para cambiar	Más de apoyo que de discusión
Fomenta la autonomía del paciente	Asume la responsabilidad del cambio	El cambio es producto de la interacción personal
Negocia los objetivos	Participa en la negociación de objetivos	Directivo, pero centrado en el paciente
Crea discrepancia	Muestra ambivalencia	Practica la escucha reflexiva

Según Rogers, la relación interpersonal centrada en el paciente debe estar determinada por tres características: una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad o sinceridad¹³. Esta relación proporciona una atmósfera ideal para el cambio, ya que en esta atmósfera los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y encontrar soluciones para sus propios problemas.

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional proporciona un enfoque diferente para abordar el problema del tabaquismo. Precisa de unas características y habilidades determinadas y se desarrolla en un clima de interacción con el paciente en el que éste es una parte activa^{14,15}. Con el objetivo de facilitar su aplicación práctica, a continuación se exponen los principios básicos y las fases de su aplicación, además de una serie de recomendaciones de lo que se debe hacer (*reglas*) y de lo que se debe evitar (*trampas*)⁴. Por último, en el anexo 1 se muestra un ejemplo a propósito de una consulta con un paciente fumador.

Principios básicos de la entrevista motivacional

- **Expresar empatía.** La empatía del terapeuta es un determinante importante de la motivación y el cambio de un paciente. Hay que mostrar cordialidad no posesiva y tratar de entender en profundidad, ya que la aceptación facilita el cambio.
- **Crear discrepancias.** Cuando una conducta se cree que está en conflicto con objetivos personales importantes, como la salud, el éxito o la felicidad familiar, existe una discrepancia. El espacio que existe entre donde uno está y donde uno querría estar es un potente motor de cambio. Como enfoque general, debe ser el propio paciente, más que el terapeuta, el que dé las razones que existen para cambiar.
- **Darle un giro a la resistencia.** Existe una resistencia cuando el paciente adopta una actitud defensiva. Esta resistencia equivale a la distancia que hay entre sus objetivos y los que le propone el terapeuta. El trabajo del profesional no es proporcionar soluciones. Más bien es darle un giro a la resistencia, que incluye el hecho de implicar al paciente, de forma activa, en el proceso de resolución de sus propios problemas. Generar resistencia sería decirle al paciente: *«Usted tiene un problema y debe cambiar»*. La resistencia del paciente se manifestaría como: *«No tengo problemas, no quiero hablar»*. Una estrategia para disminuir la resistencia es reflejar la situación del paciente: *«Entiendo que no quieras hablar»*.

- **Evitar la discusión.** La situación menos deseable se produce cuando se discute con el paciente con el fin de convencerle de la necesidad de cambiar. La discusión directa hace que las personas se reafirmen en su posición inicial. Defender con fuerza una posición provoca oposición por parte del paciente, es decir, resistencia, y ésta se asocia al fracaso de la intervención.
- **Fomentar la autoeficacia.** La autoeficacia se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica. Es un elemento clave en la motivación para el cambio. Las propias expectativas del terapeuta sobre la posibilidad que tiene el paciente de cambiar pueden tener un impacto poderoso en los resultados. Sin embargo, es el enfermo el responsable de escoger y llevar a cabo su cambio personal. Un mensaje para aumentar la autoeficacia sería: *«Usted puede hacerlo, puede conseguirlo»*. Por el contrario, *«Yo haré que deje de fumar»* no es un mensaje autoeficaz, y debería sustituirse por algo así como: *«Si lo desea, le ayudaré a que pueda dejar de fumar»*.

Fases de la entrevista motivacional

La entrevista motivacional es una entrevista semiestructurada, en la que se pueden distinguir dos fases: una primera exploratoria, en la que se construye la motivación para el cambio, y una segunda resolutive, en la que se fortalece el compromiso establecido para dicho cambio.

- **Fase I (exploratoria).** En esta fase el paciente se siente ambivalente y se encuentra en la etapa de contemplación o precontemplación, por lo que los objetivos por parte del terapeuta deben ser los de crear un clima cordial, hacer preguntas abiertas, escuchar reflexivamente y delimitar el motivo de la consulta. Las estrategias a utilizar en esta fase se resumen en la tabla 4 y se describen brevemente a continuación.

1. Formular preguntas abiertas. Durante esta primera fase el paciente debe ser el que hable más. Una manera

Tabla 4. Estrategias para iniciar la entrevista motivacional (fase I)

1. Hacer preguntas abiertas
2. Ejercitar la escucha reflexiva
3. Afirmar y apoyar los aspectos positivos
4. Resumir lo que dice el paciente
5. Favorecer y provocar afirmaciones de automotivación

de favorecer el diálogo es realizar preguntas que no puedan contestarse con un par de palabras o con monosílabos. Antes de efectuar una pregunta abierta, el terapeuta debe plantearse qué quiere saber, ya que la entrevista motivacional es directiva y el profesional tiene que ser consciente de a dónde quiere llegar. El objetivo no es que el paciente diga lo que el terapeuta espera, sino que exprese lo que quiera, aunque sin perder de vista la finalidad.

2. Escuchar reflexivamente. El objetivo de la escucha reflexiva es intentar entender lo qué significa para el paciente aquello que nos está diciendo y reforzar algunos aspectos del discurso (figura 2). La reflexión no es un proceso pasivo, ya que el terapeuta decide qué es lo que tiene que reflejar, mediante afirmaciones y deducciones,

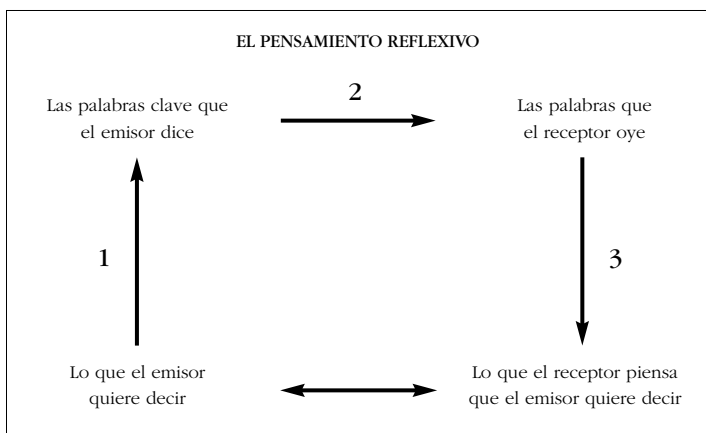


Figura 2. Modelo del pensamiento reflexivo de Thomas Gordon (los números reflejan la sucesión de pasos a seguir)

de lo que se ha contado y qué es lo que tiene que ignorar. Es particularmente importante responder con un reflejo después de las preguntas abiertas que se planteen. Hay diferentes tipos de reflejos, como son, ordenados de menor a mayor dificultad, la repetición, el refraseo, el parafraseo, etc. Por tanto, la escucha reflexiva no es dar consejo, alertar o amenazar, persuadir con lógica, estar en desacuerdo o juzgar, decir a los pacientes «lo que deben hacer», culpabilizar, interpretar o analizar, simpatizar o consolar, y cuestionar o poner a prueba.

3. **Afirmar.** Es apoyar los aspectos positivos del discurso del paciente, de una forma sincera, mediante frases de aprecio y comprensión. Es un refuerzo positivo, ya que aumenta la percepción de autoeficacia y disminuye las resistencias, facilitándose así la creación de un clima cordial. Un ejemplo sería el siguiente. Paciente: *«No tengo problemas con el tabaco, mis pulmones están muy bien»*; terapeuta: *«Tu salud te importa», «Suele ser difícil dejar de fumar cuando te sientes sano»* o *«Es importante para ti sentirte bien»*.
4. **Resumir.** El resumen refuerza lo que ha dicho el paciente, confirma que el terapeuta ha estado escuchando con atención, facilita la conducción de la entrevista, evitando la dispersión y centrando el discurso del paciente, y prepara el inicio de los cambios que han de producirse. El resumen es muy útil si la persona se encuentra ambivalente, ya que le permite escuchar simultáneamente los aspectos positivos y negativos de su conducta, reconociendo que ambos están presentes.
5. **Provocar frases automotivadoras.** Las frases automotivadoras ayudan al paciente a resolver su ambivalencia. En la entrevista motivacional el individuo presenta sus razones para cambiar y es tarea del terapeuta el facilitar la expresión de estas afirmaciones automotivadoras. Estas afirmaciones pueden provocarse utilizando el balance decisional (comentar los aspectos positivos y negativos que se derivan del hecho de fumar) o recurriendo a preguntas evocadoras como: *«¿Qué cosas le hacen pensar que fumar es un problema?»*.

- **Fase II (resolutiva).** Algunos pacientes acuden a la consulta manifestando su deseo de cambiar y, por tanto, motivados para ello. Vienen con la necesidad de establecer un compromiso, por lo que entran directamente en la fase II. En esta fase el paciente está preparado para cambiar, pero aún no ha asumido un firme compromiso para hacerlo. Las estrategias a utilizar son las que se describen brevemente a continuación.

1. **Recapitulación.** Es un resumen amplio de la situación que manifiesta el paciente.
2. **Preguntas clave.** Se refiere a la formulación de preguntas abiertas que ayudan al paciente a pensar y a hablar sobre el tema.
3. **Información y consejo.** Es el momento en el que debe ofrecerse la información pertinente y las posibles alternativas de acción.
4. **Negociación del plan.** Es el proceso de participación activa del paciente en el que se establecen las metas, se evalúan las opciones de cambio y se elabora un plan de acción.
5. **Finalización.** Es cuando debe confirmarse el compromiso, recordar el plan de trabajo, establecer una nueva cita y realizar los agradecimientos finales por asistir a la cita, por la decisión demostrada, etc.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS EN LA APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: REGLAS A SEGUIR Y TRAMPAS A EVITAR

El enfoque de la entrevista motivacional debe basarse en conceptos teóricos (*saber qué es*), pero el llevarla a cabo (*saber cómo se hace*) ha de fundamentarse en la adquisición de habilidades, aspecto este último difícil de lograr sin realizar o presenciar experiencias prácticas. Dada la estructura de este Manual, a continuación se enumeran diversas recomendaciones (reglas), que recogen los principios ya comentados de la entrevista motivacional, y varios posibles errores o «trampas», en los que los profesionales entusiastas e inexpertos suelen

caer en su intento de ayudar a sus pacientes a lograr el objetivo del cambio.

La primera sesión puede ser crucial y las actuaciones del profesional, incluso en una sola sesión, ejercen un poderoso influjo sobre la resistencia del enfermo y sobre los efectos a largo plazo. Las cinco «reglas de oro» a incorporar desde el principio son las siguientes: 1) hablar menos que los pacientes, 2) utilizar preguntas abiertas, 3) ser empático, 4) practicar la escucha reflexiva y 5) evitar adelantarse a la disposición de cambio que tenga el paciente.

Es importante conocer las «trampas» o errores que pueden cometerse en la aplicación de la entrevista motivacional. Han de evitarse desde el principio, puesto que, una vez que se cae en ellos, interfieren rápidamente en el proceso y hacen más posible la aparición de resistencias en el paciente. Estas «trampas» son las siguientes: 1) la de las preguntas-respuestas (o hacer sólo preguntas cerradas), 2) la de la confrontación-negación (o discutir con el paciente), 3) la del experto (dar demasiada información técnica), 4) la del etiquetado (p. ej. «*Usted es un adicto*») y 5) la del énfasis prematuro. Estas «trampas» pueden solucionarse utilizando las reglas enunciadas anteriormente.

Por último, es necesario incidir en que la entrevista motivacional es una estrategia que se ha mostrado eficaz en el abordaje del tabaquismo¹⁶⁻¹⁹, incluso como intervención breve en el ámbito de la asistencia primaria^{20,21}. Parece especialmente útil en los individuos que se encuentran en el estadio de precontemplación, que no han considerado aún la posibilidad de abandonar el consumo de tabaco y que, a partir de una intervención motivacional, pueden empezar a valorar la conveniencia de hacerlo. En general, su utilidad parece focalizarse en la potenciación de otros tratamientos a través del incremento de variables de proceso (adherencia, retención, participación, satisfacción). Por ello, se recomienda incluir estrategias motivacionales como complemento de los tratamientos estructurados, ya que éstas favorecen el proceso más que los resultados²². Por otra parte, este enfoque muestra que ningún tratamiento de conductas

adictivas, en general, y del tabaquismo, en particular, puede tener éxito si no se tiene en cuenta al paciente, con sus motivaciones, opiniones, soluciones, limitaciones y características personales.

EJERCICIO FINAL (ANEXO 1)

Ejemplos de las estrategias utilizadas en la EM (pregunta abierta, reflejo, resumen...) en un caso de tabaquismo:

– Terapeuta: Buenas tardes. ¿Qué le trae por aquí?

Pregunta abierta

– Paciente: Me ha dado la dirección mi médico de cabecera porque cree que debería dejar de fumar.

El paciente expone su motivo de consulta

– T: Él cree que usted debería dejar de fumar.

Reflejo

– P: Sí. Yo sé que es malo para mi salud, pero no veo los efectos nocivos que me causa el tabaco, ya que por ahora no he tenido ninguna enfermedad ni veo que me perjudique.

El paciente expresa la ambivalencia

– T: Usted sabe que es malo, el médico sabe que es malo, pero... ¿Y el «pero» significa?

Reflejo y pregunta abierta

– P: El «pero» significa que a mí fumar me da más placer que efectos nocivos.

– T: ¿Y qué placeres le da fumar?

Pregunta abierta

– P: Fumar me calma cuando estoy nerviosa y cuando estoy relajada me da placer.

– T: Le relaja, le calma. ¿Más cosas?

Reflejo y estrategia: ¿qué más hay de positivo?

– P: También es algo que he tenido siempre, llevo fumando muchos años y hay muchas cosas en mi vida que asocio al tabaco.

- T: Es algo como muy suyo el tabaco.

Paráfrasis (tipo de reflejo)

- P: Sí, el fumar es algo normal en mi vida.

- T: Normal y agradable. Si le entiendo bien, estaría en una posición en la que ve el tabaco como algo esencialmente bueno para usted; más que bueno, agradable, favorable. Y su médico ve que le puede hacer daño.

El terapeuta realiza un reflejo sobre una sensación y crea discrepancias

- P: Exactamente, más que esencial, es algo agradable, porque como tampoco me he planteado dejar de fumar, no sé hasta qué punto es esencial o no.

- T: No se ha planteado dejar de fumar.

Reflejo

- P: No hasta este momento, que me han derivado aquí.

- T: Y al enviarle aquí y venir... ¿eso significa algo?

El terapeuta sigue haciendo reflejos y provocando más comentarios

- P: Sí, algo ha empezado a darme vueltas en la cabeza. Quizás sí debería planteármelo, porque llevo muchos años fumando. Igual me he fumado todo lo que me tenía que fumar y bueno, si dicen que es malo... tendrán razón.

- T: Dice que algo le está dando vueltas por la cabeza al venir aquí. ¿Puede elaborar un poco más qué cosas le están pasando por la mente?

Demanda de elaboración

- P: Sí. A veces son sentimientos positivos hacia el tabaco porque me produce beneficios, pero, por otra parte, en la balanza veo que quizás esos beneficios no son realmente tan buenos; igual es una sensación que yo he creado porque llevo muchos años fumando, pero seguramente estará mermando mi salud, aunque yo no me dé cuenta.

- T: Y usted no se da cuenta.

Reflejo

- P: No, porque puedo correr y no noto que respire peor, ni tengo tos, ni suelo coger catarros... Entonces veo que sólo me da beneficios. Pero, por otra parte, dicen que no es así y eso es lo que me hace venir hasta aquí.
- T: De alguna forma sería que hay aspectos que le dicen desde fuera que el tabaco es malo. Su médico lo ve y usted le da valor y dice que debe ser verdad, pero lo que siente es todo lo contrario, que el tabaco le va bien, que le relaja, le tranquiliza, le da placer, ¿no?

Resumen integrando los dos componentes de la ambivalencia

- P: Sí, es una contradicción, ya que yo siento efectos positivos y los demás dicen que son negativos.
- T: ¿Y es eso lo que le está dando vueltas por la cabeza?

Pregunta clave

- P: Sí, porque creo que el placer que me da fumar no es un placer real, creo que es la costumbre de todas las situaciones que he asociado al tabaco. Muchas veces fumo sin darme cuenta y quizás los cigarros importantes sean pocos. Cada vez es más difícil fumar, no se puede fumar en el trabajo, y eso también me hace pensar que quizás es un buen momento para planteármelo y, a poder ser, dejarlo.

- T: Y venir aquí es planteárselo.

Reflejo amplificado

- P: Sí, porque todavía no he tomado la decisión.
- T: Lo está considerando... ¿Podríamos ver un poco en esa consideración que está haciendo qué elementos juegan a favor de seguir fumando y qué elementos jugarían a favor de dejarlo?

Pregunta abierta con balance decisional

- P: Un elemento a favor sería el placer que me produce fumar y que yo no noto cómo afecta a mi salud; al revés, fumando veo todo elementos positivos, pero por lo que dicen los demás no todo es positivo. Por tanto, lo que juega en contra serían los consejos que me da mi médico para que deje de fu-

mar. Es lo que me hace venir hasta aquí, así como los años que llevo fumando, dependiendo de una sustancia que quizás no me compense tanto.

- T: Dependier. Cuando dice depender, ¿a qué se refiere?

Reflejo y pregunta clave

- P: A tener siempre tabaco en el bolso, a tener que ir a comprar tabaco si no me queda, prevenir esa situación de quedarme sin tabaco, tener que bajar a la calle a fumar... Para proporcionarme ese placer que me da fumar tengo que hacer otro tipo de cosas, por lo que quizá no es tan fácil como coger un cigarrillo y fumármelo.

- T: Y, si le he entendido bien, eso sería un poco depender.

Reflejo

- P: Sí.

- T: Antes decía que nunca ha estado sin fumar porque tampoco ha visto la necesidad. No sé si depender también tiene que ver con la sensación de no haberlo dejado desde hace muchísimos años.

Reflejo de sentimientos

- P: Claro, al llevar fumando tantos años y nunca haber intentado dejar de fumar, me planteo si realmente estoy enganchada a esa sustancia; no sé hasta qué punto, porque como nunca he intentado dejar de fumar...

- T: ¿Intentar dejarlo sería una forma de comprobarlo?

Pregunta clave

- P: Sí.

- T: Pero no lo ha intentado.

Reflejo

- P: No.

- T: Muy bien, a ver si puedo resumir un poco lo que llevamos hablado hasta aquí para ver si le entiendo bien. Viene básicamente porque tiene confianza en su médico y de alguna forma hace un esfuerzo de confianza, ¿no? Porque en-

contrándose bien, sentándole bien el tabaco, valorando positivamente el tabaco, está dispuesta a contemplar la posibilidad de dejarlo, ya que su médico le dice que puede estar perjudicándole, que le va a afectar si no lo deja, y porque además sabe que hay una información al respecto. Por tanto, por un lado hay una vivencia interior de «esto me gusta y quiero seguir tomándolo» y, por otro lado, hay una conciencia, una idea objetiva o exterior que le dice «mejor lo dejas, ya que te acabará haciendo daño».

Resumen fomentando la autoeficacia

- P: Sí, así es.
- T: Y ahí, en toda esta situación, parece que hay otro elemento que le está dando vueltas: «¿Fumo porque quiero o fumo porque no lo puedo dejar». Sería esa dependencia que me citaba antes y que le queda también como una incógnita, ¿no? Porque lo sabría si lo hubiese dejado, pero, como no lo ha intentado dejar, tampoco sabe si depende o no depende. No sé si estoy resumiendo un poco su situación.

Recapitulación utilizando los extremos

- P: Sí, exactamente es eso. Quiero saber hasta qué punto fumo porque me gusta o porque realmente estoy enganchada al tabaco.
- T: Y, llegados a este punto, ¿cree que podríamos intentar dejar de fumar para comprobar hasta qué punto está enganchada?, ¿cree que deberíamos probar otros sistemas?, ¿qué le parece si le informo mejor para que vea lo que más le interesa?

Invitación para recibir información y consejo

- P: Pienso que puede ser bueno intentarlo, me gustaría saber si realmente fumo porque estoy enganchada o porque me gusta, y si puedo dejarlo fácilmente.
- T: Muy bien, o sea que es valiente y dice: «Voy a ver si me enfrento a esta situación y la clarifico».

Afirmación, frase automotivadora

- P: Claro, me gustaría resolver la incógnita.

- T: Muy bien. ¿Y tiene alguna expectativa al respecto? Es decir, ¿cómo imagina que puede ser el primer o el segundo día sin tabaco?

Imaginando, mirando hacia delante

- P: Yo creo que muy difícil.

- T: Lo ve muy difícil.

Reflejo

- P: Sí, pero estoy contenta porque venir hasta aquí creo que es un paso. Aunque llevo toda la vida fumando y nunca me he planteado un día sin tabaco; no sé cómo será.

- T: No se lo ha planteado, pero lo imagina difícil.

Reflejo

- P: Sí.

- T: ¿Qué cosas hacen que lo imagine difícil?

Pregunta abierta

- P: Como tengo asociado para todas las situaciones un cigarro en la mano, me cuesta imaginarlas sin tabaco.

- T: Entonces, estaría claro que una alternativa es intentar dejar de fumar. No sabemos cómo puede funcionar y lo imagina difícil. ¿Imaginarlo difícil significaría que sería conveniente algún tipo de apoyo, de ayuda, o piensa que no, que sería mejor hacerlo sola?

Reflejo y pregunta clave

- P: Yo pienso que, cuanto más ayuda, mejor, porque lo veo muy difícil. Si puedo tener algún apoyo que me lo facilite un poco, mejor.

- T: Conoce las ayudas de las que disponemos. ¿Quiere que le cuente un poco cuáles son las opciones que tenemos para que, a partir de ahí, veamos cuáles pueden encajar mejor con usted?

Ofreciendo un menú de posibilidades

- P: Sí, he oído algo de parches de nicotina, pastillas para dejar de fumar, pero...

BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Gritz ER, Heyman RB, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service 2000.
2. Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behaviour. *Br Med J* 2005;331:961-3.
3. Francis N, Rollnick S, McCambridge J, Butler C, Lane C, Hood K. When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behaviour. *Addiction* 2005;100:1175-82.
4. Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós; 2003.
5. Marteau TM, Lerman C. Genetic risk and behavioural change. *Br Med J* 2001;322:1056-9.
6. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
7. Becoña E. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dickinson; 1998.
8. Marqueta Baile A, Beamonte San Agustín A, Jiménez-Muro Franco A, Gargallo Valero P, Nerín de la Puerta I. ¿Son útiles los cuestionarios utilizados actualmente en el tratamiento del tabaquismo? *Prev Tab* 2008;10:56-62.
9. Rollnick S, Miller WR. ¿Qué es la entrevista motivacional? *Rev Toxicomanías* 1996;6:3-7.
10. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns* 2004;53:147-55.
11. Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. *An Sis San Navarra* 2001;24:43-53.
12. Butler C, Rollnick S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *Can Med Assoc J* 1996;154:1357-62.
13. Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Paidós; 1986.
14. Becoña E, Lorenzo MC. Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones* 2004;16:201-26.
15. Balcells M, Torres M, Yahne CE. La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones* 2004;16(S2):227-36.
16. Soria R, Legido A, Escolano C, López Yeste A, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract* 2006;56:768-74.

17. Fuentes-Pila JM, Calatayud P, López E, Castañeda B. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotín-tabáquica. *Trast Adict* 2005;7:153-65.
18. Brown RA, Ramsey SE, Strong DR, Myers MG, Kahler CW, Lejuez CW, et al. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tob Control* 2003;12:3-10.
19. Lawendowski LA. A motivational intervention for adolescent smokers. *Prev Med* 1998;27:A39-46.
20. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:305-12.
21. Ernst D, Miller WR, Rollnick S. Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *Int J Integr Care* 2007;7:e36.
22. Pedrero EJ, Fernández JR, Casete L, Bermejo MP, Secades R, Tomás V. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Valencia: Socidrogalcohol; 2007.

Cinco minutos para el tabaco en la consulta de atención primaria

Miguel Torrecilla García, María Dolores Plaza Martín,
María del Carmen Tabera Hernández

INTRODUCCIÓN

¿Le importa que le haga algunas preguntas sobre el tabaco? ¿Fuma usted? ¿Cuántos cigarrillos y desde cuándo? ¿Le gustaría dejar de fumar? ¿Considera que depende del tabaco? ¿Quiere que le ofrezcamos ayuda para dejar de fumar?

Con estas preguntas y no más de cinco minutos se puede realizar un abordaje inicial del paciente fumador que acude a la consulta de Atención Primaria (AP) y aumentar las probabilidades de abandonar el consumo de tabaco que tendría de intentarlo por sí solo.

Pudiera parecer que se está frivolizando el abordaje integral del paciente fumador. Nada más lejos de la realidad. Conscientes de la importancia que tiene tratar de forma profesional al fumador que quiere dejar de fumar, se pretende precisamente eso: que ningún fumador se vaya de la consulta de AP, en este caso particular, sin la ayuda necesaria que le facilite el abandono del consumo de tabaco.

La carga asistencial en AP hace que algunos profesionales que trabajan en este ámbito sanitario no asuman el abordaje del tabaquismo como una responsabilidad más, limitándose al obligado consejo rutinario de que «tiene que dejar de fumar», sin facilitar la herramientas necesarias para ello. Esa no es la manera o, me-

jor dicho, es la forma de que el consejo sea poco efectivo; es como decir al paciente obeso que tiene que hacer dieta o hacer ejercicio para bajar de peso sin concretar una dieta o una tabla de ejercicios individualizados.

Con las preguntas que a continuación se plantean se pretende realizar una aproximación diagnóstica y terapéutica al tabaquismo, de forma asumible por todo profesional que quiera ayudar a su paciente fumador.

¿LE IMPORTA QUE LE HAGA ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL TABACO?

Si bien es cierto que cada vez es mayor el número de consultas cuyo motivo de demanda es la solicitud de ayuda para dejar de fumar, con lo que el compromiso e implicación del profesional sanitario es ineludible, en la mayoría de las ocasiones, cuando un fumador acude a la consulta de AP, suele ser por una causa distinta al hecho en sí de fumar, aunque no en pocas ocasiones esté relacionado con él. Pues bien, en este segundo caso, la actitud debe ser similar: una actitud activa enmarcada en el concepto de promoción y prevención de la salud, concepto sobre el que pivota la actividad asistencial de AP¹.

Bajo esta premisa, los profesionales de AP tienen la obligación de cuidar de la salud de la población a su cargo, sin olvidar que es el paciente fumador, en este caso, quien tiene la última palabra. Tener en consideración la opinión del fumador evitará resistencias que pudieran entorpecer el proceso de cesación tabáquica. El control electivo de cuándo y cómo quiere dejar de fumar es una de las bases sobre las que se asienta la entrevista motivacional². La estrategia para evitar la confrontación es tan sencilla como preguntar: *¿Le importa que le haga algunas preguntas sobre el tabaco?*

Pregunta que en numerosas ocasiones no será precisa, dado el grado de confianza que caracteriza la relación del paciente con el profesional sanitario de AP, pero que siempre de manera explícita, o no, debe considerarse.

La respuesta afirmativa, en el sentido de permisividad, permite seguir con los siguientes pasos en el abordaje del tabaquismo; en cambio, la negación no conlleva la no actuación: la disponibilidad para una posible ayuda cuando él decida facilita la futura intervención, ofreciendo un consejo serio y firme en el contexto de una intervención breve que más adelante se comentará.

¿FUMA USTED?

¿A quién se debe preguntar si fuma o no fuma? Se debe preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clínica con una periodicidad mínima de dos años. A las personas adultas que nunca han fumado y a los ex fumadores que llevan muchos años sin fumar quizás no sea necesario insistir al respecto³ (figura 1).

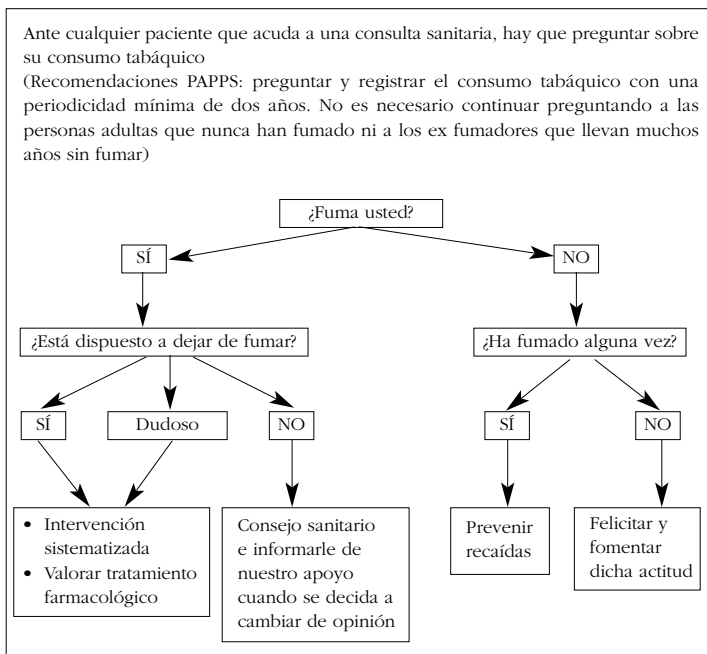


Figura 1. Algoritmo de actuación en el tratamiento del tabaquismo^{3,5}

Eso es lo que se establece en las recomendaciones del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud). La mayoría de los pacientes adscritos a un equipo de AP pasan por el centro de salud al cabo de un año, por lo que las posibilidades de intervención son numerosas y no hay que desaprovecharlas.

La forma de realizar la pregunta también influye en los siguientes escalones terapéuticos. Que el fumador asocie su historial patológico al hecho de fumar antes de preguntarle si fuma o no puede influir en los resultados posteriores.

¿CUÁNTOS CIGARRILLOS Y DESDE CUÁNDO?

Entre los datos mínimos exigibles que deben aparecer en la historia clínica⁶ del fumador figura, entre otros, la cantidad de cigarrillos que fuma, y no puede ser de otra forma porque su conocimiento es fundamental para la actuación terapéutica.

Cuantificar el consumo de cigarrillos y durante cuánto tiempo permite realizar una estimación del riesgo tabáquico del fumador mediante el índice paquetes/año

$$\text{Índice de paquetes al año} = \frac{\text{n.º cigarrillos} \times \text{tiempo en años}}{\text{que ha consumido esa cantidad} / 20}$$

Más adelante se abordará la dependencia nicotínica, pero ya con esta pregunta se está realizando una aproximación a la misma, de forma que de una manera semiestructurada se va completando parte de test que la determina.

¿LE GUSTARÍA DEJAR DE FUMAR?

En cualquier manual de tabaquismo, y por supuesto en ediciones anteriores de éste, se contempla, como fase previa al tratamiento del tabaquismo y como parte del diagnóstico, el proceso de cambio de Prochaska y Diclemente⁷, así como las características y estrategias a seguir en cada una de las fases que lo carac-

terizan: precontemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento^{8,9}.

Todo profesional que se plantee el abandono del tabaco de su paciente debe conocer dónde situar al fumador dentro del proceso de cambio mencionado, y para ello habrá que preguntar expresamente si se plantea el abandono del tabaco y en qué momento lo va a intentar (figura 2). Preguntando: *¿Le gustaría dejar de fumar?*, probablemente la información facilitada, tanto con lo

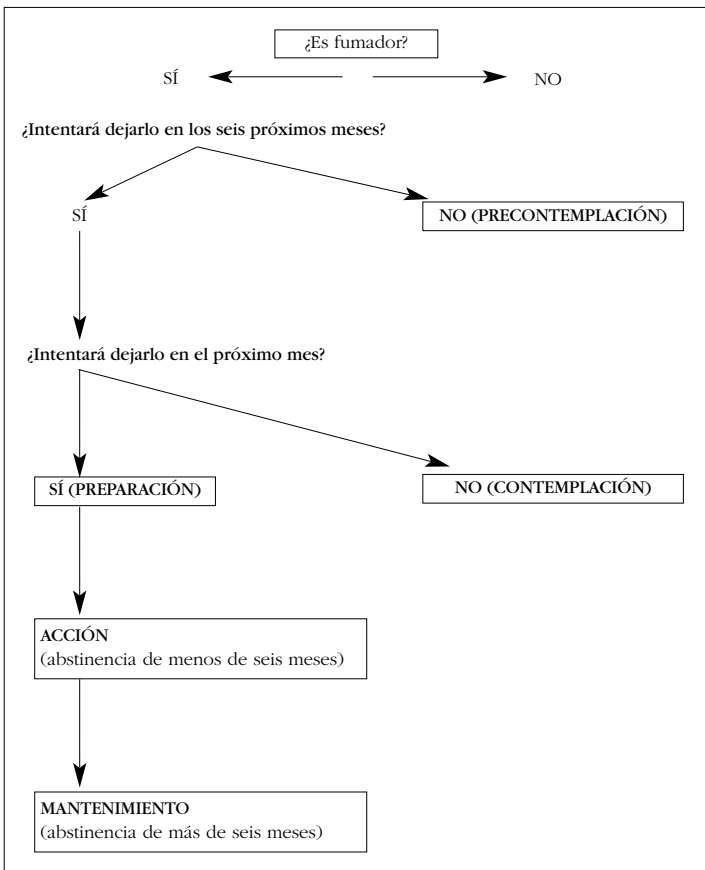


Figura 2. Fases del proceso de abandono del tabaco de los fumadores

que diga como con la forma de decirlo, permita clasificarlo de forma similar.

Con esta pregunta el fumador rara vez da una contestación escueta. El sí o el no suele ir acompañado de algún que otro comentario que permite valorar el proceso de cambio y la disponibilidad para dejar el consumo de tabaco, pero como en la mayoría de las situaciones, para interpretar lo que se encuentra es necesario saber lo que se busca, por lo que familiarizarse con las preguntas clásicas y las distintas características de las diferentes fases facilitará identificarlas.

A grandes rasgos, conviene recordar que en la fase de precontemplación el fumador no se plantea el abandono del tabaco al menos en los próximos seis meses y puede ser que no conozca los efectos nocivos del tabaco ni las ventajas del abandono del mismo, por lo que la actitud irá dirigida fundamentalmente a la información, a aumentar la motivación para dejar de fumar y a ofrecer ayuda.

Los fumadores en fase de contemplación quieren dejar de fumar pero a medio-largo plazo (en los próximos seis meses) y son fumadores en los que el sentimiento de frustración puede estar presente por intentos previos fallidos, por lo que la actuación debe ir orientada a aumentar la autoconfianza y la oferta de ayuda más concreta, delimitando el tiempo y el proceder terapéutico.

Cuando el fumador está firmemente decidido, «preparado» para dejar de fumar de forma más o menos inmediata (en menos de un mes), se habla de fumadores en fase de preparación, y en estos casos se deberá ir concretando la fecha del día D, día elegido para dejar de fumar, y programar citas de seguimiento.

En las fases de acción y mantenimiento se está frente a sujetos que han dejado de fumar y llevan más o menos seis meses de abstinencia, por lo que habrá que fijar visitas de seguimiento y realizar apoyo psicológico orientado a la prevención de recaídas.

¿CONSIDERA QUE DEPENDE DEL TABACO?

En ocasiones no es necesario realizar esta pregunta porque probablemente ya habrá habido comentarios durante la entrevista que expresen fielmente si tiene o no dependencia del tabaco y en qué medida. Recuerdo comentarios como «Fumo incluso mientras me estoy duchando (con lágrimas en los ojos)» o «He tenido que bajar a las cuatro de la madrugada al 24 horas a comprar tabaco». ¿Podría usted realizar una aproximación a la dependencia nicotínica con estos comentarios?

El test de Fagerström, en poco más de dos minutos, permite clasificar al fumador en tres grados de dependencia nicotínica¹⁰. Pero con una versión reducida de sólo dos preguntas, de las que de una ya se conoce la respuesta por los datos que el fumador ha ido aportando a la historia durante el transcurso de la anamnesis, se puede obtener la información necesaria para decidir la procedencia de la prescripción farmacológica para el tratamiento de la cesación tabáquica. Como ya se conoce la respuesta a una de esas preguntas, bastará con preguntar sobre el tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo (tabla 1).

Tabla 1. Test de Fagerström abreviado

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día

- Más de 30: 3 puntos
- De 21 a 30: 2 puntos
- De 11 a 20: 1 punto
- 10 o menos: 0 puntos

2. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?

- Menos de 5 minutos: 3 puntos
 - De 5 a 30 minutos: 2 puntos
 - De 31 a 60 minutos: 1 punto
 - Más de 60 minutos: 0 puntos
-

Con las preguntas hasta ahora realizadas ya se tiene al fumador correctamente diagnosticado y valorado para realizar una propuesta terapéutica personal e individualizada.

¿QUIERE QUE LE OFREZCAMOS AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR?

Dejar de fumar no es complicado, pero a veces tampoco es tan sencillo como algunos fumadores creen y expresan con el comentario tan manido de: «Yo lo dejo en cuanto quiera». El tabaquismo es una drogadicción y como tal debe contemplarse¹¹.

La eficacia del consejo sanitario como método de intervención para dejar de fumar ha sido ratificada por las revisiones de la *Cooperación Cochrane* al revelar un pequeño pero significativo incremento en la OR del consejo frente al no consejo (OR: 1,66; IC 95%: 1,42-1,94). Cuando compara la eficacia del consejo simple frente a los consejos más intensivos, existe un pequeño incremento de la eficacia con el consejo más intensivo (OR: 1,84; IC 95%: 1,60-2,13)¹².

Cuando el consejo se acompaña de un seguimiento del proceso de cesación tabáquica, no hay duda de que la eficacia del mismo se ve incrementada (OR: 2,66; IC 95%: 2,06-3,45 comparada con una OR: 1,59; IC 95%: 1,33-1,90 cuando no existen visitas de seguimiento). Al aumentar el número de sesiones, lo hace la eficacia (OR: 1,4 para dos sesiones y 2,3 para más de ocho sesiones); y a mayor duración total de la intervención, se obtienen mejores resultados (OR: 1,3 para 3 minutos y 3,1 para 90 minutos)¹³.

Con relación a la duración del consejo, la *Agency for Healthcare Research and Quality* del *US Department of Health and Human Services* señala que, si se incrementa la intensidad de la intervención, lo hace la eficacia (OR: 1,3 para 3 minutos y 2,3 para 10 minutos)¹³. Lancaster demuestra que un consejo de 5-10 minutos de duración es más eficaz que uno más breve (OR: 1,69; IC 95%: 1,45-1,98)¹⁴.

Bajo estos argumentos de la eficacia del consejo sanitario, cuando el fumador nos dice que quiere ayuda para dejar de fumar, ya desde este primer acercamiento al proceso de cesación tabáquica se puede intervenir. Intervención que, en

función del tiempo, se puede diferenciar en breve o intensiva. Intervención breve sería aquella que dura menos de 10 minutos por sesión, menos de cuatro sesiones y menos de 30 minutos en total. Y por intervención intensiva se entendería aquella de más de 10 minutos por sesión, cuatro o más sesiones, y más de 30 minutos en total. Independientemente del tratamiento instaurado o prescrito, farmacológico o no farmacológico.

El *Public Health Service* de los EE. UU. otorga a las intervenciones clínicas breves diseñadas para su aplicabilidad en el ámbito de la AP una serie de actuaciones que, a modo de recordatorio, quedarían sintetizadas con las 5 As: Averiguar, Aconsejar, Apremiar, Ayudar y Acordar¹⁵.

- 1. Averiguar (*Ask*)** si el paciente fuma. Identificar sistemáticamente a todos los fumadores (fumador, ex fumador o no fumador) y registrarlo en el historial clínico. Con las preguntas que ya se han realizado, este apartado está realizado.
- 2. Aconsejar (*Advise*)** firme y convincentemente dejar de fumar a todo fumador. Los mensajes han de ser claros y se debe informar al fumador de forma seria y contundente sobre el riesgo de fumar y de los beneficios del abandono del tabaco. Han de ser convincentes, favoreciendo la autoeficacia del mismo, y personalizados, teniendo en cuenta el entorno y las características de cada sujeto: edad, condición familiar, estado de salud, motivación, etc.
- 3. Apremiar (*Asses*)** y valorar la disposición del paciente para dejar de fumar y, en función de la misma, programar una ayuda concreta, como se verá más adelante.
- 4. Ayudar (*Assist*)** al paciente en el abandono del tabaco. La ayuda dependerá de la fase en la que se encuentre el fumador, como ya se ha expuesto anteriormente. La estrategia general a seguir puede ser la siguiente:
 - a) Prepararle para el día D. Que elija la fecha del día para dejar de fumar. Buscar una fecha propicia para el fumador y evitar situaciones estresantes. En los días previos al día escogido, conviene que realice algún cambio en su conducta de fumador: fumar menos, autorregistro de los

cigarrillos previo a su consumo, no llevar encendedor, fumar sólo sus cigarrillos, guardar y lavar los ceniceros después de usarlos, etc. Medidas orientadas a romper con el automatismo del consumo de cigarrillos y hacer más incómodo el hecho de fumar. En definitiva, preparar el camino al día D.

- b) Que solicite la ayuda y la colaboración de las personas que le rodean (familiares, amigos, compañeros del trabajo).
- c) Informar de los síntomas del síndrome de abstinencia para que, conociéndolos, le sea más fácil actuar, evitando de esta forma un abandono del tratamiento por miedo a unos efectos no explicados; y ofrecer algunos consejos útiles para que, en caso de que se presenten, sean más llevaderos.
- d) Facilitar material por escrito adecuado que le sirva de apoyo e información: hoja informativa sobre el tabaquismo, guía para dejar de fumar, ventajas de no fumar, etc.
- e) Valorar la conveniencia de ayuda farmacológica de eficacia demostrada (terapia de reemplazo nicotínico, bupropión o vareniclina¹⁶⁻¹⁸); fármacos que, por su seguridad, se consideran de primera línea en el tratamiento de la cesación tabáquica¹⁹.

Cuando el consejo para dejar de fumar se acompaña de la entrega de material de apoyo, los porcentajes de abstinencia pueden oscilar, al año de seguimiento, entre el 5 y el 10% (grado de evidencia A)¹³.

5. Acordar (*Arrange*) y programar el seguimiento y la frecuencia de los controles, aconsejándose una primera visita de seguimiento poco después de la fecha escogida para dejar de fumar (a la semana o a los 15 días) para valorar dificultades y cumplimiento terapéutico, y reconocer siempre el esfuerzo que el fumador está realizando, felicitándole por los logros conseguidos. Cuando el consejo se acompaña de un seguimiento del proceso de cesación tabáquica, la eficacia del mismo se ve incrementada¹².

Si bien el abordaje inicial del paciente se puede realizar en cinco minutos, también es cierto que se precisa cierta destreza y habilidad que sólo la experiencia da. El abordaje global va a lle-

var más tiempo, tiempo que se puede ir fraccionando en varias consultas para ajustar el abordaje del paciente fumador al objetivo de este capítulo, que no es otro que concienciar al profesional sanitario que trabaja en AP de que el tratamiento del tabaquismo se puede realizar en el marco de la consulta diaria, facilitándole ciertas estrategias que favorezcan su aplicación. Con lo visto hasta ahora, si realiza el ejercicio práctico que se propone a continuación, se dará cuenta de que, si quiere, puede hacerlo.

EJERCICIO FINAL

Imagínese que a su consulta llega Nicolás, un paciente hipertenso de 46 años, controlado con antihipertensivos, con cifras tensionales dentro de los valores normales y que actualmente presenta cuadro infeccioso respiratorio de vías altas, con febrícula, rinorrea acuosa y tos seca no productiva, con cierto malestar general. Después de la exploración respiratoria, se decide prescribir paracetamol y un antihistamínico.

Le consta que es fumador porque le ha visto fumando y además su aliento le delata como tal. ¿Cómo abordaría el tema del consumo de tabaco? Puede seguir el esquema propuesto en el capítulo (ponga en marcha un cronómetro o fíjese en la hora que es y empiece la entrevista).

- D: Nicolás, ¿le importaría que le hiciera algunas preguntas sobre el consumo de tabaco?
- N: Ya sé lo que me va a decir, pero... Si no hay más remedio, adelante, hágalas.

- D: ¿Sigue fumando, no?
- N: Pues sí, pero ahora no paso de 8 o 10 cigarrillos al día.

- D: Ahora, por el catarro, o de forma habitual.
- N: Ahora, por el catarro. Normalmente, no suelo pasar del paquete.

Sin más, podríamos presuponer un consumo habitual de 20 cigarrillos diarios

- D: ¿Desde cuándo lleva siendo fumador?
- N: La verdad es que empecé tarde, durante la carrera, sobre los 19 años (27 años fumando).
- D: ¿Siempre ha fumado la misma cantidad?
- N: Generalmente, sí. Hombre, algunas temporadas más, por lo exámenes, o algún día que sales más de la cuenta y esas cosas, pero por lo general el paquete.

Se puede estimar un índice de paquetes de 27 al año

- D: Y a pesar de que conoce en propia carne el perjuicio del tabaco (su padre falleció de cáncer de pulmón), ¿no se ha planteado dejarlo?
- N: La verdad es que sí, pero no me es fácil. Además, no sabe lo que le pasó a mi hermano, que le dio un infarto hace dos meses y también era fumador. Lo intenté una vez y me puse fatal, no aguanté ni un día.

Con estos datos podríamos deducir que el paciente estaría en fase de contemplación o preparación, y tiene, al menos, cierta dependencia nicotínica que nos inclinaría hacia una ayuda farmacológica: motivos para dejar el tabaco tiene y «lo ha intentado», pero no lo ha conseguido por presentar síndrome de abstinencia. La siguiente pregunta se podría obviar, pero vamos a realizarla

- D: El tabaco no da la libertad, como dice la publicidad...
-Nicolás interrumpe-
- N: ¿Libertad? De verdad que cada vez estoy más asqueado de estar dependiendo del tabaco ¡Es una mierda!
- D: ¿Por qué no lo intenta desde hoy? ¿Le podemos ayudar a dejar el tabaco sin demasiado esfuerzo? Veamos, ¿cuándo se fuma el primer cigarrillo?
- N: Pues nada más levantarme. Incluso hay noches en las que, si me levanto a orinar, antes de acostarme me fumo un pitillo.

El Fagerström breve sería de 4-5, dependencia moderada-alta; por los comentarios realizados, más bien alta

- D: ¿Qué le parece si desde hoy mismo se plantea algunas medidas para ir reduciendo el consumo y se fija un día para dejar de fumar? ¿El día que usted elija? Y, si quiere, se puede prescribir alguna medicación que le ayude a dejarlo más fácilmente, sin que lo pase tan mal como aquella vez que lo intentó. Torres más altas han caído... Muchos fumadores han logrado dejar de fumar. ¿Por qué no puede ser usted uno de ellos? El que más se va a beneficiar va a ser usted, pero piense en su mujer y en sus hijos. Revivir situaciones como las que le ha tocado vivir a usted no son agradables y en su mano está el evitarlas. ¡Ánimo!

Van unos tres minutos. ¿Se considera preparado para iniciar un tratamiento para ayudar a dejar de fumar? ¿Tiene datos suficientes para hacer un diagnóstico de Nicolás como fumador? ¿Recuerda las preguntas clave que comentábamos al principio del capítulo?: *¿Le importa que le haga algunas preguntas sobre el tabaco? ¿Fuma usted? ¿Cuántos cigarrillos y desde cuándo? ¿Le gustaría dejar de fumar? ¿Considera que depende del tabaco? ¿Quiere que le ofrezcamos ayuda para dejar de fumar?* De una u otra forma están realizadas, y todavía nos queda tiempo para iniciar un tratamiento, darle material por escrito y concretar una cita de seguimiento si Nicolás y usted quisieran.

Nota: No se llamaba Nicolás, pero el caso es real y empezó el tratamiento con soporte farmacológico desde la visita inicial porque él lo decidió así.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro A, Gené J, Subías P. Actividades preventivas y de promoción de la salud. En: Martín Zurro A, Cano JF (eds.). Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003.
2. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós Ibérica; 1999.
3. Cabezas C, Robledo T, Marqués F, Ortega R, Nebot M, Megido MJ, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria 2007;39(3):27-46.
4. Olano E, Matilla B, Sánchez E, Alarcón E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en Atención Primaria. Aten primaria 2005;36(9):510-4

5. Tormo J. Abordaje del tabaquismo en Medicina Familiar. Granada: SAMFYC; 1997.
6. Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez C, Barrueco M. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten primaria* 2002;30(5):310-7.
7. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994;13:39-46.
8. Torrecilla M, Plaza D, Ruano R. Consejo médico e intervención mínima sistematizada. En: Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M (eds.). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: ERGON; 2003.
9. Torrecilla M, Plaza D, Avón C. Intervención no farmacológica. Consejo sanitario sistematizado. En: Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M (eds.). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: ERGON; 2006.
10. Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction and its pharmacologic treatment. *Arch Intern Med* 1992;153:34-48.
11. DSM IV. Atención Primaria. Barcelona: MASSON; 1997.
12. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.
13. Fiore M, Jaen CR, Baket TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care* 2008;53(9):1217-22.
14. Lancaster T, Stead L, Silagy CH, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings the Cochrane Library. *Br Med J* 2000;321:355-8.
15. Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informe del Public Health Service de los Estados Unidos. *JAMA* 2000;283:3244-54.
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. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3.

18. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub3.
19. Jiménez-Ruiz CA, Riesco JA, Ramos A, Barrueco M, Solano S, De Granda JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008;44(4):213-9.

Capítulo IV

Cinco minutos para el tabaco en las consultas de atención especializada

Francisco Javier Álvarez Gutiérrez, Alfonso Pérez Trullén

INTRODUCCIÓN

La dependencia del tabaco o tabaquismo es una enfermedad crónica de carácter adictivo según la última edición de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10), publicada por la Organización Mundial de la Salud. Es la principal causa evitable de morbimortalidad en los países desarrollados, capaz de causar la muerte prematura a más de la mitad de aquellos que la padecen¹. Hasta en el 80% de los casos, esta adicción se inicia antes de los 18 años de edad. Como se ha indicado, anualmente mueren en el mundo 5 millones de personas debido a sus efectos sobre la salud, y si no se frena su consumo, las predicciones para el año 2030 sitúan estas muertes en más de 10 millones, con una pérdida media de entre 10 y 20 años de vida, en comparación con los no fumadores².

En España se atribuyen al consumo de tabaco más de 54.000 defunciones al año, que suceden mayoritariamente en varones³ (91% de los casos). No obstante, en los últimos años se aprecia un incremento de morbimortalidad en las mujeres, debido a que, como se sabe, la mujer se incorporó a esta adicción en nuestro país de forma más tardía. Aunque se ha establecido una asociación de más de 25 enfermedades al consumo de tabaco, sólo cuatro de ellas (cáncer de pulmón, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), cardiopatía isquémica y enfermedad

cerebrovascular, por este orden) son las responsables directas de más de dos tercios de los fallecimientos. Así, el cáncer de pulmón es el tumor más frecuente y el que provoca mayor mortalidad a nivel mundial y también en España. Es responsable de casi el 29% de las muertes provocadas por el tabaquismo, siendo la primera causa de mortalidad por cáncer en el varón y la tercera en la mujer (tras el cáncer de mama y de colon)⁴. Además, en ambos sexos sigue experimentando un incremento, que en nuestro medio es significativamente mayor en las mujeres (aumento del 6,7% frente al 1,5% en varones).

Por otro lado, la principal causa de EPOC es el consumo de cigarrillos, estimándose que es responsable del 80-90% de todos los enfermos con esta patología. Se ha indicado que un fumador tiene hasta 10 veces más posibilidades de morir por esta enfermedad que un sujeto no fumador⁵, siendo responsable de hasta el 20% de los fallecimientos a causa del tabaquismo³.

El tercer grupo de enfermedades (cardio y cerebrovasculares) están muy estrechamente relacionadas con el consumo de tabaco, siendo este factor, junto a otros conocidos (hipercolesterolemia, hipertensión arterial, sedentarismo, etc.), el más importante para su génesis y desarrollo.

El resto de patologías provocadas por su consumo, hasta las más de 25 indicadas, nos indican su importancia como problema de salud pública, siendo el factor de riesgo independiente más importante de los conocidos para la mayoría de estas enfermedades. Todos estos hechos se abordan ampliamente en el primer capítulo del Manual.

Por todo lo descrito anteriormente, la mayoría de los especialistas deben tener una función fundamental en la cesación tabáquica. El capítulo I aborda los efectos nocivos del tabaco sobre la salud, pero también la importancia que tiene la utilización de la patología del tabaco como factor de motivación en fumadores enfermos, aspecto que debe ser tenido en cuenta y utilizado por los médicos especialistas de pacientes con patologías producidas por el tabaco. Esta función debería realizarse en aquellos pa-

cientes que ya padecen los efectos del tabaquismo (prevención terciaria), pero los médicos especialistas también deben apoyar la cesación en fumadores que aún no manifiestan síntomas (prevención secundaria), dado que el consumo de tabaco es un factor de riesgo de primer orden. Es fundamental, por tanto, que en todas las consultas especializadas que atienden a enfermos con patologías en las que el tabaco es factor de riesgo, en mayor o menor medida, se realicen estrategias de prevención que, como se comenta en este mismo capítulo, pueden ocupar poco tiempo, con una rentabilidad alta si se extiende a todas y cada una de las consultas diarias que se realizan en España. Obviamente, esta intervención es especialmente importante, si cabe, en especialidades como Neumología, Cardiología, Ginecología, Otorrinolaringología, Anestesia, Urología, Gastroenterología, Medicina Interna, Estomatología, Dermatología, Pediatría y Oncología, las cuales están más directamente implicadas en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de patologías relacionadas con el tabaco.

¿QUÉ ACTUACIONES CONCRETAS SE PUEDEN REALIZAR EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA?

La intervención básica es el consejo antitabaco, que se ha mostrado eficaz como estrategia global y es obligado que lo realicen todos los profesionales sanitarios, sea cual sea su ámbito de trabajo, tanto a la población que acude a consultas externas como aquella que está ingresada⁶.

Consiste en recomendar de forma enérgica y seria a un paciente dejar de fumar, y se debe acompañar de la entrega de un folleto o documento escrito que el fumador pueda leer. Globalmente, es suficiente emplear 3-5 minutos en este tipo de intervención. Por tanto, es el método con mejor relación coste-efectividad para ayudar a los pacientes a dejar de fumar⁷, y su generalización supondría un importante descenso de las tasas actuales de prevalencia. Aunque muchos profesionales sanitarios aún puedan dudar de la eficacia de este tipo de intervenciones, se ha estimado que, frente al 0,3-1% de abandonos espontáneos del tabaquismo, entre un 5 y un 10%⁸ permanecen abstinentes

después de un consejo explícito y breve, acompañado de un documento escrito; y si a esto se le suma el seguimiento, se pueden alcanzar según algunos autores hasta un 20% de abstinencias. Incluso se ha podido comprobar que, aunque no dejen de fumar inmediatamente, alrededor del 20% de los fumadores sometidos a intervención breve progresan en su fase de abandono, a pesar de no alcanzar inmediatamente la abstinencia⁹. Así, se ha estimado que la intervención breve sobre tabaquismo tiene una excelente relación coste-efectividad, siendo aproximadamente 30 veces más efectivo que tratar una hipertensión arterial y unas 100 veces más que el tratamiento de la hipercolesterolemia¹⁰.

En cualquier consulta especializada que atiende a pacientes que presentan patologías derivadas del consumo de tabaco (prevención terciaria) se debería realizar, además, una intervención avanzada que incluya el diagnóstico preciso del tabaquismo del paciente (grado de motivación y dependencia), acordar un plan de tratamiento, seguimiento de estos pacientes y, en su caso, derivar a una Unidad Especializada de Tratamiento (UET), donde se puede ofrecer un tratamiento más amplio, de tipo multicomponente, tal y como se describe en el capítulo VI de este Manual.

A continuación se expone un esquema fácil de intervención que puede adaptarse a las características de cada consulta especializada.

FASES E INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN

Al principio es importante establecer una relación de confianza con el paciente, a la vez que se atienden los motivos de consulta de éste, postergando el consejo antitabaco a la llamada fase «resolutiva» de la consulta, dado que difícilmente serán atendidos los consejos si antes no se han tenido en cuenta estas cuestiones⁷.

En la intervención breve se considera básico el esquema de las 5 As¹¹, ya descrito en el capítulo anterior y que incluye: Averiguar (identificar a los fumadores, su patrón de consumo, intentos previos, motivos de recaída y dependencia física), Aconsejar (de forma firme y convincente dejar de fumar), Apreciar (valorar la pre-

disposición al abandono y actuar en el caso), Ayudar (fijar un día de abandono, ofrecer ayuda farmacológica y facilitar material de apoyo) y Acordar (consensuar un calendario de seguimiento).

Esquemáticamente, las fases en las que se deben recoger todas las cuestiones básicas podrían resumirse en las siguientes:

Diagnóstico de fumador/registro

Anamnesis: es obligado que en toda consulta especializada se pregunte a cada persona si fuma y la cantidad de este consumo. Para recoger este último dato, hay que emplear la conocida fórmula de paquetes/año (n.º de cigarrillos al día x n.º de años fumando / 20). A este dato hay que añadir, además, el del consumo actual. También sería conveniente incluir entre estos datos básicos si fuman en su entorno, dado que las posibilidades de éxito serán mayores en caso contrario, e igualmente se puede aprovechar para instar al abandono del consumo de otros miembros de la familia. Otro factor a valorar son los intentos previos de abandono y el tratamiento utilizado en su caso en esos intentos, así como los motivos de recaídas.

Se debe contar con un sistema de registro del consumo tabáquico, que se puede realizar bien directamente sobre la historia clínica o bien en las hojas de registro específicas de historia de fumador, guardándose dentro de la propia historia clínica o en un archivo diferente. Sería importante añadir en la evolución cada una de las actuaciones realizadas, la situación de cesación e indicar el plan de seguimiento⁷.

El resumen de las preguntas básicas de la anamnesis queda recogido en la tabla 1.

Etapa del proceso de cambio: es importante identificar la fase de abandono en la que se encuentra el paciente para ajustar nuestra intervención a esta fase. Resumidamente, las fases de abandono descritas por Prochaska y DiClemente¹² y recogidas en los anexos eran cuatro, pero en la actualidad se consideran cinco:

Tabla 1. Preguntas básicas iniciales de anamnesis en fumador

1) ¿Fuma o ha fumado usted?
- ¿Cuántos cigarrillos ha fumado y durante cuanto tiempo?
- ¿Cuánto fuma actualmente?
Registrar n.º de paquetes al año: n.º de cigarrillos al día x años / 20
2) ¿Ha intentado dejar el tabaco con anterioridad?
- ¿Cuántas veces?
- ¿Utilizó algún método?
- Motivos de recaída:

- Precontemplación: no tienen intención de cambiar su consumo en los próximos seis meses. Los fumadores son consonantes y no desean conocer los efectos nocivos del cigarrillo.
- Contemplación: están pensando seriamente en dejar de fumar en los próximos seis meses. Lo han intentado habitualmente en varias ocasiones, pero no lo han conseguido o han pasado graves dificultades.
- Preparación: se plantean el abandono del consumo en el próximo mes. Las ventajas de dejar de fumar sobrepasan claramente a las desventajas. Estarían en esta fase un 15% de los fumadores (son fumadores disonantes).
- Acción: ex fumadores de menos de seis meses de evolución. En esta fase son frecuentes las recaídas.
- Mantenimiento: son ex fumadores de más de seis meses de evolución.

Valoración del grado de motivación y dependencia: la motivación es una de las variables básicas a conocer en todo intento de abandono. Para su valoración se suele utilizar el test de Richmond¹³, que permite clasificar la motivación en baja, moderada o alta. Es importante su objetivación, dado que para incluir al fumador en un programa de cesación tabáquica con ciertas expectativas de éxito es necesario que la puntuación del test sea de 9 a 10 puntos¹⁴. Este test se recoge en los anexos del Manual.

Por otro lado, también es importante objetivar el grado de dependencia física que tiene el paciente. Existen varios instrumentos, pero el más utilizado es el test de Fagerström para la dependencia de nicotina. Podemos tener una estimación bastante aproxi-

mada con el test abreviado, ya expuesto en el capítulo anterior, que cuenta sólo con dos preguntas y que, por tanto, podría ser realizado en muy poco tiempo. Según las respuestas, podemos clasificar la dependencia en leve, moderada o alta. Este test permite ofrecer el mejor tipo de tratamiento en función del resultado obtenido.

En este nivel de atención, el uso de otros instrumentos que valoren la dependencia social y conductual, como es el test Glover Nilsson o el uso del test de recompensa, escapan fuera del objetivo inicial y quizás dificulten que el abordaje del paciente fumador sea un hecho. No obstante, para los profesionales que dispongan de más tiempo, pueden ofrecer información añadida, por lo que se pueden consultar en los anexos del Manual.

Consejo profesional

El consejo debe ser breve (no más de 2-3 minutos), personalizado (de acuerdo a la realidad del paciente), firme, serio (incidir en la importancia esencial de esta medida), oportuno (aprovechar determinadas situaciones, como el embarazo), motivador (avanzar en el proceso de dejar de fumar) y sistematizado (debe repetirse en cada consulta). Este consejo debe realizarlo todo profesional sanitario, independientemente del lugar de trabajo o la especialidad que realice. Dependiendo de la disponibilidad de cada centro, el tipo de especialidad y su grado de implicación en tabaquismo, derivará a otra consulta especializada en el tratamiento del tabaquismo o iniciará el plan de intervención que se expone a continuación.

Plan de intervención

Este plan debe adaptarse a cada paciente, según su fase de abandono, grado de motivación y dependencia. En caso de estar en fase de precontemplación o contemplación, se debe fomentar el proceso de cambio de fase hasta conseguir que se encuentren en la fase de preparación. Se debe realizar una estrategia de entrevista motivacional en la que el propio paciente argumente sus motivos para el cambio, siendo la labor del profesional el poten-

ciarlos y apoyarlos¹⁵. Se deben utilizar preguntas abiertas en las que el fumador exprese sus sentimientos e inquietudes con relación al tabaco, resaltando los aspectos positivos de la cesación, resolviendo dudas y aclarando esos temores y mitos existentes alrededor del proceso de cesación⁷. Todo ello forma parte del soporte social intratratamiento según la revisión actualizada de la *Clinical Practice Guideline*¹¹. El fumador debe tomar la decisión de dejar de fumar influido por el medio en el que se mueve del que puede obtener soporte, aunque el soporte social extratratamiento no se ha mostrado tan eficaz como el intratratamiento¹¹, por lo que éste es fundamental y, por tanto, también es esencial el consejo profesional.

Si el paciente está motivado para dejar el tabaco, se debe fijar una fecha de abandono atendiendo a la que considere que puede tener mayor posibilidad de éxito, obviando fechas a corto plazo en las que por motivos familiares, profesionales, etc. no sean idóneas. Previamente a este día, conviene que realice algunos cambios en su conducta de fumador, intentando la disminución de su consumo y dejando constancia del mismo. Para ello, pueden ser útiles las hojas de autorregistro de consumo o una lista de motivos por los que fuma y por los que quiere dejar de fumar, entre otras estrategias. En los anexos se recogen varios documentos útiles a este fin. En este momento, también se puede enseñar la práctica de ejercicios fáciles de relajación que serán muy útiles en todo el proceso de cesación. Dependiendo de su consumo, grado de dependencia, intentos previos, tipos de tratamiento utilizados en los mismos e inexistencia de contraindicaciones, se le puede aconsejar además el empleo de alguna de las terapias farmacológicas que se han mostrado efectivas (tratamiento sustitutivo con nicotina, bupropión, vareniclina) y que serán evaluadas ampliamente en otros capítulos. La elección de uno u otro fármaco debe basarse en las características del paciente, la experiencia del clínico en el manejo de los fármacos y el acuerdo con el paciente de la terapia más apropiada. En este sentido, es fundamental que el paciente esté conforme y «de acuerdo» con el tratamiento seleccionado, después de una explicación por parte del terapeuta de las posibilidades de tratamiento, su eficacia y los efectos secundarios. Este acuerdo y «contrato» de tratamiento probablemente es

esencial para conseguir un mayor cumplimiento y, por tanto, eficacia.

Es importante la recogida, si no lo está en la historia clínica, de aquellos antecedentes patológicos del paciente que puedan suponer una contraindicación para alguno de los tratamientos que se pueda instaurar, así como todos los fármacos que el paciente consume habitualmente, para estar seguros de la inexistencia de interacciones medicamentosas.

Se debe informar de los síntomas del síndrome de abstinencia y ofrecer consejos útiles en caso de su presentación. En este sentido, es importante la realización de los ejercicios de relajación indicados anteriormente.

Todas estas actividades pueden realizarse dedicando un tiempo medio de diez minutos en la visita inicial y de cinco en las revisiones posteriores. Obviamente, a mayor tiempo de intervención se obtienen mejores resultados, pero la posibilidad de dedicar más tiempo no está al alcance de todos los profesionales y, si se considera necesario, puede derivarse al paciente a una unidad especializada.

Es aconsejable establecer un plan de seguimiento para comprobar la situación de la cesación, resolver los problemas y síntomas que plantee el paciente, y reforzar su proceso de cesación. Este seguimiento debería ser de forma ideal precoz (a los 7-14 días de la fecha fijada) y posteriormente al finalizar el tratamiento y a más largo plazo. En el caso de pacientes ingresados, es importante aprovechar esta situación para el comienzo del tratamiento en su fase de hospitalización y planear una cita programada precoz (7-14 días del alta o más prolongada, según la situación clínica del paciente) para seguimiento. Como se ha señalado anteriormente, es un hecho conocido que el seguimiento aumenta la eficacia de cualquier tipo de intervención, incluido el consejo médico¹⁶ y que, a mayor duración total de la intervención, se obtienen mejores resultados¹¹. Estas circunstancias hay que tenerlas en cuenta y adaptar el número de visitas de seguimiento y la duración de las mismas a las posibilidades de cada consulta, considerando la

derivación del paciente si no se cuenta con el tiempo o recursos mínimos necesarios y el paciente lo requiere. Sería importante disponer en cada consulta de un cooxímetro, ya que, además de aportar una medida objetiva rápida, fácil y cómoda de realizar, puede reforzar al paciente en su situación de abstinentes.

En la tabla 2 se resume el plan de intervención y en la figura 1 aparece un esquema general de acción para la consulta especializada, adecuado al tiempo disponible.

Tabla 2. Plan de intervención

Valoración de la fase de abandono:

- Precontemplación:
 - Actitud: información (efectos nocivos del tabaco, ventajas de la cesación), aumentar la motivación, ofertar ayuda, ofrecer material escrito
 - Contemplación:
 - Actitud: aumentar la autoconfianza y la seguridad en que podrá dejarlo, ofertar ayuda concreta, ofrecer material escrito
 - Preparación:
 - Fijar una fecha para dejar el tabaco (elegir la fecha más idónea, cercana en el tiempo). Previamente, hacer consciente el consumo (entregar hoja de autorregistro) y disminuirlo (eliminar primero cigarrillos más «fáciles»), instruir en prácticas de relajación
 - Evaluar la necesidad de tratamiento farmacológico (según consumo actual, grado de adicción, intentos previos)
 - Consensuar con el paciente el tipo de tratamiento farmacológico (informar de distintas posibilidades y elección conjunta)
 - Informar de los síntomas de abstinencia, efectos secundarios de fármacos y actuación
 - Realizar cooximetría
 - Establecer un programa de seguimiento precoz (7-14 días) y a más largo plazo, según disponibilidad
 - En visitas de seguimiento:
 - Cooximetría, evaluación y resolución de dificultades (síntomas de abstinencia, efectos secundarios de los tratamientos, dificultades de cesación, etc.)
-

TRATAMIENTO DEL FUMADOR HOSPITALIZADO

La mayoría de los fumadores son conscientes de que su conducta es peligrosa para la salud propia y ajena, y habitualmente la



Figura 1. Esquema general de atención al tabaquismo por especialistas

aparición de síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaquismo no hace que ese conocimiento sea sobresaliente en lo personal y aumente la resolución para dejar de fumar. En general, el personal sanitario insiste más en comprobar científicamente los efectos nocivos del consumo de tabaco que en transmitir de forma sencilla y efectiva las conclusiones de estos estudios a la población afecta. El cese del tabaquismo es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios y representa un aspecto importante en el tratamiento de las enfermedades, especialmente de las relacionadas con el consumo de tabaco.

Parte del «circuitos asistenciales de atención al fumador» es la asistencia durante la hospitalización; la enfermedad y su hospitalización ponen en contacto al fumador-paciente con el profesio-

nal sanitario y, al igual que se procura solucionar la polipatología con la que acude al hospital o la sucedida durante su ingreso, lo mismo debería realizarse con la enfermedad del tabaquismo. Además, al estar prohibido el consumo de tabaco en los centros sanitarios, se brinda la oportunidad de intentar la abstinencia¹⁷, tal como sucedió con los reglamentos adoptados por la *Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO) para que los hospitales estadounidenses estuvieran libres de humo¹⁸. En consecuencia, los fumadores hospitalizados deben abstenerse temporalmente del consumo de tabaco; el ingreso brinda la oportunidad a los sanitarios de ayudar a los fumadores y los pacientes están más receptivos a colaborar, al encontrarse en el denominado «momento apropiado»¹⁹. Aun con todo, la promoción del abandono del tabaco en el ámbito hospitalario en España es poco frecuente todavía; el déficit de formación del personal sanitario, la falta de tiempo o la falta de creencia en la utilidad del consejo constituyen las principales barreras.

Los países más desarrollados llevan años aplicando tratamientos en los hospitales a pacientes ingresados por afecciones debidas al propio consumo de tabaco, especialmente relacionadas con enfermedades cardiovasculares y neumológicas. Los tratamientos que con mayor frecuencia se han aplicado a estos pacientes han sido el simple consejo médico o la intervención mínima, acompañada o no de seguimiento por el personal de enfermería o por un consejero; terapia conductual intensiva, normalmente realizada por un especialista en el tema; tratamientos farmacológicos de primera línea como terapia sustitutiva de nicotina; y otros procedimientos como vídeos, materiales de autoayuda, etc. La mayoría de los estudios ofrecieron apoyo de seguimiento después del alta hospitalaria^{19,20}.

Por lo general, en estos estudios el ingreso hospitalario es el inicio del cese, continuándolo tras el alta hospitalaria con sucesivos controles. Rigotti²⁰ afirma que las intervenciones conductuales intensivas que se inician durante la hospitalización y que continúan con controles de apoyo tras el alta hospitalaria al menos durante un mes aumentan estadísticamente las tasas de

cese (OR: 1,65; IC 95%: 1,44-1,9) (nivel de recomendación A y de evidencia 2). Las intervenciones de menor intensidad y duración en el tiempo no son estadísticamente significativas, como por ejemplo más de un mes de estancia hospitalaria (OR: 1,08; IC 95%: 0,89-1,29) o menos de un mes de contacto (OR: 1,09; IC 95%: 0,91-1,31)²⁰.

Cuando se analizaba la incorporación de la terapia farmacológica tipo Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN), esta intervención no ocasionaba un aumento de ceses estadísticamente significativo con respecto a la intervención conductual intensiva aislada (OR: 1,47; IC 95%: 0,92-2,35), ni tampoco al incluir otro tipo de terapia farmacológica no nicotínica como el bupropión (OR: 1,56; IC 95%: 0,79-3,06); no existen estudios con vareniclina. En resumen, la farmacoterapia con TSN o bupropión podría formar parte de la intervención conductual intensiva hospitalaria^{20,21}; en relación con vareniclina aunque los estudios actuales apoyan su uso en pacientes patológicos no ingresados, se necesita seguir investigando para poder confirmar su utilidad en los pacientes hospitalarios.

La terapia conductual intensiva para el global de patologías fue significativamente efectiva (OR: 1,43; IC 95%: 1,17-1,75) y, al analizarlo con respecto al tipo de patología, en enfermos cardiovasculares la intervención intensiva también fue efectiva (OR: 1,81; IC 95%: 1,54-2,15) (nivel de recomendación A y de evidencia 1). No ocurrió así en el caso de las de menor intensidad²⁰.

El incremento de cese del tabaquismo relacionado con la hospitalización de pacientes con cardiopatía coronaria puede fomentarse más por medio de intervenciones intrahospitalarias mínimas. En 1974, Burt et al.²² informaron de que, en pacientes con infarto de miocardio, las recomendaciones firmes para dejar de fumar, emitidas por un médico y seguidas por una visita domiciliaria por parte de una enfermera después del ingreso, aumentaron la proporción de quienes no fumaron durante un año del 27 al 62%. En 1990, Taylor et al.²³ publicaron resultados similares en un estudio iniciado durante la hospitalización y continuado por teléfono después del alta. El porcentaje

de ceses al año fue del 61% en el grupo de intervención conductual mínima, en comparación con el 32% en el grupo control. Un modelo similar de intervención conductual mínima para fumadores con cardiopatía coronaria diagnosticada mediante angiografía aumentó las tasas de abstinencia, en comparación con los que recibieron cuidado sistemático. Los fumadores con enfermedad más grave tuvieron más probabilidades de mostrar respuesta a esas intervenciones. El consejo mínimo a todos los fumadores hospitalizados, independientemente del diagnóstico, aumentó la probabilidad de que no fumaran después del ingreso en el hospital^{24,25}.

Los estudios sobre la conducta previa con respecto al consumo de tabaco entre los sobrevivientes de un infarto de miocardio revelaron que aproximadamente el 33% de esos enfermos dejaron de fumar tras el evento^{18,26}. Esto puede suceder sin consejo ni control del tabaquismo, debido probablemente a la experiencia vivida por el paciente, la cual le sirve como intervención inespecífica que favorece no fumar; esta probabilidad de cese del tabaquismo aumenta con la gravedad del infarto²⁷. Se podría motivar al paciente aportándole datos como que el incremento de la probabilidad de un segundo evento entre los pacientes con patología cardíaca que continúan fumando es del 30-50%²⁸. La amenaza o el diagnóstico de una enfermedad cardiovascular es un suceso importante para fomentar el cambio de conducta. Por ejemplo, la aparición de cardiopatía coronaria y la hospitalización reciente fueron dos de los factores predictivos más potentes de cese del tabaquismo entre los pacientes en el *Framingham Heart Study*²⁹.

Ockene³⁰ afirma que alrededor del 25% de los pacientes en quienes se detecta cardiopatía coronaria por medio de angiografía dejaron de fumar durante un año, y Rigotti³¹ encontró que un 25% de los fumadores que ingresaron en una Unidad de Cuidado Cardíaco no fumaron durante un año después del alta, independientemente de si tuvieron cardiopatía coronaria o no. Entre los fumadores cuyo ingreso representó un diagnóstico nuevo de enfermedad cardiovascular, también dejó de fumar un porcentaje aún más alto: el 53%²⁹.

El análisis económico de un programa de asesoría para supervivientes de infarto de miocardio, efectuado por personal de enfermería, demostró que es mucho más eficaz para su coste que otros tratamientos médicos ampliamente aceptados, como el tratamiento con antagonistas betaadrenérgicos³². Los datos apoyan claramente la recomendación de que los médicos y otro personal del hospital aprovechen esta «oportunidad» para el cese del tabaquismo, ya que puede pasar inadvertida durante la acción del cuidado cardiaco agudo propiamente dicho.

El seguimiento de estos enfermos puede quedar en manos de médicos especializados en cesación tabáquica o personal de enfermería; y, en caso de no disponer de ellos, puede ser impartido por personal sanitario, que debe proponer al fumador que aproveche la abstinencia temporal del tabaco mediante la enseñanza de habilidades para evitar el tabaquismo después del alta. Las llamadas telefónicas de vigilancia tras el alta han resultado eficaces para ayudar a prevenir recaídas. No se ha confirmado completamente la seguridad del tratamiento de reemplazo de nicotina durante el periodo inmediato después del infarto, debiendo valorarse el riesgo-beneficio para el paciente, pero sí se ha demostrado la seguridad del mismo en los pacientes con angina crónica estable³³.

En los pacientes con diagnóstico de enfermedad neumológica están menos probados los efectos significativos de la intervención hospitalaria, debido en parte a los escasos estudios realizados³⁴⁻³⁷. Al analizar la situación en pacientes con diagnóstico de cáncer, destaca el trabajo de Croghan³⁸, que estudió un pequeño grupo de pacientes ingresados sin poder llegar a conclusiones valorables y significativas. Sin embargo, sí se ha demostrado la mayor frecuencia de recidivas de carcinomas pulmonares en los pacientes que continúan fumando³⁹.

Finalmente, podemos afirmar que la eficacia de la intervención conductual intensiva en los fumadores no varía con el diagnóstico al ingreso, por lo que se debe ofrecer a todos los fumadores hospitalizados, independientemente de su diagnóstico, y acompañada o no de terapia farmacológica. Fiore¹⁹, en su reciente guía

clínica de cesación tabáquica, propone lo siguiente en los fumadores hospitalizados:

- Preguntar a cada paciente cuando ingresa si consume tabaco y de qué tipo (cigarrillo, puro, pipa, *snuf*, etc.).
- En el caso de los fumadores habituales, cuando ingresan, realizar el diagnóstico de tabaquismo.
- Empleo del consejo y la administración de terapia farmacológica para ayudar a todos los fumadores en la cesación tabáquica, tratando los síntomas del síndrome de abstinencia.
- Tomar las medidas necesarias para asegurar el seguimiento del paciente fumador tanto durante la estancia hospitalaria como por lo menos un mes después del alta.

NIVELES DE ATENCIÓN: CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDAD ESPECIALIZADA DE TRATAMIENTO

Así pues, en toda consulta especializada se debería evaluar la fase de abandono en la que se encuentra el paciente, su grado de motivación y, dependiendo de las posibilidades de cada profesional, su grado de implicación (que puede estar relacionado con la importancia concreta de este factor como factor de riesgo para las patologías que sigue habitualmente) y la decisión de plantear tratamiento y seguimiento, o bien derivar a otro profesional con mayor formación y tiempo. Así, el modelo de asistencia sanitaria al fumador recientemente propuesto por el área de tabaquismo de la SEPAR⁴⁰ se estructura en dos niveles de atención. En primer lugar, un nivel o escalón básico, de actuación breve, que todo sanitario debe realizar. Este nivel es muy adecuado para atención primaria por su accesibilidad y continuidad asistencial, pero también extensible a cada consulta especializada, como se ha explicado anteriormente. En este nivel de atención se podría realizar una intervención básica (consejo profesional), sin inclusión de tratamiento farmacológico, o bien una intervención avanzada que incluiría, además del consejo médico, el tratamiento farmacológico que se estime necesario y un seguimiento del proceso de cesación.

En segundo lugar estaría la intervención especializada de nivel dos, que debería realizarse sobre fumadores con características específicas y que exigen por su complejidad tiempo y conocimientos especiales. Este segundo nivel se debe desarrollar en las UET, asentadas en el marco de atención especializada, bajo la coordinación de neumólogos preferentemente. No obstante, en este mismo documento se indica cómo las consultas especializadas (que no las unidades especializadas) podrían ubicarse si se dieran determinadas condiciones en el ámbito de la atención primaria.

En general, los fumadores que vayan a ser remitidos a una UET deben estar en fase de preparación o acción, es decir, encontrarse altamente motivados para hacer un serio intento de abandono. Aumentar la motivación de un fumador no es una tarea de una UET, siendo tarea fundamental del primer nivel de atención. El resto de criterios de derivación a consulta especializada o UET⁴¹ quedan reflejados en la tabla 3 y en la figura 2, que presenta un resumen de las características de ambos niveles de asistencia al fumador.

Tabla 3. Criterios de derivación a consultas especializadas o UET (modificado de la referencia 41)

-
1. Fumadores que en el pasado han realizado intentos serios para abandonar el tabaco, que recibieron un tratamiento correcto por parte de un profesional sanitario y que, a pesar de ello, fracasaron
 2. Pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco (cardiopatía isquémica descompensada o de menos de 3 meses de evolución, EPOC, HTA descompensada, arritmias cardíacas graves no controladas, enfermedad vascular no controlada, etc.)
 3. Fumadoras embarazadas o en periodo de lactancia
 4. Fumadores con enfermedades psiquiátricas que, estando controlados, deseen abandonar el tabaco
 5. Personas que han padecido otros trastornos adictivos
 6. Poblaciones de alto riesgo socio-sanitario
 7. Pacientes que no pueden o no quieren hacer frente a los costes de los tratamientos farmacológicos eficaces para la cesación
-

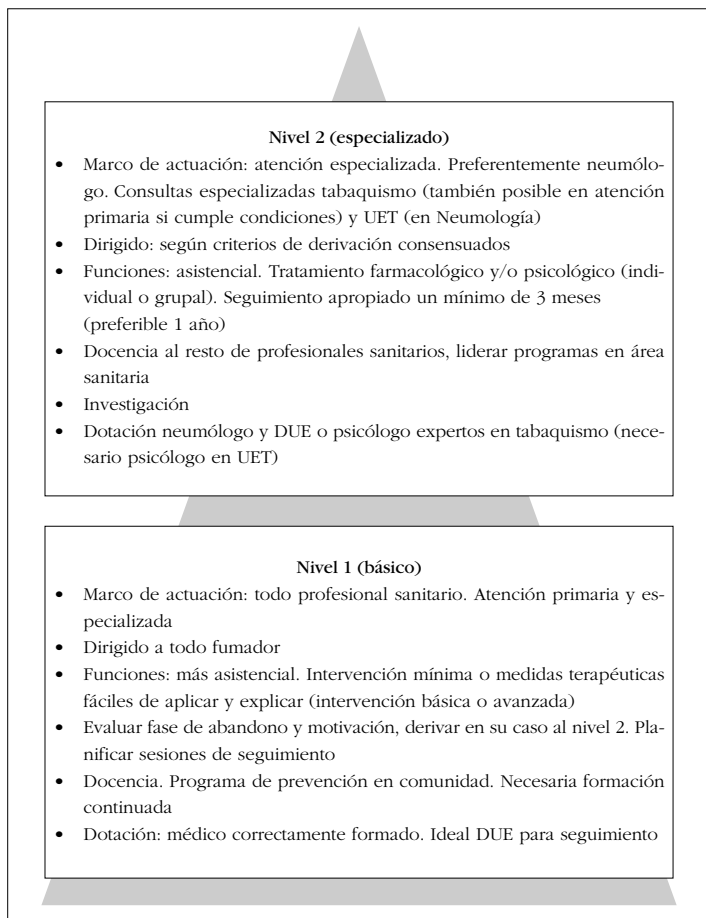


Figura 2. Niveles de asistencia al fumador (modificada de la referencia 40)

BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore M, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SE, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2002.
2. Peto R, López AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. En: Koop CE, Pearson CE, Schwartz MR (eds.). Critical issues in global health. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.

3. Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica* 2005;124:769-71.
4. Centro Nacional de Epidemiología. <http://cne.isciii.es> (consulta: noviembre de 2008).
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Gray R, Sutherland J. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-28.
6. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2005.
7. Clemente ML, Pérez A, Herrero I. El papel de los médicos en el control del tabaquismo. En: Jiménez C, Fagerström KO. *Tratado de Tabaquismo*. Madrid: Ergon; 2004.
8. Rusell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *BMJ* 1979;2:231-5.
9. Jiménez C, Barrueco M, Carrión F, Cordovilla R, Hernández I, Martínez E, et al. Intervención mínima personalizada del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998;34:433-6.
10. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989;261(1):75-9.
11. Fiore M, Jaen CR, Baket TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Smoking cessation. *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guidelines*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008.
12. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self changes in smoking towards and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
13. Richmond RL, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction* 1993;88:1127-35.
14. Alonso JE. Manejo diagnóstico del fumador. En: *Abordaje del tabaquismo. Manual SEPAR de procedimientos*. Barcelona: Doyma; 2007.
15. Tormo J, Lora N, Gálvez M, De la Rubia A, Bono E, Sánchez PA. *Abordaje del tabaquismo en Medicina Familiar*. SAMFYC 1997.
16. Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar. En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2005, Número 3*. Óxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

17. Ley 28/2005 de 26 de diciembre sobre medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE del 27 de diciembre del 2005; n.º 309.
18. Perkins KA. Maintaining smoking abstinence after myocardial infarction. *J Subst Abuse* 1988;1:91-107.
19. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey N, Benowitz NL, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May, 2008.
20. Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2008; Issue 4. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
21. Rigotti NA, Thorndike AN, Regan S, McKool K, Pasternak RC, Chang Y, et al. Bupropión for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease. *Am J Med* 2006;119:1080-7.
22. Burt A, Thornley R, Illingworth D, et al. Stopping smoking after myocardial infarction. *Lancet* 1974;i:304-6.
23. Taylor B, Huston-Miller NH, Killen JD, et al. Smoking cessation after acute myocardial infarction: Effects of a nurse managed intervention. *Ann Intern Med* 1990;113:118-23.
24. Rígotti NA, Arnsten JH, McKool K, et al. Bedside smoking cessation counseling for hospitalized smokers: A randomized controlled trial [abstract]. *J Gen Intern Med* 1995;10:103.
25. Stevens VJ, Glasgow RE, Hollis JF, et al. A smoking cessation intervention for hospital patients. *Med Care* 1993;31:65-72.
26. Schwartz JL. *Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods*. Bethesda, Md, National Cancer Institute, 1987.
27. Baile WF JR, Bigelow GE, Gottlieb SH, et al. Rapid resumption of cigarette smoking following myocardial infarction: Inverse relation to MI severity. *Addict Behav* 1982;7:373-80.
28. Barth J, Critchley J, Bengel J. Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review and metaanalysis. *Annals of Behavioral Medicine* 2006;32:10-20.
29. Rigotti NA, McKool KM, Shiffman S. Predictors of smoking cessation after coronary artery by-pass graft surgery: Results of a randomized trial with 5 year follow up. *Ann Intern Med* 1994;120:287-93.

30. Ockene JK, Kristeller JL, Goldberg R, et al. Smoking cessation and severity of disease: The Coronary Artery Smoking Intervention Study. *Health Psychol* 1992;11:119-26.
31. Rigotti NA, Singer DE, Mulley AG, et al. Smoking cessation following admission to a coronary care unit. *J Gen Intern Med* 1991;6:305-11.
32. Krumholz HM, Cohen BJ, Tsevat J, et al. Cost effectiveness of a smoking cessation program after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1993;22:1697-702.
33. Working Group for the Study of Transdermal Nicotine in Patients With Coronary Artery Disease: Nicotine replacement therapy for patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 1994;154:989-95.
34. Campbell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM. Smoking cessation in hospital patients given repeated advice plus nicotine or placebo chewing gum. *Resp Med* 1991;85:155-7.
35. Campbell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM. Transdermal nicotine plus support in patients attending hospital with smoking related diseases a placebo controlled study. *Resp Med* 1996;90:47-51.
36. Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients: Results of a randomized trial. *Arch Intern Med* 1997;157:409-15.
37. Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *Int J Addict* 1991;26:107-19.
38. Croghan GA, Croghan IT, Frost MH, Sloan JA, Novotny PJ, Nelson MA, et al. Smoking cessation interventions and post-operative outcomes in esophageal and lung cancer patients. Society for Research on Nicotine and Tobacco 11th annual Meeting, 20-23 March. Prague: Czech Republic; 2005;139.
39. Kawahara M, Ushijima S, Kamimori T, et al. Second primary tumours in more than 2-year disease-free survivors of small-cell lung cancer in Japan: the role of smoking cessation. *Br J Cancer* 1998;78:409-12.
40. De Granda J I, Carrión F, Alonso S, Márquez FL, Riesco JA, Sampablo I, et al. Atención y prestación de servicios en materia de tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2006;42(11):600-4.
41. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Observatorio para la prevención del tabaquismo. Madrid: Ediciones CNPT; 2008.

Intervención sobre fumadores especialmente vulnerables y fumadores de riesgo

Josep M.^a Ramon Torrell, Juan Antonio Riesco Miranda

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones frente al tabaquismo se sustentan en la interacción entre el profesional de la salud y el paciente en base a intervenciones implementadas en la atención rutinaria y no focalizadas en una determinada patología. Sin embargo, en muchas ocasiones, esta interacción ocurrirá como resultado de la presencia de un determinado problema de salud que puede comportar una demanda de asistencia frente al consumo de tabaco por parte del paciente.

Se acepta que la elección del método para ayudar a los pacientes a dejar de fumar debe ser individualizada, pues la adaptación del tratamiento al paciente es un factor importante en la aceptabilidad y correcta cumplimentación del tratamiento y, por tanto, para la consecución del éxito terapéutico. Por ello, en ausencia de contraindicaciones, debemos valorar conjuntamente con el paciente el método farmacológico (chicles, parches, bupropión, vareniclina, etc.) que mejor se ajuste a sus necesidades y preferencias. Si existe contraindicación para alguna de las modalidades terapéuticas, debe informarse al paciente y optar por alguna de las restantes alternativas, en caso de que esté indicado el tratamiento farmacológico.

Existen situaciones en las que resulta primordial valorar la relación riesgo-beneficio detenidamente antes de prescribir un trata-

miento farmacológico. En todo caso, debemos distinguir entre las contraindicaciones y la posible aparición de efectos secundarios. Las contraindicaciones no permiten establecer el tratamiento, mientras que el riesgo de efectos adversos es siempre potencial y debe ser tenido en cuenta, pero permite la utilización de la terapia si se considera oportuno.

Dentro del contexto del tratamiento clínico del tabaquismo, pueden ser diversos los factores que condicionen la aceptabilidad, el uso y la efectividad de los tratamientos. Esta variabilidad en la respuesta comportará modificar las intervenciones en base a características personales del fumador, como edad, sexo, presencia de patologías asociadas al consumo u hospitalización. En el primer capítulo del Manual se ha considerado ya la importancia de la patología preexistente como factor motivador del fumador que se decide a realizar un intento serio de abandono del tabaco. En este capítulo vamos a considerar detenidamente las principales situaciones en las que el abordaje del tabaquismo requerirá una consideración especial.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Fumar se establece firmemente como uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Se estima que el 20% de las muertes secundarias a enfermedad cardiovascular pueden ser atribuidas al tabaquismo, aumentando entre dos y cuatro veces la probabilidad de padecer enfermedad coronaria y cerebrovascular. Entre las numerosas sustancias presentes en el humo del cigarrillo, las que presentan un efecto adverso cardiovascular más notable son la nicotina y el monóxido de carbono (CO).

Por efecto de la nicotina se produce un aumento de los niveles sanguíneos de catecolaminas que provoca un aumento inmediato de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, lo que condiciona una mayor demanda de oxígeno por parte del miocardio de los fumadores. El CO, por su parte, tras atravesar la barrera alvéolo-capilar, se combina con la hemoglobina, por la que tiene 240 veces más afinidad que el oxígeno,

formando la carboxihemoglobina, que es la principal responsable del daño vascular en los fumadores. Además, la carboxihemoglobina produce una disminución de la capacidad de la sangre para transportar oxígeno, lo que ocasionará como respuesta el desarrollo de una policitemia. Estos dos hechos, unidos a la mayor demanda de oxígeno por el miocardio (causada por la nicotina), facilitarán la aparición de isquemia miocárdica (figura 1).

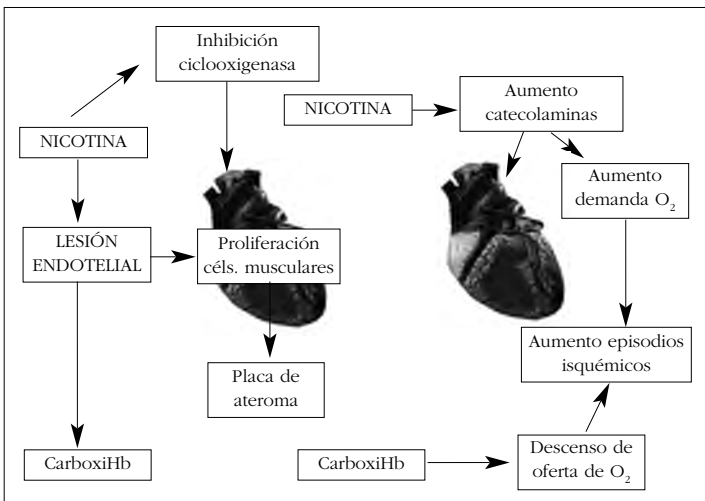


Figura 1. Esquema de la etiopatogenia de los eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica)

Dentro de la enfermedad cardiovascular, la cardiopatía isquémica constituye la causa más importante de mortalidad. La asociación entre el consumo de tabaco y el incremento de enfermedad coronaria se describió por primera vez en 1940, en un estudio observacional llevado a cabo por la Clínica Mayo. Desde entonces son numerosos los estudios que han confirmado esta asociación, de forma que, con carácter general, puede afirmarse que el riesgo de muerte por enfermedad coronaria en fumadores es de 2 a 4 veces mayor que el observado en no fumadores¹.

Tratamiento del tabaquismo en la enfermedad cardiovascular

En pacientes con enfermedad cardiovascular está indicado realizar una intervención lo más temprana e intensa posible. Los objetivos de esta intervención son incrementar su motivación y su autoeficacia, utilizando para ello elementos de apoyo relacionados con el control de su enfermedad cardiovascular. A continuación se exponen las características básicas de este tipo de intervención.

Apoyo psicológico

El tratamiento de referencia es el abordaje multicomponente, con especial atención, dentro de la parte cognitiva, al refuerzo de los conocimientos del paciente acerca de los efectos del tabaco sobre el sistema cardiovascular con vistas a incrementar su motivación para el abandono del consumo de tabaco, además de convencerle de la importancia del tratamiento del tabaquismo como una parte más del tratamiento global de su enfermedad.

Tratamiento farmacológico

Por lo que respecta al tratamiento farmacológico, conviene conocer algunos aspectos específicos relacionados con el empleo de fármacos en estos pacientes.

Terapia sustitutiva con nicotina

Ningún tipo de Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) está contraindicada en fumadores con enfermedad cardiovascular. En estudios realizados en fumadores sanos que utilizaron el chicle de nicotina durante cinco años, no se demostró un incremento de los eventos cardiovasculares². No se han encontrado evidencias de mayor riesgo de alteraciones en el ECG, arritmias, angina o muerte súbita en pacientes que han usado TSN³. En cualquier caso, la terapia nicotínica tiene menor riesgo de producir infarto agudo de miocardio que el consumo de tabaco⁴.

La actualización de la *Clinical Practice Guideline*⁵ publicada en el año 2008 ratifica las indicaciones establecidas para la TSN, así

como las precauciones de uso en los pacientes cardiópatas. En España, en la ficha técnica no está recogida su indicación en caso de la cardiopatía isquémica reciente, tipo infarto agudo de miocardio o angina de pecho, y se recomienda usarlo al menos dos semanas después de un episodio agudo, en situación de estabilidad clínico-hemodinámica. Esta misma indicación es la recomendada para los casos de arritmias graves.

Es fundamental la realización de seguimiento y monitorización estrechos de estos pacientes, y en algunos casos se recomienda iniciar el tratamiento a mitad de la dosis recomendada en la población sana.

Bupropión

Dos estudios han demostrado eficacia, buena tolerancia y un perfil de seguridad adecuado en el uso de este fármaco en este tipo de pacientes. Las tasas de abstinencia continua a los 12 meses fueron significativamente más altas que en el grupo placebo, no observando un aumento significativo de reacciones adversas. Por otro lado, en un estudio con participación de más de 9.000 pacientes que recibieron bupropión se analizó la incidencia de muerte súbita, observando que el cociente de incidencia no era significativo en dicho grupo^{6,7}.

La *Clinical Practice Guideline*⁵ describe su buena tolerancia en los pacientes cardiópatas, y tan sólo alude a ocasionales *reports* de aumento de cifras tensionales, aspecto que debe monitorizarse cuando se emplea bupropión en estos pacientes.

Vareniclina

Actualmente no se dispone de publicaciones de resultados de estudios realizados en este grupo de pacientes, pero su perfil farmacocinético, mecanismo de acción y metabolismo renal hacen presuponer que inicialmente sea un fármaco adecuado para tratar a estos pacientes, y no está contraindicado su uso en las principales guías nacionales e internacionales.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

La relación entre consumo de tabaco y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es incontestable. En más del 80% de

los casos de EPOC, el tabaquismo aparece como su única causa. Por otro lado, se ha demostrado que la única medida terapéutica eficaz para combatir la EPOC es el abandono definitivo del consumo de tabaco⁸. Muchos trabajos han puesto de manifiesto que al dejar de fumar se ralentiza el declive del FEV₁ (volumen espiratorio forzado en el primer segundo) en los pacientes con EPOC, que además experimentan una notable mejoría de sus síntomas respiratorios. No obstante, a pesar de estas evidencias, un estudio español constató que casi el 70% de los pacientes con EPOC leve eran fumadores, y que muchos de ellos ni siquiera se planteaban el abandono del consumo de tabaco⁹. Estos aspectos son desarrollados ampliamente en el primer capítulo de este Manual.

Características específicas del tabaquismo en la EPOC

Un aspecto importante a destacar es que, si el porcentaje de recaídas en la población general fumadora es del 70-80% en el primer año, en el grupo de los fumadores con EPOC estas cifras se incrementan significativamente¹⁰. Las razones que pueden explicar las dificultades de éxito en la cesación tabáquica de los enfermos con EPOC son las siguientes¹¹:

- Trastornos fisiopatológicos en los pacientes con obstrucción al flujo aéreo que favorecerían una mayor cantidad de inhalación y depósito de sustancias tóxicas.
- Mayor dependencia física por la nicotina entre los fumadores con EPOC. Según el estudio IBERPOC, el 30% de los fumadores con EPOC tenían 7 puntos o más en el test de Fagerström. Es conocido que los pacientes con mayor dependencia tienen más probabilidades de recaídas.
- Presencia de comorbilidad psiquiátrica en los fumadores con EPOC. En estos pacientes, el porcentaje con sintomatología depresiva es mayor que en la población normal, lo que puede contribuir a explicar una menor eficacia del tratamiento del tabaquismo.
- Diferentes grados de motivación entre los distintos tipos de fumadores con EPOC. La situación clínica, en función del grado de gravedad de la enfermedad, puede condicionar la

motivación ante el abandono. Así, los EPOC leves, que en gran número de ocasiones no refieren sintomatología alguna, tienen pobre motivación, sobre todo si se compara con los casos de mayor gravedad y con mayor sintomatología respiratoria, que serán los enfermos más motivados para el abandono.

- Niveles de CO en el aire espirado. El trastorno ventilatorio propio de la EPOC es mayor, lo que condiciona niveles más elevados de CO en los controles de cooximetría, sobre todo si se compara con los fumadores sanos.

Tratamiento del tabaquismo en la EPOC

En la revisión de la normativa GOLD correspondiente al año 2007¹², se insiste en que dejar de fumar es, en la mayoría de las personas, la razón más eficaz y coste-efectiva para evitar el desarrollo y la progresión de la EPOC (evidencia A). Señala que el consejo médico es eficaz y debe ofrecerse en la consulta a todo fumador (evidencia A), y que la terapia conductual, en la que se incluye el soporte social, combinada con los tratamientos farmacológicos disponibles, debe utilizarse, en ausencia de contraindicaciones, en aquellos fumadores dispuestos a dejar el consumo (evidencia A)¹³. Las características básicas de este tipo de intervención se exponen a continuación.

Apoyo psicológico

Las estrategias fundamentales del apoyo psicológico al fumador que está realizando un serio esfuerzo por dejar de fumar ya se han expuesto de forma amplia en otros capítulos del Manual. Aquí las expondremos de forma resumida y dirigidas a los pacientes con EPOC. Principalmente son dos: incrementar su motivación y autoeficacia, y utilizar elementos de apoyo relacionados con el control de su enfermedad respiratoria, como la cooximetría y la espirometría.

Las características de la intervención han sido también expuestas anteriormente. A modo de recapitulación, señalaremos las siguientes:

- **Intensidad.** A mayor intensidad de la intervención, mejores resultados obtenidos. La intervención mínima no es eficaz en este tipo de pacientes.
- **Contenidos.** Es preciso explicar la estrecha relación existente entre la EPOC y el consumo de tabaco, haciendo ver al paciente que el tabaco es el principal responsable de su enfermedad. También conviene explicarle que el abandono del tabaco es la única medida eficaz para frenar la progresión de la EPOC y que, si se continúa fumando, se producirá un empeoramiento progresivo y acelerado de la enfermedad, a pesar del resto de los tratamientos utilizados (p. ej. los broncodilatadores).
- **Autoeficacia.** Se debe intentar incrementar la autoeficacia del fumador con EPOC en la consecución del abandono definitivo del consumo de tabaco.
- **Prevención de recaídas.** La atención a estos pacientes, debido a la dificultad que tienen para el abandono del tabaco, debe prever la aparición de recaídas, por lo que es preciso disponer de un completo programa de prevención y tratamiento de recaídas.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico del tabaquismo tiene por objetivo fundamental combatir la dependencia física que el fumador padece por la nicotina. Se han identificado tres tipos de tratamientos farmacológicos que ayudan a los fumadores a dejar de serlo: TSN, Bupropión y Vareniclina. En la normativa SEPAR⁴ sobre el tratamiento del tabaquismo y en el documento de consenso con otras sociedades científicas españolas¹⁴, se señala explícitamente que no existe inconveniente en utilizar bupropión y TSN en pacientes con EPOC. En caso de utilizar TSN, se insiste en la necesidad de utilizar dosis altas, pues aumentan las tasas de éxito, y se indica que quizás pudiera ser más eficaz el uso de bupropión en estos pacientes. Respecto del uso de vareniclina en pacientes con EPOC, aún no existen publicaciones al respecto, pero no existe ninguna base para pensar que vareniclina no sea eficaz en este tipo de pacientes.

Terapia sustitutiva con nicotina

En pacientes con EPOC, es preferible utilizar chicles de nicotina. Éstos deben utilizarse en dosis altas, a razón de una pieza de 4 mg cada 60 o 90 minutos, mientras el individuo esté despierto. Su utilización debe prolongarse durante más de 12 semanas, y es muy recomendable mantenerlos hasta un periodo de 6-12 meses.

Bupropión

Ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del tabaquismo de los fumadores con EPOC. Los estudios realizados han constatado su eficacia hasta los seis meses de seguimiento. Se utiliza en dosis de 150 mg una vez al día, durante una semana, antes de dejar de fumar, y después del día de abandono se incrementa la dosis a 150 mg dos veces diarias. El tratamiento debe prolongarse durante al menos 12 semanas. Se ha comunicado que la prolongación del tratamiento durante seis meses puede disminuir las posibilidades de recaída¹⁵.

Vareniclina

El empleo de este fármaco de diseño, agonista parcial de receptores nicotínicos, en pacientes con EPOC, no dispone aún de información relevante. Actualmente se está realizando un estudio internacional doble ciego, controlado con placebo, en pacientes con EPOC leve-moderada, pero todavía no se dispone de sus resultados. En principio no está contraindicado su uso, y como tratamiento de primera línea es uno de los fármacos a considerar, sobre todo si tenemos en cuenta la necesidad de tratamientos a largo plazo y la evidencia obtenida en cuanto a eficacia y escasez de efectos adversos¹⁶.

PACIENTES HOSPITALIZADOS

Los fumadores hospitalizados son un tipo de pacientes que reúnen condiciones idóneas para realizar un serio intento de abandono del tabaco. Una persona ingresada en un centro hospitalario debido a una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco generalmente está más receptiva a recibir ayuda para su abandono, es decir, el ingreso hospitalario constituye un suceso importante en la vida de cualquier fumador y se acompaña de

una vulnerabilidad mayor que puede brindar la oportunidad de recibir ayuda para dejar de fumar. A continuación se exponen algunas de las razones que pueden justificar este tipo de intervención:

- El abandono del tabaco ocasiona un rápido beneficio en la evolución de cualquier tipo de proceso infeccioso, tumoral, inflamatorio, traumatológico, etc. que el paciente pueda padecer¹⁷.
- La motivación que el paciente tenga para dejar de fumar incrementa significativamente en esta situación.
- Los hospitales son centros sanitarios libres de humo. El ambiente limpio y sano que se respira en ellos facilita el abandono.

El tratamiento farmacológico unido a intervenciones conductuales de alta intensidad, que incluyen al menos un mes de seguimiento, es efectivo para promover el abandono del tabaco en pacientes hospitalizados¹⁸, además de ser altamente coste-eficaz, ya que reduce los días de estancia hospitalaria, así como el número de futuras hospitalizaciones⁵.

Los metaanálisis realizados han encontrado que las intervenciones para dejar de fumar que se realizan en fumadores hospitalizados aumentan significativamente su eficacia, en comparación a cuando se realizan fuera de este ambiente (OR: 1,82; IC 95%: 1,49-2,22). La utilización de TSN en fumadores hospitalizados que hacen un intento por dejar de fumar debe ser recomendada, porque se incrementan ligeramente las tasas de éxito con respecto a cuando se utiliza fuera del hospital (evidencia B)¹⁸. No existen experiencias con bupropión y/o vareniclina, por lo que se precisan estudios que permitan evaluar la eficacia de los diferentes tipos de intervención cognitivo-conductual y farmacológica en estos pacientes.

Hay que señalar que este tipo de intervención presenta algunas dificultades derivadas de la saturación de los profesionales que atienden a los pacientes ingresados en un hospital, y que su intensidad exigiría un programa coordinado que incluya médicos y enfermería, lo que aumenta su dificultad. No obstante, el escenario del hospital induce a pensar que estas intervenciones

serían muy eficaces y que los médicos y diplomados en enfermería que atienden a pacientes fumadores ingresados deberían ofrecer, cuando menos, un consejo intensivo y un soporte farmacológico, remitiendo a los pacientes a consultas especializadas para controlar el proceso tras el alta hospitalaria.

INTERVENCIÓN PREOPERATORIA

El abandono del consumo de tabaco debe ser recomendado en las semanas previas a un acto quirúrgico. Un reciente metaanálisis ha evaluado el impacto del abandono del tabaco, previo a una intervención quirúrgica, en la aparición de complicaciones posoperatorias y ha encontrado resultados heterogéneos. En este impacto parecen influir aspectos tales como el tiempo de abandono antes de la operación, si la cesación es completa o parcial, y el tipo de cirugía¹⁹.

En cuanto al tiempo o momento de la cesación, se puede pensar que cualquier momento será bueno o al menos positivo para el abandono, pero resulta necesario conocer aspectos relacionados con la optimización de la intervención terapéutica. La mayoría de los trabajos publicados recomiendan el cese del consumo tabáquico en un periodo que oscila entre 1 y 8 semanas previas a la intervención, si bien es verdad que la mayoría señalan también que para optimizar la eficacia al máximo, es decir, conseguir la mayor reducción de posibles complicaciones, el abandono del tabaco deberá realizarse entre 6-8 semanas. Ocho semanas es el tiempo necesario para observar un cambio claro, con modificación o mejoría de la función pulmonar.

Por otra parte, se han publicado trabajos que identifican como el aspecto más importante de la abstinencia tabáquica sus efectos beneficiosos sobre el sistema vascular periférico. Haustein Knut-Olaf²⁰ señala que la abstinencia preoperatoria durante tres semanas se relaciona con la recuperación de la estructura del colágeno, el aumento de la capacidad inmune, el incremento de la oxigenación tisular periférica y la mejoría de la vasoconstricción inducida por la nicotina; aspectos todos ellos relevantes en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía.

Una cuestión importante a conocer es si influye el tiempo de cesación tabáquica sobre aspectos específicos de la cirugía. En el caso de la cirugía torácica y su relación con estos aspectos, es preciso realizar algunas consideraciones de interés:

- Un tiempo mínimo de 10 días de abstinencia tabáquica reduce significativamente la sensibilidad de los reflejos de la vía aérea superior, lo cual tiene su importancia en el proceso de la inducción anestésica²¹.
- Un análisis multivariante realizado sobre 257 pacientes sometidos a neumonectomía permitió predecir que el abandono del tabaco en un tiempo mínimo de cuatro semanas antes de la intervención quirúrgica se asoció a un menor riesgo de complicaciones mayores (neumonía y distrés respiratorio) y, por tanto, de mortalidad²².

Por último, y para finalizar este apartado, es preciso recordar las principales ventajas e inconvenientes de la abstinencia tabáquica en el preoperatorio según el tiempo transcurrido desde la fecha de abandono hasta la fecha de la intervención:

- Una interrupción de 12 a 24 horas conlleva efectos beneficiosos sobre la función cardiovascular como consecuencia del descenso de la concentración de carboxihemoglobina.
- Si la interrupción es de algunos días (a partir del 3.º-5.º), mejorará la fisiología del sistema mucociliar.
- Tras 1-2 semanas de abandono, disminuirá la hipersecreción traqueobronquial.
- A las 4-6 semanas disminuirá el número de complicaciones (atelectasias, neumonías, distrés respiratorio, etc.).
- A las 6-8 semanas del abandono se observará ya un efecto favorable sobre el metabolismo hepático de diferentes fármacos y mejoría de la eficacia del sistema inmune.
- A las 8 semanas se observa una recuperación de la función pulmonar que en algunos casos puede llegar a alcanzar valores del 20-30%.
- Como consecuencia de la denominada «remoción ineficaz del esputo» en los primeros días (1-2 semanas), según algunos autores²³, podrá observarse un incremento del volumen de se-

creciones respiratorias asociadas a posibles complicaciones (atelectasias, infecciones, etc.).

- En sujetos con alta dependencia farmacológica de la nicotina (Fagerström >6) pueden aparecer signos y síntomas derivados del síndrome de abstinencia nicotínica que podrían interferir en la evolución normal posoperatoria.

Si es conocido que el tabaquismo es un problema de salud pública que ocasiona morbilidad evitable, no lo es menos que se asocia a un gran número de complicaciones posoperatorias: pulmonares, cardiovasculares, retrasos en cicatrización quirúrgica, etc.

Por otra parte, el periodo preoperatorio conlleva un aumento en la motivación para el abandono del tabaco, considerándose esta etapa como de interés especial en los cambios de determinados hábitos o estilos de vida (comida, alcohol, ejercicio) que podrán contribuir a una mejoría en la salud y la calidad de vida de las personas que van a ser intervenidas.

Actualmente existe suficiente evidencia científica publicada de la eficacia de diferentes programas de intervención terapéutica sobre el consumo tabáquico en el periodo preoperatorio; esta eficacia se asocia a un importante descenso de posibles complicaciones antes mencionadas.

En cuanto al tipo de intervención a realizar, no existe ninguna evidencia publicada sobre cuál puede obtener mejores resultados: terapia conductual, farmacológica, combinada, etc. Lo que está claro es que la intervención deberá ser individualizada y ajustada a las características de cada sujeto, teniendo en cuenta el riesgo preoperatorio, la intensidad de consumo y la dependencia farmacológica a la nicotina, sin olvidar posibles interacciones o efectos adversos derivados principalmente de la comorbilidad²⁴.

El perfil de seguridad conocido de la TSN la hace especialmente recomendable en estos casos, ajustando siempre las dosis con una pauta descendente rigurosa y controlada por una unidad o consulta especializada de tabaquismo. El tratamiento con bupro-

pión no está recomendado por la posibilidad de interacciones farmacológicas con los anestésicos y resto de fármacos potencialmente empleados en el periodo perioperatorio. No existen estudios publicados acerca del uso de vareniclina en estos pacientes.

Finalmente, aunque faltan estudios a más largo plazo, hoy se acepta que la mejor relación coste-efectividad en este tipo de intervención es la que se realiza durante un mínimo de ocho semanas antes de la intervención quirúrgica.

DIABETES MELLITUS

Determinados estudios han relacionado el consumo de tabaco como factor etiológico de la Diabetes Mellitus (DM) de tipo 2, basados en la influencia que puede tener sobre la sensibilidad de los receptores de la insulina²⁵. Por ello, el empleo de terapias destinadas a la cesación tabáquica puede contribuir a la reducción de la incidencia de esta enfermedad.

La DM es una enfermedad frecuente implicada en el desarrollo de patología sistémica, siendo considerada en sí misma como una importante comorbilidad con repercusión pronóstica en la morbimortalidad cardiovascular. El tratamiento del tabaquismo es crucial en estos pacientes y es fundamental intervenir sobre el mismo.

Tratamiento psicológico

La intervención conductual se debe ajustar a las características generales de este tipo de pacientes, y el tratamiento multicomponente (que se aborda ampliamente en otro capítulo de este Manual) es la base sobre la que debe desarrollarse la intervención, adaptando la intervención cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico a las características de la enfermedad y del paciente.

Tratamiento farmacológico

Al establecer el tratamiento farmacológico de estos pacientes es preciso tener en cuenta algunas consideraciones específicas para ellos.

Terapia sustitutiva con nicotina

Se considera el tratamiento de elección en estos pacientes, aunque es importante recordar que la TSN en parches puede producir vasoconstricción y dificultar la absorción de insulina, por lo que es obligado y necesario monitorizar frecuentemente las cifras de glucemia en estos pacientes. Por tanto, el tratamiento de los diabéticos insulín-dependientes con parches de nicotina obliga a un reajuste de las dosis de insulina y a un control más estricto de la glucemia durante el periodo de utilización de la TSN.

Bupropión

Por la potencial reducción del umbral convulsivante, debe vigilarse más estrechamente su uso en los pacientes diabéticos en tratamiento con antidiabéticos orales o insulina. Se recomienda, en caso de utilización, la dosis de 150 mg/día.

Vareniclina

No se dispone de estudios específicos en estos pacientes, pero cabe recordar que en aquellos pacientes diabéticos con complicaciones importantes de su DM, como la neuropatía diabética o la insuficiencia renal (con un aclaramiento de creatinina <30 ml/min), su utilización debe hacerse con precaución y reducir la dosis a la mitad.

CÁNCER

El abandono del tabaco en los pacientes oncológicos es fundamental en muchos casos y por diferentes motivos. En primer lugar, por los beneficios potenciales que podrán obtenerse en aquellos casos que sean subsidiarios de intervención quirúrgica (comentados con anterioridad en este capítulo); en segundo lugar, porque la prevención de muchos efectos adversos derivados de los tratamientos empleados en estos pacientes (poliquimioterapia, radioterapia), tales como predisposición a infecciones, manifestaciones neurológicas, complicaciones cardiovasculares, etc., serán mejor tolerados en los pacientes que

hayan dejado de fumar y no estén expuestos al humo ambiental de tabaco; y, en tercer lugar, porque existen estudios que demuestran una respuesta peor a la poliquimioterapia y/o radioterapia en fumadores activos con diagnóstico de cáncer, principalmente en aquéllos con cáncer de pulmón de tipo histológico «no microcítico»²⁶. Dentro de las explicaciones fisiopatológicas de esa mala respuesta, cabe destacar la otorgada por algunos autores al papel de la nicotina, que, aunque no es una sustancia carcinogénica, puede inducir proliferación celular y angiogénesis, además de inhibir la «apoptosis» (muerte celular programada) que originan ciertos fármacos quimioterápicos (gencitabina, taxol y carboplatino), usados principalmente en el tratamiento del cáncer de pulmón, el más prevalente entre los fumadores²⁷.

En definitiva, los argumentos que justifican el tratamiento del tabaquismo en los enfermos oncológicos son cada vez más numerosos e importantes, aunque hasta el momento no se han publicado estudios que permitan afirmar con un alto grado de evidencia científica cuál será el tratamiento más adecuado; pero, en principio, el tratamiento multicomponente es el mejor para este tipo de pacientes.

Tratamiento psicológico

Es preciso tener en cuenta la especial situación psíquica de los enfermos oncológicos a la hora de hacer recomendaciones cognitivo-conductuales, pero, como ya hemos señalado anteriormente, la intervención de tipo cognitivo conductual es la base sobre la que debe girar el tratamiento de estos pacientes. La intervención deberá ser individualizada y ajustada a las características de cada paciente.

Tratamiento farmacológico

La polimedicación que suelen tener estos pacientes, así como las posibles interacciones entre los distintos fármacos, deben ser tenidos en cuenta a la hora de establecer el tratamiento farmacológico.

Terapia sustitutiva con nicotina

Aunque inicialmente podría considerarse como el tratamiento más indicado por su perfil de uso y sus potenciales efectos adversos, deberá utilizarse con precaución en el caso de sujetos en tratamiento con gencitabina, paclitaxel y carboplatino. No se dispone de estudios que establezcan los criterios de indicación.

Bupropión

No hay estudios publicados en este tipo de pacientes, pero lo conocido hasta ahora de su perfil farmacocinético, metabolismo hepático e interacciones farmacológicas, no lo posicionan como el tratamiento más adecuado.

Vareniclina

No se dispone de estudios que permitan establecer su grado de indicación en pacientes oncológicos, pero, dado su favorable perfil farmacocinético y su falta de interacciones con otros fármacos, podría ser considerado *a priori* como tratamiento de elección en estos pacientes.

EMBARAZO

El embarazo está considerado como uno de los mejores momentos para abordar la cesación tabáquica. Durante este prolongado periodo, que en general ilusiona a las embarazadas, es de inestimable ayuda la motivación adicional que supone el hecho de que no sólo deben dejar de fumar por su propia salud, sino también por el bien de su futuro hijo. Debe desterrarse la errónea creencia de muchas mujeres y de algunos médicos de que es preferible que la mujer fume a que se sienta estresada. Actualmente no hay duda de que es más perjudicial para la salud del feto el consumo de tabaco por la madre que unas semanas de síndrome de abstinencia tabáquica. Por tanto, el consejo para que abandonen el tabaco es una obligación para todo médico responsable del seguimiento de un embarazo.

Pero, a pesar de los consejos y recomendaciones aportados por los profesionales de la salud, algunas mujeres continúan fumando durante el embarazo. Posiblemente, éstas sean las más dependientes de la nicotina y las que, por otra parte, obtendrían un mayor beneficio de la asociación de un tratamiento farmacológico en su intento para dejar de fumar, en comparación con aquéllas con menor dependencia y que con tratamiento conductual consiguen dejar su consumo²⁸.

El consumo de tabaco durante el embarazo está asociado a una mayor morbilidad y mortalidad (ver el primer capítulo del Manual) y, al considerar la relación riesgo-beneficio de los tratamientos farmacológicos, se debería tener en cuenta la elevada toxicidad para el feto de algunos de los elementos contenidos en el humo del cigarrillo, fundamentalmente el CO y los productos oxidantes. En la tabla 1 se recogen las principales complicaciones relacionadas con el consumo de tabaco durante el embarazo.

Es conveniente que las embarazadas abandonen el consumo de tabaco cuanto antes, y ello supone una dificultad añadida a la hora de establecer el tratamiento, ya que muchas acuden cuando llevan más de noventa días de embarazo, lo que supone una

Tabla 1. Complicaciones asociadas con el consumo de tabaco en el embarazo

Embarazo
- Aborto espontáneo
- Muerte fetal
Rotura prematura de membranas
Parto prematuro
Placenta previa
Toxicidad fetal
- Retardo en el crecimiento
- Neurotoxicidad
- Recién nacido de bajo peso
- Prematuridad
Posnatales
- Muerte súbita del lactante
- Neumonías y otras enfermedades respiratorias
- Otitis
- Asma

dificultad añadida a la hora de prescribir el tratamiento farmacológico, aunque las intervenciones cognitivo-conductuales puedan realizarse durante todo el embarazo.

Otro aspecto de interés es la posibilidad de desarrollar programas de intervención sobre embarazadas fumadoras con embarazo de riesgo, aprovechando que éstas suelen ingresar en el hospital generalmente durante las primeras semanas de gestación, lo cual supone una posibilidad de intervención que debería aprovecharse. Sin embargo, este tipo de programas hospitalarios apenas se llevan a cabo.

Tratamiento psicológico

La principal estrategia terapéutica en la mujer embarazada que fuma es el consejo sistemático por parte de todos los profesionales de la salud, aspecto que en la actualidad comienza a ser una realidad dentro del sistema sanitario, aunque quizás no todo lo sistematizado que debiera ser.

Dado que la mujer embarazada es especialmente susceptible, el tratamiento cognitivo-conductual se basa en dicha susceptibilidad, ofreciendo información exhaustiva sobre las consecuencias para el feto y la madre de la persistencia en el consumo de tabaco y recomendando pautas de actuación que puedan integrarse fácilmente dentro de los cambios en el estilo de vida que la mujer embarazada adopta.

Este tipo de recomendaciones deben tener como objetivo favorecer el abandono del tabaco en las fases iniciales del embarazo, persistir en la abstinencia en el resto del embarazo y consolidar la actitud de no fumadora más allá del parto y de la lactancia.

Tratamiento farmacológico

Como se ha señalado anteriormente, algunas mujeres necesitan un tratamiento farmacológico para conseguir abandonar el tabaco. En la actualidad, el único tratamiento farmacológico aceptado durante el embarazo, aunque debatido, es la TSN.

Terapia sustitutiva con nicotina

Las distintas revisiones realizadas²⁹ indican que el riesgo para el feto y la madre es muy superior, en el caso de continuar fumando, al riesgo potencial de la exposición a la nicotina farmacológica. Sin embargo, la FDA continúa clasificando los chicles de nicotina en la categoría C y el resto de productos de nicotina en la D para sus indicaciones durante el embarazo, lo cual supone un riesgo legal para los prescriptores, a pesar de que conceptualmente parezca clara la recomendación de empleo de la TSN en embarazadas. Las recomendaciones de empleo del tratamiento farmacológico durante el embarazo serían las siguientes:

- El fármaco de elección es la TSN. No existen evidencias que indiquen la seguridad del uso de bupropión y vareniclina durante el embarazo.
- Tratamiento y seguimiento en unidades especializadas, asociando siempre el tratamiento conductual al farmacológico.
- Usar el tratamiento farmacológico sólo en las primeras 20 semanas de embarazo.
- Debido a la relación dosis-respuesta entre la nicotina y el riesgo de neurotoxicidad fetal, se debería usar la menor dosis de nicotina posible para conseguir la abstinencia, a pesar de la dificultad que representa determinar la mejor dosis para un fumador en concreto. Lo ideal sería administrar entre el 50% y el 60% de la dosis calculada de nicotina según el consumo actual.
- El tipo de TSN a utilizar debe individualizarse en relación con el grado de adicción y los síntomas de la paciente. En principio, la forma de elección es la oral, pero pueden utilizarse los parches si es necesario (p. ej. si existen náuseas y vómitos asociados al embarazo, la nicotina oral puede ser mal tolerada y los parches de nicotina serían de elección).
- Si se utilizan los parches, es preferible utilizar los de 16 horas para reducir la exposición fetal diaria a la nicotina y minimizar sus posibles efectos tóxicos.

En resumen, una pauta recomendada para el tratamiento del tabaquismo durante el embarazo sería iniciar siempre el tratamiento con soporte y tratamiento conductual, y sólo en aquellas fu-

madoras con un mayor grado de dependencia y con dificultades para mantenerse abstinentes asociar TSN, siempre y cuando nos encontremos en las primeras 20 semanas de embarazo. La nicotina oral sería el producto de elección, y en caso de utilizar parches, usar los de 16 horas, administrando entre el 50 y el 60% de la nicotina calculada.

LACTANCIA

Gran parte de lo señalado anteriormente respecto al embarazo también puede aplicarse al periodo de lactancia. La TSN no es recomendable, aunque, si se considerase necesario, podría utilizarse bajo las premisas expuestas para el caso del embarazo y siempre en forma de chicles o comprimidos de nicotina. Del mismo modo, la lactancia debe suspenderse en caso de tratamiento con bupropión, pues puede bajar el umbral convulsivante en el recién nacido y favorecer el desarrollo de convulsiones febriles o de otro tipo.

PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

La prevalencia del tabaquismo es más elevada entre los pacientes con patología psiquiátrica que entre la población general (figura 2)³⁰. Los pacientes psiquiátricos presentan, en general, un mayor nivel de dependencia nicotínica y un síndrome de abstinencia nicotínico más intenso y de mayor duración.

Las enfermedades con mayor prevalencia del tabaquismo son, por este orden, la esquizofrenia, el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos afectivos, entre los que destacan la manía y la depresión. Asimismo, las tasas de éxito son significativamente menores que en los pacientes sin este tipo de afecciones y presentan mayor vulnerabilidad a las recaídas, siendo éstas más intensas y de mayor duración. Invirtiendo la relación, se observa una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los fumadores que entre los no fumadores.

En los pacientes psiquiátricos, las intervenciones breves, la autoayuda y el apoyo psicológico pueden ser insuficientes debido a

que utilizan la nicotina para manejar los déficits neurobiológicos, afectivos y conductuales. Las recomendaciones actuales indican que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica, aunque presentan menores tasas de abstinencia y síntomas de abstinencia más prolongados, no se benefician más de un tratamiento específico que de uno convencional y que, por tanto, los tratamientos convencionales también son efectivos en estos pacientes.

Por otro lado, en pacientes que no realizan tratamiento psiquiátrico, el empezar de nuevo con la medicación o la psicoterapia podría minimizar la abstinencia y prevenir la reaparición de la enfermedad psiquiátrica. Además, si el paciente o el clínico creen que la sintomatología psiquiátrica ha precipitado las recaídas en anteriores intentos para dejar de fumar, se podría considerar la posibilidad de reanudar el tratamiento para el trastorno psiquiátrico en cuestión.

En líneas generales, se puede afirmar que el manejo del fumador con patología psiquiátrica requiere una intervención terapéutica de mayor intensidad, tanto en el uso de tratamientos farmacológicos como del tratamiento conductivo-conductual, que resulta ser un tratamiento difícil, que exige intentos repetidos por parte del paciente y de comprensión y persistencia por parte del clínico. También hay que señalar que, aunque el consumo de tabaco es muy elevado en las distintas patologías psiquiátricas, no en todas tiene la misma explicación, y tampoco presenta las mismas dificultades conseguir que estos pacientes se mantengan abstinentes, por lo que resulta conveniente diferenciar entre algunas de estas patologías.

Trastornos afectivos

Dentro de este apartado se incluye fundamentalmente a pacientes con depresión mayor y trastorno bipolar. Se ha demostrado una mayor prevalencia de tabaquismo entre pacientes con diagnóstico de depresión mayor (31-61%) que entre población general. También se ha observado que, en fumadores con intentos fallidos por dejar de fumar, la prevalencia de depresión mayor es más elevada, que este antecedente influye en la presencia de sín-

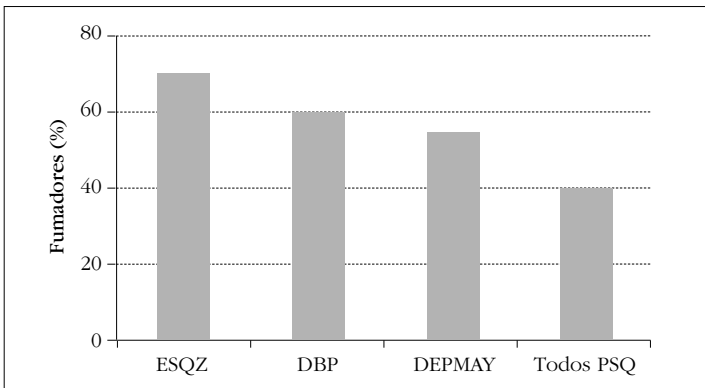


Figura 2. Prevalencia de fumadores según patología psiquiátrica (adaptado de Lasser K, et al.³⁰)

tomas de abstinencia más graves y que la depresión condiciona mayores tasas de recaídas. En estudios basados en población general también se ha encontrado una mayor prevalencia de historia de depresión mayor entre los fumadores.

En pacientes con depresión mayor sintomática no controlada se debe plantear el tratamiento secuencial: primero intervenir sobre el cuadro afectivo con tratamiento médico y posteriormente, una vez controlado el cuadro depresivo, iniciar el tratamiento del tabaquismo.

En el tratamiento del tabaquismo de los pacientes con antecedentes de depresión mayor o con estabilidad clínica, se puede utilizar cualquiera de los fármacos considerados como de primera línea. El uso de TSN a dosis elevadas ha mostrado en estos pacientes tasas de éxito mayores que el placebo,^{31,32} y en un metaanálisis que comparaba bupropión y nortriptilina con placebo, los dos primeros mostraron unas mayores tasas de éxito al año³³. Por otra parte, sólo existe un estudio³⁴ donde los pacientes con antecedentes de depresión mayor tratados con vareniclina no mostraron un incremento de recurrencias ni mayores efectos secundarios que el grupo de fumadores tratados con TSN. Por último, no existen evidencias que nos indiquen que la indicación de tratamiento antidepressivo en pacientes con antecedentes mejore

las tasas de éxito cuando son utilizados de forma profiláctica durante el proceso de tratamiento del tabaquismo. En la tabla 2 se muestran las indicaciones y precauciones del tratamiento del tabaquismo en pacientes con depresión mayor.

Más de la mitad de pacientes con trastorno bipolar son fumadores, y el tratamiento secuencial sería igualmente de elección en estos pacientes. En este caso, bupropión estaría contraindicado y el fármaco de elección es la TSN a altas dosis (tabla 2).

Tabla 2. Manejo del tabaquismo en pacientes psiquiátricos

Patología	Tratamiento recomendado	Precauciones
Depresión mayor	1. ^a elección: bupropión 2. ^a elección: TSN 3. ^a elección: vareniclina	<ul style="list-style-type: none">• Tratar siempre pacientes con patología estable• Monitorizar intensivamente al paciente• Estrategias conductuales intensas• En casos refractarios: tratamiento combinado TSN + BUP
Trastorno bipolar	TSN	<ul style="list-style-type: none">• Tratar siempre pacientes con patología estable• Estrategias conductuales intensas• En casos refractarios: TSN a dosis elevadas
Esquizofrenia	1. ^a elección: bupropión 2. ^a elección: TSN 3. ^a elección: vareniclina	<ul style="list-style-type: none">• Estrategias conductuales intensas• En casos refractarios: tratamiento combinado TSN + BUP• Valorar la presencia de otras adicciones• Monitorizar tratamiento antipsicótico

Esquizofrenia

Se ha evidenciado una mayor prevalencia de tabaquismo entre pacientes esquizofrénicos (70-90%) que entre pacientes psiquiátricos en general (35-54%) y población general (30-35%), existiendo una relación entre la gravedad del trastorno, con un menor nivel de funcionalismo, con la intensidad de la dependencia y la mayor dificultad en abandonar el consumo.

Existen diversas teorías para explicar la estrecha relación existente entre esquizofrenia y tabaquismo. Entre ellas, la hipótesis de la automedicación. La nicotina aliviaría los síntomas negativos de la esquizofrenia, reduciría la clínica depresiva y ansiosa, así como los efectos adversos de los antipsicóticos, a través de la acción dopaminérgica. Ello explicaría las altísimas tasas de consumo, probablemente las más altas entre población psiquiátrica, con el objetivo de equilibrar los niveles de dopamina. También se ha postulado la predisposición común a desarrollar tanto esquizofrenia como adicción al tabaco como resultado de una común vulnerabilidad genética.

La motivación para dejar de fumar en estos pacientes es baja y los pobres resultados obtenidos en el abandono del tabaco sugieren que se precisan intervenciones muy intensivas. Los ensayos clínicos realizados muestran modestos resultados combinando farmacoterapia (TSN o bupropión) y un abordaje conductual intensivo. Entre las distintas alternativas farmacológicas, bupropión es el que ha mostrado mayor efectividad³⁵. Aún no se dispone de resultados del uso de vareniclina en pacientes esquizofrénicos, si bien existen indicios de su posible eficacia.

Al instaurar un tratamiento farmacológico para dejar de fumar, en estos pacientes deben monitorizarse los posibles efectos secundarios de la medicación antipsicótica y su concentración plasmática, ya que la cesación tabáquica obligará a ajustar a la baja la misma (fumar baja la concentración en sangre de los neurolépticos hasta en un 30%).

ALCOHOLISMO

La prevalencia de fumadores entre la población con problemas de alcoholismo es elevada. Al plantearse el tratamiento de estos pacientes, se debe distinguir entre los fumadores con antecedentes de alcoholismo que han superado su adicción al alcohol de los pacientes con ambas adicciones.

En los primeros se deben seguir las mismas pautas de tratamiento que en la población general, sin existir ninguna evidencia que

indique que la abstinencia al tabaco comporte mayores tasas de recaída al alcohol. En estos pacientes, su experiencia previa en el proceso de abandono del alcohol puede constituir una base de experiencia acerca de cómo enfrentarse a la cesación tabáquica.

En los pacientes con ambas adicciones, existe cierto debate acerca del tratamiento simultáneo de ambas³⁶. Los resultados de los estudios realizados sobre la efectividad del tratamiento concomitante son variables, con tasas de éxito en los grupos intervención que varían entre un 3 y un 9% a los seis meses de tratamiento, en comparación al 6-7% del grupo control. Se puede afirmar que las evidencias³⁶ sugieren que el abordaje simultáneo de ambas adicciones no es aconsejable e incluso que puede actuar de forma negativa sobre el consumo de alcohol. Lo aconsejable es un tratamiento aplazado del tabaquismo tras, como mínimo, seis meses de abstinencia alcohólica, pudiendo usarse en estos pacientes cualquiera de los fármacos de primera línea³⁷.

BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA

El proceso de cesación tabáquica conlleva cierta ganancia de peso³⁸⁻⁴⁰, lo que es conocido por muchas adolescentes y mujeres jóvenes. Por ello, en casos de anorexia nerviosa o bulimia, la opinión del psiquiatra sobre la conveniencia o no de iniciar este proceso es determinante. En caso de abordar este tratamiento, nuevamente la TSN se muestra como la mejor opción, tanto por la evitación del síndrome de abstinencia como por el posible efecto atenuante del aumento de peso, que paradójicamente puede afectar favorablemente a estos pacientes.

El empleo de bupropión en casos de anorexia nerviosa o bulimia está contraindicado⁴¹, y no existe información suficiente acerca del empleo de vareniclina en los mismos.

INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y/O INSUFICIENCIA RENAL

La insuficiencia hepática no es una contraindicación para el empleo de TSN ni tampoco para el bupropión o la vareniclina.

La dosis de bupropión debe reducirse a la mitad (150 mg/día) en una sola toma. Del mismo modo, en la insuficiencia renal, la dosis recomendada de bupropión debe ser la mitad de la habitual (150 mg/día en una sola toma)⁴¹, y en el caso de utilizar vareniclina la dosis debe reducirse a la mitad (0,5 mg cada 12 horas)⁴².

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Uno de los efectos de la nicotina es el aumento de la tensión arterial. Por ello, debe vigilarse este aspecto en los pacientes tratados con TSN. Los pacientes tratados con bupropión o vareniclina también son más propensos a sufrir ascensos de la tensión arterial, por lo que también requieren controles especiales.

El aumento de la tensión arterial en los pacientes sometidos a tratamiento farmacológico de cesación tabáquica es máximo en aquellos pacientes con tratamiento combinado de TSN más bupropión o vareniclina, por lo que se requiere un control más frecuente de la misma^{42,43}.

Si bien no es posible conocer con antelación cómo va a comportarse la tensión arterial al iniciar un tratamiento farmacológico de cesación tabáquica, es más seguro, por lo que es preferible el empleo de TSN, puesto que el paciente ya recibía nicotina previamente al consumir cigarrillos y ello hace que las sorpresas al emplear la TSN sean más improbables.

ANCIANOS

Por las características propias de esta edad y a que una parte muy elevada de estos pacientes está polimedicada, se debe prestar mayor atención a las posibles interacciones farmacológicas de la terapia empleada en la cesación tabáquica, así como a las posibles contraindicaciones. Debido a que la función renal probablemente estará disminuida, la dosis de bupropión también será la mitad de la habitual (150 mg/día en una sola toma);⁴¹ y en caso de emplear vareniclina, debe valorarse también la función renal y el posible empleo de la dosis

de 0,5 mg cada 12 horas⁴². El seguimiento de estos pacientes será más estrecho.

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Durante la infancia y la adolescencia, el tránsito fumador-no fumador-fumador es muy fluido, y el nivel de dependencia de la nicotina suele ser bajo, por lo que las medidas educativas, el apoyo psicológico, enseñarles a identificar las presiones que les incitan a fumar, así como el modo de resistirlas y el seguimiento programado, suelen ser medidas suficientes en estos grupos de edad. En general, no se recomienda el empleo de TSN ni de bupropión o vareniclina en personas de menos de 18 años, si bien en casos concretos podría pautarse un tratamiento farmacológico individualizado, preferiblemente con TSN en forma de chicles o comprimidos.

Mención aparte merece el hecho de que, de forma similar a como sucede entre adultos, la prevalencia de antecedentes psiquiátricos es el doble entre los adolescentes fumadores que entre los no fumadores⁴⁴. Asimismo, se ha demostrado la asociación de los trastornos del comportamiento con el tabaquismo y del trastorno de déficit de atención del niño con una mayor prevalencia de tabaquismo, que demostró ser un factor de riesgo para el inicio de consumo precoz⁴⁵. Esta asociación podría estar relacionada con la hipótesis del receptor nicotínico, en la que se postula que estos receptores modulan también la actividad dopaminérgica.

CONDUCTORES Y OPERARIOS DE MAQUINARIA PESADA

Es posible que si el paciente recibe tratamiento farmacológico con TSN, bupropión o vareniclina, presente somnolencia (por insomnio debido al SAN o a la medicación) o mareos, por lo que debe tomar precauciones durante los primeros días del tratamiento⁴⁶. Este efecto es mínimo y más improbable con el empleo de TSN, lo que puede hacer que sea el tipo de apoyo farmacológico de elección en algunos pacientes.

TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR, DENTARIOS O AFTAS BUCALES

Está contraindicado el empleo de TSN en forma de chicles, no existiendo contraindicaciones para el resto de formas de administración de nicotina⁴⁶. No hay contraindicación tampoco para el empleo de bupropión o vareniclina.

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EXTENSAS. DERMATITIS ATÓPICA

Está contraindicado el empleo de TSN en forma de parches debido al potencial irritante sobre la piel de la nicotina y de los excipientes del adhesivo del parche. No existen contraindicaciones para el resto de formas de administración de nicotina ni para el empleo de bupropión o vareniclina.

ENFERMEDADES RINOSINUSALES GRAVES. RINITIS ALÉRGICA

Aunque en España actualmente no se comercializa esta especialidad terapéutica, debemos mencionar que está contraindicado el empleo de TSN en forma de *spray* nasal en estas patologías, debido a que el efecto irritante que la nicotina ejerce sobre la mucosa nasal (ya muy importante en personas sanas) puede agravar la sintomatología de estos pacientes; así que, habida cuenta de la amplia disponibilidad de otras modalidades terapéuticas, su empleo no está justificado.

No existen contraindicaciones para el resto de formas de administración de nicotina ni para el empleo de bupropión o vareniclina⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez FJ. El tabaquismo como problema de salud pública. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita, Torrecilla M (eds.). Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo. 3.^a ed. Madrid: ERGON; 2006.
2. Murray PR, Bailey W, Daniels K, Bjoruson WM, Kurnov R, Connett J, et al. Safety of nicotine polacrilex gum used by 3094 participants in the lung health study. Chest 1996;109:438-45.

3. Joseph A, Norman S, Ferry L, Prochezke A, Westman E, Steel B, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335:1792-98.
4. Jiménez C, Riesco JA, Ramos A, Barrueco M, Solano S, Granda JI, et al. Nuevas recomendaciones SEPAR para el tratamiento del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008;44(4):213-9.
5. Fiore M, Jaén CR, Backer TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Mayo 2008.
6. Tonstad S, Farsang D, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perrouchoud AP, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *Eur Heart J* 2003;24:946-55.
7. Hubbar R, Lewis S, West J, Smith C, Godfrey C, Smeeth L, et al. Bupropion and the risk of sudden death: a self- controlled case series analyses using the Health Improvement Network. *Thorax* 2005;60:848-50.
8. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO Workshop 2003: Disponible en URL: <http://www.goldcopd.com/workshop/ch5p2.html>.
9. Jiménez CA, Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Villasante C, Masa JF, et al. Análisis de tabaquismo en España a la luz de los resultados del estudio IBERPOC. *Prev Tab* 2000;2:189-93.
10. Wagena EJ, Zeegers MPA, Van Schayck CP, Wouters EFM. Benefits and risks of pharmacological smoking cessation therapies in chronic obstructive pulmonary disease. *Drug Saf* 2003;26:381-403.
11. Jiménez CA, de Granda JI, Riesco JA. Abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo en EPOC. En: Güell R, de Lucas P (eds.). *Tratado de rehabilitación respiratoria*. Madrid: Ars Médica; 2005.
12. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:532-55.
13. Granda Orive JI, Martínez-Albiach JM. Deshabitación tabáquica en la EPOC. *Arch Bronconeumol* 2005;41:625-33.
14. Jiménez CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003;39:35-44.

15. Wagena EJ, Knispchild PG, Huibers MJ, Wouters EF, van Schayk CP. Efficacy of bupropion ad nortryptiline for smoking cessation among people at risk for or with COPD. *Arch Intern Med* 2005;165:2286-92.
16. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams K, Billing C, Reeves K, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:64-71.
17. Múltiple risk factor intervention trial research group. Múltiple risk factor intervention trial risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982;248(12):1465-77.
18. Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 2. Óxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
19. Moller A, Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2005, Issue 3, Art No: CD 002294.
20. Knut-Olaf Hausteim. Tobacco or Health? physiological and social damages caused by tobacco smoking. *Springer* 2001;6:118-47.
21. Frick WG, Seals RR Jr. Smoking and wound healing: a review. *Text Den J* 1994;111:21-3.
22. Jorgensen LN, Kallehave F, Christensen E, Siana JE, Gottrup F. Less collagen production in smokers. *Surgery* 1998;123:450-5.
23. Vaporciyan AA, Merriman KW, Ece F, Roth JA, Smythe WR, Swisher SG, et al. Incidence of major pulmonary morbidity alter pneumonectomy in association with timing of smoking cessation. *Ann Thorac Surg* 2002;73:420-5.
24. Riesco JA, Sigritz N, Barrueco M, Jiménez C. Intervención terapéutica sobre el tabaquismo en el preoperatorio de cirugía torácica. *Manual de Procedimientos SEPAR: Perioperatorio en Cirugía Torácica I*. En: Jiménez MF, Martínez de Zúñiga C (coords.). Barcelona: Permanyer; 2005.
25. Hernández-Mezquita MA, González M, Julián G. Deshabitación tabáquica en situaciones especiales. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Torrecilla M (eds.). *Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo*. 3.^a ed. Madrid: ERGON; 2006.
26. Tsao AS, Liu D, Lee JJ, Spitz M, Hong WK. Smoking affects treatment outcome in patients with advanced nonsmall cell lung cancer. *Cancer* 2006;106(11):2428-36
27. Dasgupta P, Kinkade R, Joshi B, Decook C, Haura E, Chellappan S. Nicotine inhibits apoptosis induced by chemotherapeutic drugs by up-regulating XIAP and surviving. *Proc Natl Acad Sci USA* 2006;103(16):6332-7.

28. Coleman T. ABC of smoking cessation: special groups of smokers. *BMJ* 2004;328:575-77.
29. Benowitz NL, Dempsey DA. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine&Tobacco Research* 2004;6(2):S189-202.
30. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284:2606-10.
31. Kinnunen T, Doherty K, Militello FS, Garvey AJ. Depression and smoking cessation: characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:791-98.
32. Kisely S, Campbell A. Use of smoking cessation therapies in individuals with psychiatric illness: an update for prescribers. *CNS Drugs* 2008;22:263-73.
33. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD000031.
34. Stapelton J, Watson L, Spirling LI, Smith R, Milbrandt A, Ratcliffe M, et al. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction* 2008;103:146-54.
35. George TP, Vessicchio JC, Termine A, Bregartner TA, Feingold A, Rounsaville BJ, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2002;52:53-61.
36. Kold M, FU S, Joseph AM. Tobacco cessation treatment for alcohol-dependent smokers: When is the best time? *Alcohol Research and Health* 2006;29:203-7.
37. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consulting and Clinical Psychology* 2004;72:1144-56.
38. Rodin J. Weight change following smoking cessation: the role of food intake and exercise. *Addict Behav* 1987;12:303-17.
39. Becoña E, Vázquez FL. Smoking cessation and weight gain in smokers participating in a behavioral treatment at 3 years follow up. *Psychol Rep* 1998;82:999-1005.
40. Torrecilla M, Martín M, Moreno B, Plaza D, Hernández-Mezquita MA, Barrueco M. Deshabitación tabáquica e incremento ponderal. *Prev Tab* 2000;2:89-94.
41. Zyban. Sustained released tablets: product information. UK. GlaxoSmithKline 2001.
42. Zierler-Brown SL, Kyle JA. Oral varenicline for smoking cessation. *Ann Pharmacother* 2007;41(1):95-9.

43. Páez JM. Acción del tabaco sobre la tensión arterial. En: López V (ed.). Tabaco, hipertensión y órganos diana. Barcelona: Espaxs; 1999. p. 25-37.
44. Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Wagner EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1602-10.
45. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:37-44.
46. Working group for the study of transdermal nicotine in patients with coronary artery disease. Nicotine replacement therapy for patients with coronary disease. *Arch Intern Med* 1994;154:985-95.

Aplicación clínica del tratamiento multicomponente del tabaquismo

Miguel Barrueco Ferrero, José María Carreras Castellet

INTRODUCCIÓN

La dependencia del tabaco es reconocida por la OMS como una enfermedad adictiva crónica, y por la *Clinical Practice Guideline* del *US Public Department of Health and Human Services*¹ como una enfermedad crónica que frecuentemente requiere de múltiples intervenciones por parte de los servicios asistenciales sanitarios y de intentos repetidos por parte del paciente para conseguir periodos prolongados de abstinencia o el abandono definitivo del tabaco.

Desde un punto de vista colectivo, el tabaquismo es el principal problema de salud pública de los países desarrollados y constituye la principal causa de muerte prevenible, y el tabaquismo pasivo –la exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco– es la tercera causa de muerte prevenible en estas sociedades.

Eliminar –o al menos disminuir de forma considerable– un problema de esta magnitud exige del esfuerzo de numerosos sectores sociales coordinados por las administraciones públicas. Una parte importante de este esfuerzo radica en la prevención para evitar la incorporación de nuevos consumidores, y otra parte no menos importante radica en la posibilidad de estimular al abandono del consumo por parte de los fumadores y ofertarles ayuda cuando deseen dejar el tabaco.

El diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo puede ser abordado en diferentes niveles asistenciales y con diferentes grados de intensidad, existiendo diversas recomendaciones al respecto acerca de las características de estas intervenciones y de los sistemas de organización necesarios para ello, así como del coste-efectividad de las mismas¹⁻⁸. En otros capítulos de este Manual se ha abordado el tratamiento del tabaquismo en la atención primaria⁹ y en la atención especializada¹⁰ con criterios prácticos, proponiendo intervenciones posibles en la práctica asistencial actual. En este capítulo abordaremos el diagnóstico y el tratamiento especializado del tabaquismo, entendiendo como tal aquellas intervenciones que por sus características exigen procedimientos y profesionales cualificados para llevarlas a cabo.

CONCEPTO DE TABAQUISMO

En 1988, un informe del *Surgeon General*¹¹ sobre la adicción a la nicotina llegó a las siguientes tres conclusiones: los cigarrillos y otras formas de tabaco son adictivas, la nicotina es la causante de esta adicción y el proceso que ocasiona la adhesión farmacológica y conductual al tabaco es similar al que determina la adicción a otras drogas como la cocaína o la heroína.

El tabaquismo es una dependencia en la que intervienen elementos farmacológicos (la nicotina), sociales (aceptación social, presión para el consumo, publicidad, accesibilidad y disponibilidad, etc.) y psicológico-comportamentales (creencias, expectativas, situaciones asociadas al consumo, cotidianidad, automatismo, oralidad, manualidad, etc.), lo que hace que se trate de una enfermedad fácil de diagnosticar pero compleja de abordar y que, en numerosas ocasiones, exige un abordaje especializado.

En la actualidad, el tratamiento clínico especializado del tabaquismo es el denominado «tratamiento multicomponente o multimodal del tabaquismo», que considera fundamental la interacción de todos los factores anteriormente descritos, por lo que para dar respuesta a todos y cada uno de ellos utiliza distintas herramientas terapéuticas que actúan sinérgicamente sobre to-

dos los elementos implicados en la conducta y dependencia de fumar. Estos programas son los que cuentan con mayor justificación teórica y permiten obtener los mejores resultados¹².

DIAGNÓSTICO DEL TABAQUISMO

Para realizar el diagnóstico completo del tabaquismo se deben seguir los pasos del llamado «método clínico», recogiendo toda la información posible a través de la anamnesis del paciente, los signos que muestra su exploración física y la información obtenida de las exploraciones complementarias. En el caso del tabaquismo, las dos primeras constituyen los pilares esenciales del diagnóstico, y las denominadas «exploraciones complementarias» son sencillas, poco complejas y por lo general fáciles de realizar y baratas desde el punto de vista económico. Roztman señala en el *Tratado de Medicina Interna*¹³ que una condición absolutamente esencial para que el médico pueda realizar un diagnóstico correcto es dedicarle tiempo y poner suficiente atención. Ambas características son precisas también en el proceso diagnóstico del tabaquismo.

La tabla 1 recoge los apartados principales sobre los que debe basarse el diagnóstico especializado del tabaquismo, que debe incluir aspectos que, aunque no sean imprescindibles, son altamente recomendables para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento, así como para controlar la evolución clínica, y forman parte de un *conjunto mínimo de datos* que permite extraer información para otro tipo de actividades, como la docencia y la investigación clínica.

Tabla 1. Principales apartados del diagnóstico especializado del tabaquismo

-
- Fase de abandono del tabaco en la que se encuentra el fumador
 - Patrón de consumo de tabaco. Historia personal del consumo de tabaco. Historia clínica
 - Estudio de la motivación para dejar de fumar
 - Diagnóstico de la dependencia de la nicotina
 - Valoración de la dependencia conductual
 - Valoración del entorno social
 - Diagnóstico del síndrome de abstinencia
-

El diagnóstico de las fases de abandono se ajusta al modelo propuesto por Proschaska y DiClemente¹⁴ y consta de cinco fases: *precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento*. En los últimos años se propugna también otra fase posterior de *consolidación*. La importancia del diagnóstico de fase radica en la necesidad de ajustar el tratamiento a las perspectivas del fumador. El tratamiento especializado que aquí abordamos estaría destinado a pacientes en disposición de iniciar la fase de acción.

El patrón de consumo y la historia personal de fumador se evalúa mediante el consumo actual y el índice paquetes/año (n.º de cigarrillos/día multiplicado por el n.º de años que lleva consumiendo esa cantidad y dividido por 20). Es importante recoger los intentos previos de abandono del tabaco, así como la metodología de tratamiento empleada. La historia clínica es fundamental, pues puede aportarnos datos con valor pronóstico, como la comorbilidad psiquiátrica, y datos que pueden condicionar los tratamientos farmacológicos.

Los dos test más conocidos para medir la motivación para dejar de fumar son el test de Richmond, que mide en gran parte la disponibilidad del fumador para dejar de fumar, y el test del *Hospital Henry Mondor* de París, que investiga distintas motivaciones para dejar de fumar y otros aspectos motivacionales, como la autoeficacia, el entorno del fumador, la personalidad del fumador y una de las barreras más importantes para dejar de fumar: el aumento de peso.

Los criterios diagnósticos de dependencia a la nicotina están expuestos en el *Diagnostic and Statistical Manual IV* (DSM-IV)¹⁵ y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades*¹⁶ en su 10.ª revisión (ICD-10). Incluyen principalmente la administración repetida e impulsiva de nicotina, la pérdida del control del uso de la sustancia a pesar de sus efectos nocivos, recaídas repetidas tras intentos de dejar de fumar, así como alta motivación para buscar la droga.

Basándose en los criterios del DSM, Robins¹⁷ y Kawakami¹⁸ han desarrollado dos test, pero éstos no se han mostrado adecuados para medir la dependencia ni como predictores de recaída¹⁹.

La herramienta más frecuentemente utilizada para medir la dependencia es el test de dependencia a la nicotina de Fagerström²⁰, que, aunque es una escala unidimensional, puede ser un buen predictor de recaída.

En el momento actual, una versión revisada del mismo permite valorar la dependencia utilizando sólo dos preguntas (tiempo transcurrido hasta el consumo del primer cigarrillo y número de cigarrillos fumados al día), que ha demostrado ser una buena herramienta para medir la dependencia²¹ y para predecir la recaída²². La tabla 2 incluye esta versión reducida.

Tabla 2. Test de Fagerström reducido

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	<5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	>60 minutos	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	>30	3
	21-30	2
	11-20	1
	<11	0

Dependencia baja: 0 a 2 puntos.

Dependencia moderada: 3 a 4 puntos.

Dependencia alta: 5 a 6 puntos.

Se han utilizado otros test para valorar la dependencia psicológico-conductual, siendo el más conocido el de Glover Nilson, pero en la actualidad este tipo de test ha caído en desuso por no aportar información relevante y porque su cumplimentación exige mucho tiempo.

Para la evaluación del síndrome de abstinencia resulta eficaz el test de abstinencia, integrado por 9 ítems, con una escala de respuesta de 0 a 4 para cada uno de ellos. La tabla 3 recoge los ítems y su valoración. Es recomendable que el paciente registre cada día, durante los primeros tres meses del periodo de acción, tanto la abstinencia (o consumo de cigarrillos si lo hubiese) como la escala de evaluación del síndrome de abstinencia.

Tabla 3. Escala de evaluación del síndrome de abstinencia

-
- Necesidad de fumar un cigarrillo (*craving*)
 - Estado de ánimo deprimido
 - Dificultad de autodominio
 - Despertares por la noche
 - Irritabilidad
 - Ansiedad
 - Dificultad para concentrarse
 - Inquietud
 - Aumento del apetito

PUNTUACIÓN TOTAL

Cada ítem se puntúa desde 0 hasta 4.

En la actualidad, el test reducido de Fagerström y el del síndrome de abstinencia son los más utilizados, habiendo caído en desuso el resto que se venía realizando hasta la fecha.

En todo caso, el diagnóstico debe incluir como mínimo una historia tabáquica que refleje tanto el consumo actual como el consumo a lo largo del tiempo (índice paquetes/año), el nivel de dependencia de la nicotina (test de Fagerström simplificado), el test de abstinencia y la medición de niveles de monóxido de carbono (CO) en aire espirado, además de otras variables clínicas como sexo, edad, peso e índice de masa corporal, frecuencia cardiaca y tensión arterial.

TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE DEL TABAQUISMO

Los programas de Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo (TMT) son programas intensivos que utilizan integradamente todos los elementos de efectividad constatada, siendo particularmente eficaces por su alta intensidad y por combinar técnicas psicológicas y farmacológicas adaptadas a distintos tipos de fumadores o, lo que es lo mismo, individualizadas para cada paciente²³.

Está establecido que existe una intensa relación dosis-respuesta entre la intensidad del programa y la frecuencia de cesaciones

que se alcanza. Generalmente, los programas más intensivos son los que mejores tasas de abstinencia obtienen. La intensidad se mide por el tiempo de contacto entre el fumador y el terapeuta o equipo terapéutico, dependiendo de la duración de las sesiones y/o del número de éstas. Los programas intensivos deben constar, como mínimo, de una sesión o visita semanal de 20 minutos de duración durante un tiempo mínimo de cuatro semanas.

La otra característica que hace especialmente eficaz estos programas es el efecto sinérgico que se obtiene utilizando a la vez el tratamiento psicológico conductual y el tratamiento farmacológico. La mayor eficacia se atribuye a distintos mecanismos^{24,25}. Primero: las distintas herramientas actúan sobre componentes distintos de la adicción; la terapia farmacológica controlaría el síndrome de abstinencia, mientras que la terapia conductual prepararía para afrontar estímulos y prevenir recaídas. Segundo: las distintas terapias pueden actuar sobre poblaciones diferentes; habría sujetos más susceptibles al tratamiento farmacológico, mientras que otros lo serían más al psicológico. Y tercero: la combinación de los tratamientos puede favorecer la adherencia al uno y al otro; las características y requisitos que debe reunir un programa de este tipo^{26,27} se recogen en las tablas 4 y 5.

Como se recoge en la *Clinical Practice Guideline*¹, en su versión revisada de 2008, este tipo de tratamientos intensivos pueden ser realizados por cualquier profesional con los conocimientos y habilidades necesarias, convenientemente entrenado y que disponga de los recursos necesarios para llevarlo a cabo, pero por sus características constituyen la base del tratamiento especializado del tabaquismo.

Tabla 4. Principales características del tratamiento multicomponente

-
- Programa intensivo (múltiples sesiones, larga duración, realizado por diversos profesionales)
 - Evaluación y asistencia personalizada: *face to face*
 - Soporte social intratratamiento
 - Entrenamiento de habilidades y de resolución de problemas
 - Prevención de recaídas y seguimiento
 - Tratamiento farmacológico
-

Tabla 5. Requisitos de un tratamiento multicomponente

-
- El tratamiento debe ser realizado por profesionales con la formación, los conocimientos y las habilidades necesarias para llevarlo a cabo. Su puesta en marcha requiere unos recursos y una preparación específicos
 - La intervención de distintos profesionales (equipos multidisciplinares) puede mejorar la eficacia
 - El programa se puede realizar de forma individual, en grupo y por teléfono proactivo
 - Las técnicas psicológicas conductuales más eficaces son el entrenamiento en habilidades para afrontar diversas situaciones y la resolución de problemas
 - Es importante el apoyo social intratratamiento
 - El tratamiento farmacológico con terapia sustitutiva con nicotina, bupropión y vareniclina, considerados fármacos de primera línea, es un elemento fundamental del tratamiento y aumenta considerablemente la tasa de abstinencia
 - Los tratamientos multicomponente complementan los distintos procedimientos específicos para dejar de fumar con estrategias dirigidas a bajar la motivación y a prevenir las recaídas
-

Los programas de TMT se pueden aplicar a todos los fumadores sin diferencias de género y edad, tengan o no patología relacionada con el tabaco, e independientemente de que algunos elementos del tratamiento sean específicamente más eficaces en ciertos grupos de población. No se ha visto que haya una subpoblación especial de fumadores que se beneficie más del tratamiento intensivo, por lo que en estos programas deberá participar todo aquel fumador que lo demande.

ELEMENTOS DEL TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE

Como ya hemos señalado anteriormente, el tratamiento clínico multicomponente está integrado por el tratamiento psicológico y el farmacológico. Hasta hace unos años la parte psicológica del tratamiento era la parte fundamental, pero en los últimos años la disponibilidad de diversos tratamientos farmacológicos ha desplazado una parte importante de los procedimientos terapéuticos hacia el tratamiento de la dependencia nicotínica.

Tratamiento psicológico

La terapia psicológica es eficaz para el tratamiento de los fumadores y actúa básicamente sobre los aspectos conductuales que van más allá del síndrome de abstinencia, con el objetivo de conseguir periodos prolongados de abstinencia previniendo las recaídas. Tiene como objetivo reconvertir el pensamiento, los conocimientos y la conducta del fumador frente al tabaco, y para ello se utilizan las técnicas cognitivo-conductuales.

En muchas ocasiones se piensa que estas técnicas son especialmente complejas, y los clínicos no se atreven a implementarlas. Su utilización exige de cierto grado de capacitación profesional y entrenamiento, y supone una dedicación de tiempo importante. Por ello, en muchas ocasiones no es posible su empleo en las consultas habituales de atención primaria o especializada y, sin embargo, se emplean más en el tratamiento especializado del tabaquismo. La mayoría de las técnicas conductuales para ayudar a dejar de fumar tienen su base teórica en la teoría de aprendizaje social de Bandura²⁸ y en otros modelos cognitivo-conductuales de la adicción²⁹.

De acuerdo con la *Clinical Practice Guideline*¹, los componentes del tratamiento conductual más eficaces son: el entrenamiento en solución de problemas, el soporte social intratratamiento y el soporte social extratratamiento, aunque la eficacia de este último ha sido devaluada en la revisión del año 2008. Estos componentes esenciales del tratamiento se basan en los modelos teóricos citados anteriormente.

Entrenamiento en solución de problemas

La aplicación de esta técnica al tratamiento del tabaquismo se basa en los trabajos de Shiffman³⁰, quien demostró que una combinación de respuestas de afrontamiento conductuales y cognitivas proporciona mayor protección para mantenerse abstinentes. Es una estrategia de afrontamiento esencial, que se ha mostrado eficaz por sí sola para ayudar a las personas a dejar de fumar y a mantener la abstinencia. Los individuos que afrontan

activamente las tentaciones de fumar tienen más éxito en resistir las recaídas.

El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento por el que se prepara a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a éstos e implantar la mejor en la situación donde ocurre el problema. Se prepara al fumador para dejar de fumar y para afrontar efectivamente aquellas situaciones que, por el estado interno del individuo o por situaciones externas, incrementan el riesgo de recaída. Estos riesgos están determinados por situaciones, eventos o actividades que el individuo tiene asociadas a fumar. Ayudarle a reconocer estos desencadenantes enseñándole las estrategias cognitivo-conductuales apropiadas es una parte esencial del tratamiento.

Estos desencadenantes frecuentemente son estrés, situaciones afectivas negativas, acontecimientos adversos, beber alcohol, así como ver a otras personas fumar. Estos y otros acontecimientos desencadenan en el fumador un intenso deseo de fumar y pueden llevar a la recaída. Los pacientes deben aprender a identificar estas situaciones y a anticiparse a ellas.

Se han descrito³¹ tres acciones para poner en marcha frente a los desencadenantes del deseo de fumar, estrategia conocida como EAE: *Evitar, Afrontar y Escapar*. Como primera línea de defensa, los sujetos deben evitar los desencadenantes: alcohol, amigos fumadores y otras actividades asociadas a la conducta de fumar. Si no es posible evitar el desencadenante, el paciente debe poner en marcha estrategias de afrontamiento, fundamentalmente aquellas que mitigan los síntomas de abstinencia. Finalmente, se debe contemplar que en algunas ocasiones el escapar de la situación debe ser la alternativa apropiada.

Este tipo de técnicas exigen un nivel alto de dedicación por parte del paciente, quien no siempre dedica el tiempo necesario para analizar los problemas o no elabora previamente las respuestas adecuadas para enfrentarse a los mismos cuando suceden.

Soporte social

El soporte social intratratamiento es un elemento fundamental del proceso. Se refiere al apoyo que va a dar al fumador el equipo terapéutico. Se debe mostrar la disposición para ayudar, así como su confianza en la habilidad del fumador para abandonar el tabaco. Hay que mostrar empatía acerca de los miedos, las dificultades y los sentimientos ambivalentes que manifiestan los pacientes. Hay que elogiar los logros obtenidos y felicitar al alcanzar la abstinencia, mostrando satisfacción. Si el paciente recae, hay que mostrar claramente una buena disposición para prestar ayuda continuada, evitando al fumador el sentimiento de culpa y frustración que suele mostrar informándole de que la recaída forma parte del proceso.

El soporte social extratratamiento, destinado a enseñar al fumador a recabar el soporte social de su entorno (familia, amigos y compañeros de trabajo), no se ha mostrado eficaz y ha sido retirado de las recomendaciones de la edición de 2008 de la *Clinical Practice Guideline*¹. Sin embargo, algunos fumadores se pueden beneficiar de estas medidas, especialmente aquellas dirigidas a conseguir un domicilio y un lugar de trabajo libres de humo.

Otras técnicas psicológicas

Autoanálisis de motivos: se trata de un planteamiento cognitivo basado en el análisis de los motivos para dejar de fumar. La discusión de motivos con el terapeuta refuerza su eficacia al incrementar la información del paciente. Es conveniente que del autoanálisis quede constancia escrita.

Registro del consumo de cigarrillos: es una técnica de evaluación de la propia conducta que puede tener efecto terapéutico cuando se aplica en el periodo previo a la cesación, ya que ayuda al fumador a ser consciente de su consumo real de tabaco. En la fase previa a la cesación consiste en realizar un registro antes de encender cada cigarrillo, anotando la situación que le ha inducido a fumar y valorando, con una escala sencilla (de 0 a 4), el grado de necesidad de fumar ese cigarrillo. Tiene como con-

secuencia añadida en muchos fumadores la reducción involuntaria del consumo, dando lugar a una adaptación del individuo a niveles de nicotina más bajos, lo que puede suponer una ventaja para el momento de la supresión definitiva del tabaco. Esta técnica puede utilizarse también para la reducción del consumo en programas de reducción de la ingesta de nicotina y en los de reducción previa a la cesación (RhD). Otra utilidad del registro continuo en la fase de acción, usado conjuntamente con la valoración del síndrome de abstinencia, es la posibilidad de que el fumador valore y relacione las manifestaciones de la abstinencia con el nivel de consumo y el tratamiento farmacológico propuesto, lo que además aporta información fundamental para el control del proceso por parte del clínico.

Reducción gradual de la ingesta de nicotina: es una técnica de control de estímulos que puede ser utilizada para disminuir el consumo o como paso previo a la cesación definitiva, denominándose en este caso técnica de reducción hasta dejarlo (RhD). Consiste en el cambio semanal de marcas de tabaco, utilizando otras con un menor contenido de nicotina y alquitrán, reduciendo por este procedimiento un tercio del contenido previo de cada semana. Esta técnica puede completarse con una reducción semanal del número de cigarrillos y con una reducción de la parte del cigarrillo que se fuma (1/2 cigarrillo, 1/3 de cigarrillo, etc.).

Recientemente se ha introducido el concepto de «reducción previa³² a la cesación» como una técnica de tratamiento para algunos fumadores que no están lo suficientemente preparados para dejar de fumar o que prefieren esta opción de tratamiento, estando fundamentalmente indicada en fumadores con un consumo muy elevado de cigarrillos y en aquellos que se sienten capacitados para disminuir el consumo de tabaco pero no para eliminarlo completamente. En este caso, la técnica de reducción se realiza con tratamiento psicológico de apoyo y con terapia sustitutiva de nicotina (utilizando chicles preferentemente), pero el terapeuta debe tener claro desde el primer momento que el objetivo final del tratamiento es alcanzar la abstinencia, aunque el paciente pueda no contemplar con claridad este objetivo al comienzo del

tratamiento y llegue a él sólo al comprobar que el proceso de reducción ha sido efectivo.

La reducción inicial puede ser de dos cigarrillos cada semana, y el procedimiento no debe alargarse más de 16 semanas. El ritmo debe pactarse entre el terapeuta y el paciente. Esta técnica se desarrolla ampliamente en el capítulo destinado a la terapia sustitutiva con nicotina.

Es una técnica de reducción del consumo y no de reducción de riesgos, puesto que no se ha observado que la reducción, aunque se mantenga en el tiempo, suponga una disminución de la morbimortalidad atribuible al tabaquismo³³.

Contrato de contingencias: esta técnica está basada en los principios del condicionamiento operante. Consiste en la firma de un contrato por el que el fumador se compromete a dejar de fumar en una fecha o periodo determinado, penalizándose por algún procedimiento en el caso de no cumplir dicho compromiso. Puede asociarse al soporte social extratratamiento, adquiriendo el paciente el compromiso explícito con alguna persona de su medio familiar (los hijos suelen ser un condicionante muy útil para este tipo de compromisos) o social, con quien debe pactar la penalización en el supuesto de fracaso en el intento de abandono del tabaco. Esta técnica aislada aporta poco y debe aplicarse como elemento de refuerzo positivo, de compromiso y motivador dentro del programa multicomponente. Se considera especialmente indicada en pacientes con comorbilidad psiquiátrica.

Ejercicio físico: algunos trabajos bien controlados sugieren que la combinación de ejercicio intenso con terapia conductual incrementa la probabilidad de alcanzar la abstinencia, aunque la eficacia de la actividad física como ayuda para dejar de fumar requiere más investigaciones. En todo caso, el ejercicio debe ser adaptado a las condiciones de vida de cada fumador, ya que proponer objetivos imposibles o difíciles de cumplir refuerza la sensación de fracaso (caminar a paso ligero es más sencillo y posible de realizar que planes de ejercicio en gimnasio que no se cumplen).

Algunos fumadores, al dejarlo, manifiestan un incremento en la capacidad de realizar ejercicio. Este beneficio debe ponerse de manifiesto por el terapeuta en relación con alguno de los marcadores biológicos, como la carboxihemoglobina o el CO, señalando al fumador cómo la disminución de sus niveles producida por la abstinencia se correlaciona directamente con la mayor tolerancia al ejercicio.

Prevención de recaídas

La recaída es una parte del proceso de abandono del tabaco, y su prevención o abordaje cuando ha tenido lugar forma parte del tratamiento conductual. No obstante, hay que diferenciar el consumo puntual de algún cigarrillo, que no constituye una recaída, del consumo de varios cigarrillos al día durante un periodo de al menos siete días, que sería una recaída.

Aunque no está clara la evidencia científica de la eficacia de las distintas técnicas dirigidas a prevenir las recaídas, su abordaje forma parte de cualquier programa de tratamiento clínico, ya que mantener la abstinencia por periodos lo más prolongados posible es consustancial a este tipo de tratamientos. El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon³⁴ es el más conocido y utilizado. Este modelo describe dos tipos de estrategias:

- Estrategias específicas que tienen por objeto enseñar al fumador a reconocer previamente las situaciones de riesgo y a elaborar estrategias para enfrentarse a ellas. El fumador debe aprender a vivir sin fumar en un medio en el que el tabaco va a seguir presente.
- Estrategias globales de autocontrol con las que se enseña al fumador a vivir sin fumar.

La prevención de recaídas exige al fumador adelantarse a las situaciones de riesgo y a tener respuestas elaboradas para enfrentarse a dichas situaciones. Ambos tipos de estrategias exigen una reestructuración cognitiva de la forma de pensar del fumador.

Monitorización de parámetros biológicos

La utilización de determinaciones biológicas para monitorizar la evolución clínica del proceso de abandono del tabaco resulta útil, pues permite estimular al paciente y observar en un corto plazo los beneficios de su esfuerzo para mantenerse abstinentes, convirtiéndose en un refuerzo positivo. Para ello es preciso realizar una determinación basal, antes del abandono del tabaco por parte del paciente, registrando posteriormente en cada una de las revisiones la evolución del marcador utilizado y mostrando al paciente los resultados.

Estas técnicas también permiten objetivar la abstinencia del paciente durante el seguimiento, aunque en los programas intensivos de tratamiento clínico especializado, en los que se establece una estrecha relación con el paciente, la declaración de abstinencia del fumador es suficiente y no suele diferir de lo objetivado con los marcadores biológicos, en los ensayos clínicos³⁵ ni en la clínica diaria³⁶.

Con este fin se pueden utilizar determinaciones sencillas e incruentas, como la determinación de CO en aire espirado, u otras más complejas y cruentas, como la determinación de carboxihemoglobina, nicotina o tiocianato en sangre, aunque también es de utilidad y menos cruenta la determinación de los metabolitos de nicotina en saliva.

Ya hemos señalado anteriormente la posibilidad de utilizar alguno de estos marcadores para correlacionarlo con la tolerancia al ejercicio y conseguir mediante ello un refuerzo positivo en las fases iniciales de la abstinencia.

Tratamiento farmacológico

Durante los últimos años y de forma paralela al conocimiento de la neurobiología de la dependencia de la nicotina, hemos asistido a la investigación, desarrollo e introducción en clínica de la terapia farmacológica del tabaquismo, que se utiliza ampliamente en la práctica asistencial y previsiblemente lo hará cada vez en mayor medida.

El conocimiento de las características farmacológicas de los medicamentos utilizados en el tratamiento del tabaquismo, y en concreto de su perfil de seguridad, es importante para minimizar los riesgos en su utilización y conseguir el éxito del tratamiento. Es especialmente útil en el momento de seleccionar el medicamento más apropiado para cada fumador, ya que hay que considerar las precauciones, contraindicaciones e interacciones de las distintas alternativas. También ayuda a efectuar un seguimiento adecuado del tratamiento instaurado e intervenir eficazmente ante la posible aparición de efectos adversos³⁷.

Los medicamentos utilizados se consideran seguros y sólo excepcionalmente se han asociado a la aparición de efectos adversos graves. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la aparición de efectos adversos en el curso del tratamiento, aunque éstos sean de carácter leve, puede comprometer fácilmente el cumplimiento y conducir a un fracaso terapéutico, dado que los fumadores no se sienten «enfermos» y, por tanto, están poco predispuestos a asumir las «molestias» que se puedan producir³⁸.

Un segundo factor añadido es la dificultad existente para diferenciar los efectos adversos causados por el fármaco utilizado de las manifestaciones del síndrome de abstinencia; es fácil que el paciente e incluso el médico atribuyan al tratamiento farmacológico los síntomas del síndrome de abstinencia, antes que reconocerlos como propios de este síndrome. Por ello, es fundamental que el paciente esté convenientemente informado tanto de los efectos adversos que puede ocasionar el tratamiento como de los síntomas que cabe esperar al dejar de fumar, y participe en la elección del tratamiento con el objetivo de conseguir que el medicamento utilizado sea una ayuda y no un impedimento para conseguir la abstinencia tabáquica.

Existen aspectos relativos a la seguridad de los medicamentos en poblaciones específicas de pacientes que han sido motivo de debate. Así, por ejemplo, la utilización de la terapia sustitutiva con nicotina en pacientes con enfermedades cardiovasculares o en el embarazo son aspectos controvertidos que no están definitivamente resueltos, aunque en el primer caso hay evidencias

que indican que el beneficio de dejar de fumar es mayor que el posible riesgo del tratamiento farmacológico. Por último, otras enfermedades subyacentes que puede tener el paciente como consecuencia de su tabaquismo actúan a su vez como factores de riesgo y pueden conducir a la aparición de manifestaciones clínicas graves. Ello es un factor de confusión que, añadido al de los efectos relacionados con el síndrome de abstinencia, dificulta el análisis de la relación de causalidad entre el uso de estos medicamentos y algunos acontecimientos adversos que se detectan. Este problema fue el que en su día dio lugar al debate entre el uso de parches de nicotina y su posible relación con el infarto de miocardio^{39,40}, y también entre el bupropión y la aparición de complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares graves^{41,42}, y más recientemente con vareniclina⁴³.

Los programas clínicos multicomponente, por su carácter intensivo, permiten valorar el tratamiento farmacológico más adecuado a cada paciente, informarle ampliamente y debatir con él acerca de la necesidad del tratamiento propuesto, de las expectativas que es posible esperar del medicamento y de las alternativas posibles; todo ello con el fin de conseguir la implicación del paciente en la gestión de todo el proceso y especialmente del tratamiento farmacológico, favoreciendo así el cumplimiento terapéutico.

Recientemente se han publicado algunos estudios que, en el caso de la vareniclina, señalan la conveniencia de prolongar los tratamientos farmacológicos hasta los seis meses o el año para evitar las recaídas, y utilizar pautas de dosificación variables, ajustadas a las necesidades del paciente, lo que abre nuevas posibilidades en la adaptación del tratamiento al paciente, tal y como se ha realizado ya en otras áreas terapéuticas, lo que posiblemente pueda contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico y el éxito del tratamiento previniendo las recaídas.

En el momento actual, el tratamiento farmacológico del tabaquismo debe realizarse exclusivamente con los medicamentos considerados por la *Clinical Practice Guideline del Human & Health Service* de los EE. UU. en su edición de 2008¹ como de primera línea, es decir, TSN (parches, chicles, comprimidos, *spray* nasal,

Tabla 6. Matanálisis: tasas de abstinencia y *odds ratio* de los diversos tratamientos farmacológicos para la dependencia de la nicotina frente a placebo a los seis meses de la fecha de abandono (Fiore et al., 2008)

Medicación	Número de brazos	Odds ratio estimadas	Abstinencia (IC 95%)
Placebo	80	1,0	13,8%
MONOTERAPIAS			
Vareniclina (2 mg/día)	5	3,1 (2,5-3,8)	33,2 (28,9-37,8)
<i>Spray</i> nasal de nicotina	4	2,3 (1,7-3,0)	26,7 (21,5-32,7)
TSN en parches a altas dosis (>25 mg) (incluyendo estándar o de larga duración)	4	2,3 (1,7-3,0)	26,5 (21,3-32,5)
Chicles de nicotina (>14 semanas)	6	2,2 (1,5-3,2)	26,1 (19,7-33,6)
Vareniclina (1 mg/día)	3	2,1 (1,5-3,0)	25,4 (19,6-32,2)
Inhalador de nicotina	6	2,1 (1,5-2,9)	24,8 (19,1-31,6)
Clonidina	3	2,1 (1,2-3,7)	25,0 (15,7-37,3)
Bupropión SR	26	2,0 (1,8-2,2)	24,2 (22,2-26,4)
Parches de nicotina (6-14 semanas)	32	1,9 (1,7-2,2)	23,4 (21,3-25,8)
Parches de nicotina (>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)
Chicles de nicotina (6-14 semanas)	15	1,5 (1,2-1,7)	19,0 (16,5-21,9)
TRATAMIENTOS COMBINADOS			
Parches de nicotina (>14 semanas) + chicles o <i>spray</i> nasal de nicotina <i>ad libitum</i>	3	3,6 (2,5-5,2)	36,5 (28,6-45,3)
Parches + bupropión SR	3	2,5 (1,9-3,4)	28,9 (23,5-35,1)
Parches + nortriptilina	2	2,3 (1,3-4,2)	27,3 (17,2-40,4)
Parches más inhalador	2	2,2 (1,3- 3,6)	25,8 (17,4-36,5)
Parches + antidepresivos de segunda generación: paroxetina, venlafaxina	3	2,0 (1,2-3,4)	24,3 (16,1-35,0)
Medicación que no ha mostrado ser efectiva			
Inhibidores de la Recaptación Selectiva de Serotonina (IRSS)	3	1,0 (0,7-1,4)	13,7 (10,2-18,0)
Naltrexona	2	0,5 (0,2-1,2)	7,3 (3,1-16,2)

inhalador), bupropión y vareniclina, cuya utilización es respaldada como evidencia de tipo A; son excepcionales las situaciones que obligan a utilizar alguno de los tratamientos considerados como de segunda línea (clonidina, nortriptilina). La tabla 6 recoge las *odds ratio* de los tratamientos farmacológicos de primera y segunda línea comparados con placebo, y la tabla 7 con parches de nicotina.

Los tratamientos de primera línea son ampliamente discutidos en los capítulos VIII⁴⁴, IX⁴⁵ y X⁴⁶ de este Manual, donde pueden consultarse todos los aspectos relacionados con las indicaciones, contraindicaciones, posología, duración del tratamiento y posibles efectos adversos, así como los resultados que es previsible esperar con cada uno de ellos.

Los médicos deben animar a todos los pacientes que desean realizar un intento serio para dejar de fumar a utilizar tratamiento farmacológico, excepto en aquellos grupos de fumadores en los que exista contraindicación o no exista evidencia de su efectivi-

Tabla 7. *Odds ratio* de las diversas combinaciones de tratamientos para la cesación tabáquica comparadas con parches de nicotina: OR = 1 (modificada de Fiore et al., 2008)

Medicación	Número de brazos	<i>Odds ratio</i> estimadas
Parches de nicotina	32	1,0
TRATAMIENTOS COMBINADOS		
Parches de nicotina (>14 semanas) + chicles o <i>spray</i> nasal de nicotina <i>ad libitum</i>	3	1,9 (1,3-2,7)
Parches + bupropión SR	3	1,3 (1,0-1,8)
Parches + nortriptilina	2	0,9 (0,6-1,4)
Parches más inhalador	2	1,1 (0,7-1,9)
Parches + antidepresivos de segunda generación (paroxetina, venlafaxina)	3	1,0 (0,6-1,7)
MEDICACIÓN QUE NO HA MOSTRADO SER EFECTIVA		
Inhibidores de la Recaptación Selectiva de Serotonina (IRSS)	3	0,5 (0,4-0,7)
Naltrexona	2	0,3 (0,1-0,6)

dad. Por ello, el tratamiento farmacológico es una parte sustancial del tratamiento clínico especializado¹.

La *Clinical Practice Guideline*¹ reconoce que no existe un algoritmo consensuado y ampliamente aceptado para elegir el tratamiento óptimo. La mejor opción es aquella que elija el paciente una vez informado, aunque puede estar condicionada por factores pragmáticos como la comodidad de uso o el factor económico del coste del tratamiento, que muchas veces es determinante. El asesoramiento clínico, manteniendo el respeto a las decisiones del paciente, resulta fundamental.

Cronograma y contenidos del tratamiento clínico especializado *face to face*

Desde una perspectiva clínica, el tratamiento individualizado *–face to face* en terminología anglosajona– es el formato más utilizado por ser el más habitual dentro del modelo asistencial sanitario y el que mejor se ajusta a las expectativas de los pacientes que están acostumbrados a este tipo de asistencia. Este modelo, basado en la relación médico-paciente, favorece la comunicación directa bidireccional y la individualización de la asistencia.

En el caso del tabaquismo, permite mantener una relación más estrecha, basada en la confianza mutua, y garantiza la confidencialidad, aspecto que espera cualquier paciente y que aquí adquiere importancia ya que la mayoría de los fumadores, aunque no se consideran enfermos, viven el abandono del tabaco como un proceso en el que la posibilidad de no conseguir abandonarlo es un fracaso personal que desean mantener en el ámbito de la relación médico-paciente.

El cronograma y el contenido de cada una de las visitas de un esquema habitual de tratamiento especializado se recogen en la tabla 8.

Un tratamiento de estas características se basa en conseguir que el fumador que acude solicitando un tratamiento especializado,

y al que se supone altamente motivado, establezca una fecha concreta de abandono y que durante el periodo de tratamiento intensivo consiga alcanzar la abstinencia total de forma continuada, supere el síndrome de abstinencia durante las primeras semanas o meses, y desarrolle un nuevo estilo de vida sin el recurso del tabaco. Este periodo suele durar tres meses y en la mayoría de las ocasiones corresponde con el final del tratamiento farmacológico y el espaciamiento de las siguientes revisiones, momento que para muchos pacientes resulta crítico.

En este momento es necesario analizar los posibles temores del paciente ante la finalización del tratamiento farmacológico señalando que éste ha cumplido su función y es posible prescindir del mismo manteniéndose abstinentes. Lo mismo sucede respecto al aplazamiento de las siguientes consultas: debe mantenerse abierta la posibilidad de continuar los contactos telefónicos y las visitas presenciales si fuera necesario antes de la cita establecida para los seis meses.

En el supuesto de prolongarse el tratamiento farmacológico para prevenir las recaídas, los controles deberán continuar siendo mensuales al menos hasta los seis meses. Después, puede plantearse la conveniencia de espaciar las consultas en periodos de tres meses aun en el supuesto de que se mantenga el tratamiento farmacológico más allá de los seis meses.

Durante el periodo de mantenimiento, los objetivos son mantener y consolidar la abstinencia y potenciar su autoeficacia para prevenir las recaídas, conservando los cambios en el estilo de vida. En estas revisiones es posible realizar un análisis más detallado de qué son las recaídas, por qué se producen y cómo prevenirlas, aprendiendo cuáles son las situaciones que implican un mayor riesgo, como las situaciones de estrés, las relaciones sociales (con especial atención a aquellas que implican la ingesta de alcohol) o los estados de ánimo negativos. Cuando las recaídas tengan lugar, el paciente debe conocer que dejar de fumar es un proceso de aprendizaje que no tiene por qué fracasar por un consumo puntual y esporádico, a la vez que se le debe explicar que debe evitar ese consumo en el futuro.

Tabla 8. Esquema de un plan normalizado de tratamiento especializado

CALENDARIO DE CONSULTAS	CONTENIDOS DE LAS CONSULTAS
<p>Primera consulta: realización de la historia clínica (en un contexto de entrevista motivacional) y planeamiento terapéutico (primera sesión terapéutica): fijación del plan conductual y del tratamiento farmacológico</p>	<p>FASE DE PREPARACIÓN (HASTA EL DÍA D)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lectura de la información aportada • Registro diario de cigarrillos • Análisis motivacional (lista de motivos) • Establecimiento del día D • Plan de rotura de lazos con el tabaco a realizar hasta el día D • Comunicación pública de la decisión y recabar apoyo familiar y social
DÍA D	<p>PERIODO DE ACCIÓN (DESPUÉS DEL DÍA D)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones para el primer día sin fumar • Recomendaciones para cuando tenga ganas de fumar • Registro diario de abstinencia o consumo • Registro diario de síntomas del síndrome de abstinencia • Llamada telefónica de recordatorio y refuerzo
<p>2.ª consulta (8 o 15 días después de la primera consulta o del día D, según valoración del terapeuta y/o el paciente)</p>	<p>TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de abstinencia • Determinación de CO (u otros marcadores biológicos) en aire espirado • Revisión del registro de abstinencia y del marcador de abstinencia
<p>3.ª consulta (un mes después del día D)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del registro de abstinencia y del marcador de abstinencia • Análisis de la dificultad del proceso
<p>4.ª consulta (dos meses después del día D)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del cumplimiento terapéutico • Entrenamiento en control de estímulos y solución de problemas
<p>5.ª consulta (tres meses después del día D) Consultas opcionales durante este periodo por indicación del terapeuta o por petición del paciente en función de la evolución clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soporte social intratratamiento • Actualización de tratamiento conductual y farmacológico • Prevención de recaídas • Establecimiento siguiente cita
<p>6.ª consulta (seis meses después del día D) Consultas telefónicas o presenciales opcionales durante este periodo por indicación del terapeu-</p>	<p>MANTENIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de abstinencia • Determinación de CO (u otros marcadores biológicos) en aire espirado • Análisis de la dificultad del proceso

CALENDARIO DE CONSULTAS	CONTENIDOS DE LAS CONSULTAS
ta o por petición del paciente en función de la evolución clínica 7.ª consulta (doce meses después del día D) Consultas telefónicas a partir del año por petición del paciente en función de la evolución clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del cumplimiento del plan conductual. Refuerzo en control de estímulos y solución de problemas • Prevención de recaídas • Cambios en estilo de vida (dieta y ejercicio) • Establecimiento siguiente cita (si procede)

Al igual que en las fases anteriores del tratamiento, durante el periodo de mantenimiento se conserva abierto el contacto telefónico tanto para las personas que no acuden a las revisiones programadas a los seis meses o al año como para quienes tengan alguna dificultad en el periodo entre sesiones. La iniciativa respecto de este tipo de contacto puede corresponder al paciente o al clínico.

Además del escenario *face to face*, el escenario grupal y telefónico también se ha mostrado eficaz para llevar a cabo un programa de tratamiento multicomponente del tabaquismo¹.

Con la intervención en grupo se consigue incrementar el nivel de compromiso y, lo que es más importante, establecer una interacción entre los integrantes del grupo que permitirá hacer propias las experiencias de los demás. En ocasiones puede ser un elemento que limite la confidencialidad, por lo que conviene crear la ocasión para que cualquier miembro del grupo pueda tener acceso confidencial a los terapeutas. No es el escenario adecuado para los sujetos con escasas habilidades sociales, que se encuentran limitados e incómodos en grupo.

Para desarrollar los programas de tratamiento en grupo se requiere una infraestructura y unos recursos mínimos adecuados, y además los terapeutas deben tener un entrenamiento específico en el manejo de grupos.

El tratamiento proactivo telefónico constituye una buena opción, facilitando el acceso del fumador al tratamiento intensivo. La eficacia del marco telefónico como ayuda para dejar de fumar se ha

demostrado tanto para suministrar intervención exclusivamente conductual como para complementar materiales de autoayuda, campañas institucionales y tratamientos farmacológicos. Su eficacia en la aplicación clínica en un marco real en nuestro país también ha sido constatada⁴⁷.

En conclusión, los programas de TMT se basan en el uso de distintas herramientas terapéuticas que, de forma sinérgica, actúan sobre todos los elementos implicados en la conducta y dependencia de fumar. Se pueden emplear con todos los fumadores, sin diferencias de género o edad, con o sin patología asociada, relacionada o no con el tabaco. Las instituciones científicas los recomiendan como el tratamiento especializado del tabaquismo y además presentan una buena relación coste-efectividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore M, Jaen CR, Baket TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Smoking cessation. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
2. WHO Evidence Based Recommendations on the Treatment of the Tobacco Dependence. Copenhagen: World Health Organization; 2001.
3. Raw M, McNeill A, West RJ. Smoking cessation guidelines for health care professionals. *Thorax* 1998;53(5):1-19.
4. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-99.
5. Guidance of the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London: National Institute for Clinical Excellence; 2000.
6. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratziau C, Jiménez- Ruiz CA, Nardini S, et al. Task Force recommendations: smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007;29:390-427.
7. Jiménez CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003;39:35-41.
8. Jiménez CA, Riesco JA, Ramos A, Barrueco M, Solano S, De Granda Orive JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008;44(4):213-9.

9. Torrecilla M, Plaza MD, Tabera C. Cinco minutos para el tabaco en la consulta de Atención Primaria: intervención breve e intervención intensiva. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita M, Torrecilla M (eds.). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Euromedice, Ediciones Médicas; 2009.
10. Pérez Trullén A, Álvarez Gutiérrez F. Cinco minutos para el tabaco en la consulta de atención especializada. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita M, Torrecilla M (eds.). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Euromedice, Ediciones Médicas; 2009.
11. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine and addiction. A report of the surgeon general: Rockville: US Department of Health and Human Services; 1988.
12. Schwartz, JL. Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am* 1992;76:451-76.
13. Roztman, C. Tratado de Medicina Interna. Barcelona: Doyma; 1998.
14. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
16. WHO. International classification of diseases (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1991.
17. Robins LN, Helzer JE, Croughan JL, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psych* 1981;38:381-9.
18. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R and DSM-IV. *Addictive Behaviors* 1999;24:155-66.
19. Breslau N, Johnson EO. Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *Am J Public Health* 2000;90:1122-7.
20. Heatherton TF, Kozłowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.
21. Heatherton TF, Kozłowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict* 1989;84:791-800.
22. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, et al. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: implications for nicotine dependence. *Nic Tob Research* 2007;9(4):S555-70.

23. Jiménez CA, Fagerström KO, Iglesias B, Galán MD. Reducción en el consumo del tabaco como paso previo a la cesación. Concepto. Razones que lo explican. *Prev Tab* 2006;8(1):23-7.
24. Stitzer ML. Combined behavioural and pharmacological treatments from smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 1999;1:S181-7.
25. Hughes JR. Pharmacotherapy for smoking cessation. Unvalidated assumptions, anomalies, and suggestions for future research. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(5):751-60.
26. Kottke TE, Battista RN, De Friese GH. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1998;259:2883-9.
27. Maxell PL. Formal smoking cessation programs: Which ones are good? *J Respir Dis* 1998;19:50-5.
28. Bandura A. *Social Learning Theory* Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall; 1977.
29. Niaura RS, Rohsenow DJ, Binkoff JA, Monti PM, Pedraza M, Abrams DB. Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *J Abnorm Psychol* 1988;97:133-52.
30. Shiffman S. Relapse following smoking cessation: a situational analysis. *J Consult Clin Psychol* 1982;50:71-86.
31. Cinciripini PM, Wetter DW, McClure JB, Cinciripini LG. Tobacco outreach education program. Smoking cessation course. The University of Texas M.D. Anderson Cancer Centre, Division of Cancer Prevention, Department of Behavioural Science; 2000.
32. Brown RA. Intensive Behavioural Treatment. En: Barlow DH (ed.). *The Tobacco Dependence Treatment: A guide to best practices*. Nueva York-Londres: The Guilford Press; 2003.
33. Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine Tob Res* 2006;6:739-49.
34. Marlatt, GA, Gordon, JR. Determinants of relapse. Implications for the maintenance of behaviour change. En: Davidson PO & Davidson SM (eds.). *Medicine: Changing health lifestyles: Behavioural*. Nueva York: Brunner/Mazel; 1980.
35. Hughes, JR, Keely, JP, Niaura, RS, Ossip-Klein, DJ, Richmond, RL, Swan, GE. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine Tob Res* 2003;5:13-25.
36. Barrueco M, Jiménez, C, Palomo, L, Torrecilla, M, Romero, P, Riesco, JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabituación tabáquica. *Arch Bronconeumol* 2005;41:135-40.

37. Otero MJ. Efectos adversos del tratamiento farmacológico del tabaquismo. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita M, Torrecilla M (eds). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ediciones ERGON; 2006.
38. Barrueco M, Otero MJ, Palomo L, Jiménez-Ruiz C, Torrecilla M, Romero P, et al. Adverse effects of pharmacological therapy for nicotine addiction in smokers following a smoking cessation program. *Nicotine & Tobacco Research* 2005;7: 335-42.
39. Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:1422-31.
40. Setter SM, Johnson MD. Transdermal nicotine replacement smoking cessation therapy. *Ann Pharmacother* 1998;32:264-6.
41. Medicines Control Agency. Committee on the Safety of Medicines. Zyban (bupropion hydrochloride) safety update. 26 July 2002. Disponible en: <http://www.mca.gov.uk> (Consulta 4/10/08).
42. Ferry L, Johnston JA. Efficacy and safety of bupropion SR for smoking cessation: data from clinical trials and five years of postmarketing experience. *Int J Clin Practice* 2003;57:224-30.
43. Moore TJ, Cohen MR, Furberg CD. Strong Safety Signal Seen for New Varenicline Risks. ISMP. Disponible en: <http://www.ismp.org/quarterwatch/chantixReport.asp> (Consulta 20/11/2008).
44. Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, Amor M, Mayayo M, Cicero A. Tratamiento farmacológico. Eficacia y seguridad de la terapia sustitutiva con nicotina. En: Barrueco M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla M (eds.). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Euromedice, Ediciones Médicas; 2009.
45. Fiore MC, Theobald WE. Tratamiento farmacológico. Eficacia y seguridad de bupropión. En: Barrueco M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla M (eds.). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Euromedice, Ediciones Médicas; 2009.
46. Tonstad S. Tratamiento farmacológico. Eficacia y seguridad de vareniclina. En: Barrueco M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla M (eds.). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Euromedice, Ediciones Médicas; 2009.
47. Carreras JM, Fletes I, Quesada M, Sánchez B y Sánchez Agudo L. Diseño y primera evaluación de un programa de tratamiento de tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *Med Clin (Barc)* 2007;128(7):247-50.

Tratamiento farmacológico: eficacia y seguridad de la terapia sustitutiva con nicotina

Carlos A. Jiménez-Ruiz, Karl O. Fagerström,
Noelia Amor Besada, Marisa Mayayo Ulibarri,
Ana Cicero Guerrero

CONCEPTO

Se define como TSN a la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de cigarrillos y en una cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente como para crear dependencia¹. De esta definición se desprende que la TSN tiene tres características:

- La administración se realiza por una vía distinta al consumo de cigarrillos. Hasta la actualidad se han utilizado chicles, parches transdérmicos, vaporizadores nasales, inhaladores bucales, vaporizadores bucales, comprimidos, bolsitas y tabletas sublinguales.
- La cantidad de nicotina administrada tiene que ser suficiente para evitar la aparición del síndrome de abstinencia. Con cualquiera de las formas de TSN se obtienen niveles de nicotina en plasma superiores a 5 ng/ml.
- La cantidad administrada tiene que ser lo suficientemente baja como para no crear dependencia. Con ninguna de las formas de TSN se llegó a obtener un pico de nicotina tan alto ni tan precoz como el obtenido con el consumo de cigarrillos; por ello, son escasas las posibilidades de crear dependencia con la TSN.

A continuación se expondrán las características más destacables de cada una de las formas de TSN y se comentará su utilización

en los diferentes tipos de fumadores. Al final se abordarán las nuevas formas de uso de este tipo de terapia.

CHICLE DE NICOTINA

Se trata de una pieza de goma de mascar que contiene 2 o 4 mg de nicotina. En el chicle, la nicotina está unida a una resina de intercambio iónico. Mediante la masticación, la nicotina es liberada al interior de la cavidad bucal; gracias a que la resina se combina con los iones sodio y potasio de la saliva, es absorbida a través de la mucosa geniana y alcanza la sangre, desde donde estimula los receptores nicotínicos de las membranas de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. Esta acción sirve para aliviar el padecimiento de los síntomas del síndrome de abstinencia por parte del fumador que está dejando de fumar.

El más reciente metaanálisis publicado ha demostrado una OR de 1,43 (CI 95%: 1,3 a 1,53). Esto supone una excelente cifra de eficacia, teniendo en cuenta que dicho metaanálisis ha estudiado más de 50 ensayos clínicos que incluían a más de 20.000 pacientes². Estas cifras son independientes de la duración de la terapia, de la intensidad de la ayuda psicológica que el paciente reciba y del contexto donde se ha realizado el programa de cesación. Existen pruebas suficientes para recomendar la utilización de chicles de 4 mg de nicotina en fumadores con alta dependencia física en comparación con los de 2 mg, OR: 2,20 (CI 95%: 1,85-3,25)².

El chicle de nicotina debe ser utilizado de forma correcta para conseguir su mayor eficacia. Es imprescindible que la pieza sea introducida en la boca y masticada lentamente hasta que el sujeto sienta un fuerte sabor. En ese momento, la masticación debe detenerse y el chicle se mantendrá entre las encías hasta que el sabor haya desaparecido. La masticación descontrolada del chicle puede conducir a que la nicotina que porta en su interior se libere precipitadamente y no pueda ser absorbida a través de la mucosa orofaríngea; con ello no se produciría el efecto deseado, sino que, por el contrario, sería deglutida y podría ocasionar molestias gástricas, y al ser metabolizada en el hígado perdería sus

propiedades terapéuticas. Se suele recomendar que el sujeto comience a utilizar el chicle incluso una semana antes de dejar definitivamente de fumar. De esta forma, el sujeto aprenderá la correcta utilización del mismo y llegará al momento del abandono sabiendo perfectamente cómo utilizarlo. Además, conviene recordar que la utilización de bebidas ácidas (soda, café, cerveza, etc.) puede disminuir la absorción bucal de nicotina. Por ello, su uso debe ser evitado durante el proceso de masticación y al menos 15 minutos después de finalizar.

La dosis de chicle debe ajustarse al grado de dependencia física del fumador. Para aquellos que consumen menos de 25 cigarrillos diarios o que encienden su primer cigarrillo cuando han pasado más de 30 minutos desde el momento de levantarse, se recomienda la utilización de chicles de 2 mg a dosis de una pieza cada una o dos horas mientras que el sujeto esté despierto. Por el contrario, en fumadores de 25 o más cigarrillos diarios, o que consumen el primer cigarrillo antes de los 30 minutos, se utilizarán chicles de 4 mg de nicotina con pauta similar^{3,4}. La duración del tratamiento debe oscilar entre 8 y 12 semanas. Se recomienda la utilización de chicles durante 8-10 semanas en los fumadores menos dependientes, y en los de mayor grado de dependencia es aconsejable prolongar el tratamiento hasta tres meses. Si bien es cierto que en éstos la utilización de chicles puede llegar hasta los 6-12 meses. La dosis se irá reduciendo progresivamente a partir de las 4-8 semanas de tratamiento^{3,4}.

El chicle es una forma de administración rápida de nicotina (es una de sus características diferenciales). Por un lado, puede ser utilizado de forma puntual con el objetivo de controlar situaciones de *craving* intenso y, por otro, puede ser administrado de forma pautada para conseguir continuos niveles de nicotemia que ayudarán a que el fumador alivie sus síntomas del síndrome de abstinencia. Shiffman et al. demostraron que la utilización de chicles de nicotina reduce de forma significativa el *craving* secundario a la exposición a situaciones de alto riesgo. En su estudio demostraron que la utilización de chicles en estas circunstancias no sólo era eficaz por los condicionantes conductuales (masticación de la goma de mascar), sino que además también lo era por la cantidad de nicotina que suministraba⁵.

En las tablas 1 y 2 se especifican los efectos adversos y las contraindicaciones de la terapia nicotínica.

Tabla 1. Efectos adversos de la TSN

Chicle	Parche	Spray nasal	Inhalador, lozenges y tabletas
Dolor en la articulación temporo-mandibular Mal sabor de boca Flatulencia Náuseas Pirosis Hipo Irritación orofaríngea	Locales: <ul style="list-style-type: none"> • Eritema • Exantema • Eccema • Prurito Sistémicos: <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Insomnio • Sueños vívidos • Palpitaciones • Mareos • Parestesias • Mialgias • Mal sabor de boca 	Rinorrea Irritación nasal Irritación de garganta Lagrimeo Tos	Irritación orofaríngea

Tabla 2. Contraindicaciones comunes y específicas de la TSN

Específicas				
Chicle	Parche	Spray nasal	Inhalador	Lozenges y tabletas
Infección orofaríngea Problemas dentales Lesión de la articulación temporo-mandibular	Psoriasis grave	Rinitis Conjuntivitis Infección orofaríngea	Infección orofaríngea Hiperreactividad bronquial	Infección orofaríngea

Absolutas

- Infarto de miocardio de menos de 4 semanas de evolución
- Angina inestable
- Arritmias cardíacas graves

Comunes

Relativas

- Embarazo
- Lactancia
- Úlcera gástrica activa
- Hipertiroidismo

PARCHE DE NICOTINA

El parche es un dispositivo cargado de nicotina, dispuesto a liberarla a través de la piel cuando es adherido a la misma. Existen dos tipos de parches: unos que liberan nicotina durante 24 horas y que deben ser utilizados durante todo el día, y otros que la liberan durante 16 horas y que deben ser utilizados mientras el sujeto está despierto^{6,7}.

Existen tres tipos de parches de nicotina en el mercado español. Unos y otros se diferencian por las distintas concentraciones de nicotina que tienen y que liberan, por su diferente tiempo de liberación y porque consiguen distintos niveles de nicotemia. La tabla 3 muestra las características de cada uno de ellos⁸⁻¹⁰.

El parche debe ser adherido a una zona limpia de la piel, sin vello, en las extremidades superiores o en el tronco. El parche será colocado todos los días en el momento de levantarse y se retirará ese mismo día al acostarse si el parche es de 16 horas o al día siguiente al levantarse si es de 24 horas de liberación^{6,7}. Es recomendable cambiar todos los días el sitio de colocación del parche para evitar la aparición de efectos adversos locales.

Tabla 3. Tipos de parches de nicotina

Laboratorio	Novartis	Johnson&Johnson	GSK
Tiempo de aplicación	24 h	16 h	24 h
Tamaño en cm ²	30	30	21
	20	20	15
	10	10	7
Contenido total de nicotina	52,5 mg	24,9 mg	114 mg
	35 mg	16,6 mg	78 mg
	17,5 mg	8,3 mg	36 mg
Nicotina total liberada	21 mg	15 mg	21 mg
	14 mg	10 mg	14 mg
	7 mg	5 mg	7 mg

El último metaanálisis demuestra que la OR para la abstinencia con parches de nicotina comparada con los controles ha sido de 1,66 (CI 95%: 1,53-1,81)². Estas cifras son independientes de la in-

tensidad de la ayuda psicológica que el paciente reciba y del contexto donde se ha realizado el programa de cesación. Además, ha sido demostrado que un tratamiento de ocho semanas con parche es tan eficaz como tratamientos más prolongados, y que no existe evidencia suficiente para recomendar la disminución progresiva de la dosis frente al cese brusco^{11,12}. Los parches de 24 horas son tan eficaces como los de 16¹¹.

El parche representa una forma de administración de nicotina lenta y progresiva. El sujeto coloca el parche en cualquier zona de su piel e, independientemente de lo que haga, obtendrá niveles adecuados de nicotina en su sangre. Por ello, es el tratamiento sustitutivo ideal en fumadores que quieren dejar de serlo, sin que sea necesaria una colaboración muy activa por su parte. Esta característica, unida a su fácil utilización y a la escasez de efectos adversos que produce, lo convierten en una de las formas de TSN más utilizadas en el mercado OTC.

Para su correcta utilización, conviene seguir las siguientes recomendaciones^{3,4,13}:

- Los parches de nicotina deben ser utilizados durante un periodo superior a 14 semanas. En fumadores con bajo grado de dependencia, su utilización se podrá limitar a 12 semanas; pero en aquéllos con alto grado o que fracasaron en intentos previos, la utilización debe ser prolongada a más de 14 semanas.
- Los parches deben ser utilizados a dosis altas durante las primeras 4-6 semanas. En el caso de parches de 16 horas, la dosis alta recomendada es la de 25 mg/día, que se consigue con la utilización conjunta de un parche de 15 mg más otro de 10 mg. Para el parche de nicotina de 24 horas, la dosis alta es la de 42 mg/día, que se consigue con la utilización de dos parches de nicotina de 21 mg.
- Se recomienda la utilización de parches de nicotina durante dos semanas antes del día de abandono. La utilización de parches de nicotina preabandono se ha mostrado eficaz y segura. Incrementa significativamente las posibilidades de éxito en comparación con su tradicional forma de uso.

SPRAY NASAL DE NICOTINA

Es un dispositivo formado por un pequeño depósito unido a un sistema de instilación de gotas. La nicotina se encuentra disuelta en una solución salina isotónica a pH neutro, a una concentración de 10 mg/ml.

La nicotina liberada se deposita en la mucosa nasal, que está muy vascularizada, por lo que la absorción es muy rápida (similar a la absorción pulmonar), obteniéndose precozmente un pico de nicotina que imita al que se produce cuando se da una calada a un cigarrillo. Se debe recomendar al paciente que, cuando realice la instilación, las fosas nasales estén permeables y limpias; para que la dosis sea más eficaz, el eje longitudinal de las fosas nasales debe coincidir con el de la botella que contiene la solución con nicotina. Con cada instilación se depositan 0,5 mg¹⁴. Una dosis está compuesta por una instilación en cada uno de los orificios nasales, por lo que con cada dosis el paciente recibe 1 mg.

Se recomienda que el paciente realice tantas aplicaciones como desee, no debiendo sobrepasar los 5 mg/h (10 instilaciones) o los 40 al día (80 instilaciones). Se recomienda que durante tres meses el paciente utilice el *spray* tantas veces como necesite, sin sobrepasar la pauta recomendada. A partir del tercer mes, la dosis se reduce progresivamente para abandonar el tratamiento de forma definitiva entre el sexto y el duodécimo mes. La mayoría de los estudios recomiendan comenzar con 1-2 mg por hora durante las 10-12 primeras semanas¹⁴.

Esta forma de TSN está indicada en fumadores con alta dependencia (7 o más puntos en el test de Fagerström) y cuando se requieran obtener niveles altos de nicotina de forma rápida. El último metaanálisis demuestra que la OR para la abstinencia con *spray* nasal, comparada con los controles, ha sido de 2,02 (CI 95%: 1,49-3,73)².

El principal inconveniente es su capacidad para crear adicción, debido a que se alcanzan precozmente grandes picos de nicotina en sangre. En los pacientes que mantienen la utilización del

spray por encima de los seis meses, aproximadamente el 40% desarrolla dependencia al mismo^{11,12}.

INHALADOR BUCAL DE NICOTINA

Este dispositivo de administración de nicotina se compone de dos piezas: una boquilla y un depósito que contiene 10 mg de nicotina y 1 mg de mentol. La boquilla tiene en uno de sus extremos un biselado especial para adaptarse a la boca del fumador. Con este sistema el aire es saturado con nicotina antes de ser inhalado y se consiguen niveles de nicotina en sangre de forma rápida, aunque menores y más tardíos que los obtenidos con el *spray*.

El último metaanálisis demuestra que la OR para la abstinencia con inhalador bucal de nicotina, comparada con los controles, ha sido de 1,9 (CI 95%: 1,36-2,67)².

Puede ser utilizado realizando una profunda inhalación o bien mediante chupadas poco profundas. Con el primer método la nicotina es absorbida a nivel de los grandes bronquios, y con el segundo la absorción se realiza a nivel de la orofaringe, boca y esófago. Los niveles de nicotina alcanzados con cualquiera de las dos técnicas son similares. Hasta el 80% de los sujetos que han utilizado el inhalador bucal prefieren la forma de absorción bucal por ser más cómoda.

Se recomienda mantener el dispositivo a 15 °C porque la cantidad de nicotina liberada en cada inhalación depende de la temperatura a la que se encuentre el depósito; esto se consigue sosteniendo el depósito dentro de la mano cerrada, sobre todo cuando se está utilizando en ambientes fríos. Cada inhalador es válido para soportar hasta 400 chupadas. No se recomienda utilizar menos de 4 ni más de 20 depósitos al día. Cada depósito debe utilizarse 5 veces, realizando 80 inhalaciones en cada utilización. Se recomienda mantener el tratamiento durante seis meses; a partir del tercer mes es conveniente reducir la dosis en un 25% de depósitos al mes hasta suspenderlo. No debe utilizarse un contenedor que se dejó a medias el día anterior.

La principal ventaja del inhalador bucal es que alivia la dependencia conductual. Trabajos realizados por Rose y Levin demostraron que la estimulación de receptores sensoriales de la faringe y la laringe del fumador por partículas del humo del tabaco podrían contribuir al mecanismo de creación de dependencia del cigarrillo¹⁵; también es conocido que tener un cigarrillo entre los dedos y el hecho de llevarlo a la boca crea una dependencia gestual. En este sentido, el inhalador ayudaría a controlarla. El principal inconveniente es que los niveles de nicotina obtenidos en sangre son menores y más tardíos que los obtenidos con el *spray* nasal.

PASTILLAS DE NICOTINA

Conviene distinguir entre pastillas de nicotina para chupar y lozenges, que también son pastillas pero que no deben ser chupadas, sino que se absorben por vía sublingual.

En cuanto a las pastillas de nicotina para chupar, se trata de unos comprimidos que contienen 1 o 2 mg de nicotina. Su mecanismo de absorción, así como su farmacocinética, son similares a los del chicle de 2 o 4 mg de nicotina. La eficacia de esta forma de TSN ha sido comprobada en un estudio a doble ciego y controlado con placebo. Se detectó que los fumadores que utilizaron pastillas con nicotina tenían doble posibilidad de dejar de fumar que aquellos que utilizaron placebo¹⁶. La dosis recomendada es de 1 a 2 pastillas cada hora mientras el sujeto esté despierto, durante 6-8 semanas, para reducir progresivamente hasta cumplir 1 semana de tratamiento. La principal ventaja de esta forma de TSN es su fácil utilización y la escasez de efectos adversos.

En cuanto a los lozenges, se trata de unos comprimidos que son absorbidos por vía sublingual y que contienen 2 o 4 mg de nicotina. Con esta forma de TSN se obtienen niveles de nicotemia significativamente superiores a los obtenidos con las pastillas. El más reciente metaanálisis demuestra que la OR para la abstinencia con este tipo de terapia, comparada con los controles, ha sido de 2,0 (CI 95%: 1,63-2,45)². Se recomienda la utilización de comprimidos de 2 mg en fumadores que consumen su primer ciga-

rillo cuando han pasado más de 30 minutos desde el momento de levantarse, y los de 4 mg en aquellos que lo hacen antes. La dosis recomendada es de 1 comprimido cada hora o cada dos horas, reduciendo la dosis a partir de la sexta semana hasta la duodécima.

COMBINACIÓN DE DIFERENTES FORMAS DE TSN

Se define como terapia sustitutiva combinada a la utilización por un mismo sujeto de dos vías distintas de administración de nicotina. Generalmente se utiliza el parche de nicotina como vía de administración que produce niveles continuos y constantes de nicotinemía. Para obtener picos de nicotina en momentos puntuales se pueden utilizar otras vías de administración: chicles, *spray* e inhalador bucal de nicotina. Sin duda, este tipo de tratamiento es el que mejor cubre las necesidades de nicotina del sujeto que está dejando de fumar. Por un lado, el parche le proporciona niveles continuos de nicotinemía que le ayudan a combatir los síntomas del síndrome de abstinencia y, por otro, la administración puntual de nicotina mediante el chicle, el *spray* o el inhalador ayudan al sujeto a combatir los momentos en los que el *craving* aparece¹⁷.

La eficacia de la combinación de parches de nicotina y el inhalador bucal de nicotina ha sido estudiada en un reciente metaanálisis. Se ha encontrado que la combinación de estas dos formas de TSN es significativamente más eficaz que la utilización de placebo a los 6 y 12 meses de seguimiento (OR: 2,2 [1,3-3,6]). Sin embargo, cuando se compara la eficacia de esta combinación con la de los parches de nicotina, no se han encontrado diferencias significativas (OR: 1,1 [0,7-1,9])³.

La eficacia de la combinación de parches de nicotina durante más de 14 semanas y chicles o *spray* nasal de nicotina ha sido evaluada en otro metaanálisis. Se ha encontrado que la utilización de la combinación multiplica por 3,6 las posibilidades de dejar de fumar en comparación con placebo (OR: 3,6 [2,5-5,2]). Pero, además, la utilización de la combinación ha demostrado ser significativamente más eficaz que sólo la utilización del parche de nicotina (OR: 1,9 [1,3-2,7])³.

La tabla 4 muestra la eficacia de los diferentes tipos de tratamiento del tabaquismo, con los resultados de diferentes metaanálisis que han sido realizados con distintos ensayos clínicos. En ella se observa que la combinación de parches de nicotina durante más de 14 semanas y chicles o *spray* nasal de nicotina es el tipo de tratamiento que produce unas cifras más altas de abstinencia³.

Tabla 4. Eficacia y porcentajes de abstinencia de los diferentes tipos de tratamiento del tabaquismo, en comparación con placebo, a los seis meses de seguimiento. Resultados de un metaanálisis³

Tipo de terapia	N.º de brazos de estudio	OR	% de abstinencia
Chicle de nicotina	15	1,5 (1,2-1,7)	19 (16,5-21,9)
Parches de nicotina	32	1,9 (1,7-2,2)	23,4 (21,3-25,8)
Inhalador de nicotina	6	2,1 (1,5-2,9)	24,8 (19,1-31,6)
<i>Spray</i> nasal de nicotina	4	2,3 (1,7-3)	26,7 (21,5-32,7)
Parches (más de 14 semanas) y chicles o <i>spray</i>	3	3,6 (2,5-5,2)	36,5 (28,6-45,3)
Vareniclina	5	3,1 (2,5-3,8)	33,2 (28,9-37,8)

La utilización de TSN de forma combinada está indicada en las siguientes circunstancias:

- Fumadores de más de 20 cigarrillos al día.
- Fumadores con 5 o más puntos en el test de Fagerström.
- Fumadores con previos intentos de abandono fallidos, en los que utilizaron sólo una vía de administración de la TSN.
- Fumadores que están dejando de fumar utilizando una única forma de TSN y que, a pesar de ello, padecen *craving* u otros síntomas del síndrome de abstinencia.
- Fumadores que están dejando de fumar utilizando una única forma de TSN y que padecen recaída.

Todos los estudios coinciden en señalar que la combinación de diferentes tipos de TSN por un mismo sujeto no se sigue de efectos adversos significativos²⁻⁴. A pesar de la evidencia científica que sustenta la combinación de diferentes formas de TSN para incrementar la eficacia del tratamiento, manteniendo excelentes niveles de seguridad, las regulaciones legales siguen impidiendo que

esta forma de tratamiento pueda ser especificada en los prospectos de las distintas presentaciones, lo que genera dudas en los pacientes a los que se prescribe un tratamiento combinado de nicotina. Sería muy importante y beneficioso para la salud pública que este tipo de trabas legales, meramente burocráticas y no sustentadas por la evidencia científica, pudieran ser solventadas lo antes posible^{18,19}.

TRATAMIENTO CON TSN EN SITUACIONES ESPECIALES

Este aspecto ha sido abordado en otros capítulos de este Manual. A continuación se exponen algunas situaciones en las que, por razones de edad, patología u otras condiciones fisiológicas inherentes al fumador que está dejando de fumar, se debe utilizar la TSN con ciertas precauciones.

Utilización de TSN en niños y adolescentes

En el momento actual, la evidencia científica que soporta la utilización de TSN en el tratamiento del tabaquismo de jóvenes y adolescentes es escasa (evidencia C)⁴. Recientemente se han publicado algunos ensayos clínicos que analizaban la eficacia de TSN unida a terapia conductual como forma de tratamiento del tabaquismo en adolescentes fumadores y dependientes de la nicotina^{20,21}. Los resultados muestran tasas muy bajas de abstinencia, en torno al 11-18% para el grupo que utilizó parches activos y sólo de un 4,5-5,6% para el que utilizó chicles activos. No obstante, es interesante comprobar que la seguridad de uso de esta medicación en este grupo de fumadores fue similar a la obtenida en fumadores adultos.

Utilización de TSN en embarazadas y lactantes

Del análisis de los estudios realizados se desprenden dos importantes conclusiones. De un lado, los riesgos asociados al consumo de tabaco durante el embarazo son significativamente superiores que los asociados a la utilización de nicotina pura²². Por otro, la utilización de TSN durante el embarazo no ha demostrado ser totalmente inocua tanto para el feto como para la madre. La guía norteamericana no recomienda la utilización de este tipo de tratamiento en fumadoras embarazadas³. No obstante, hacien-

do una adecuada valoración del binomio riesgo/beneficio, sí que parece adecuada la utilización de TSN como ayuda para dejar de fumar a la mujer embarazada con alto grado de dependencia y que no consigue abandonar el tabaco con los tratamientos psicológicos habituales en estas circunstancias⁴.

Utilización de TSN en el tratamiento de fumadores con comorbilidades

La eficacia de la TSN en fumadores con EPOC ha sido analizada en varios ensayos clínicos²³⁻²⁵. Se ha encontrado que tanto parches como chicles son eficaces para ayudar a los fumadores con EPOC a dejar de fumar. No obstante, en estos casos se prefiere la utilización de altas dosis de nicotina y la prolongación del tratamiento durante más de 14 semanas⁴.

Ningún tipo de TSN está contraindicado en fumadores con enfermedad cardiovascular. En estudios realizados en individuos sanos que han utilizado chicle durante cinco años no se ha podido demostrar ningún incremento de las enfermedades cardiovasculares²⁶. Tampoco se han encontrado evidencias de mayor riesgo de alteraciones en el ECG, arritmias, angina o muerte súbita en enfermos cardiovasculares que han utilizado TSN en su proceso de cesación tabáquica. También se señala que la TSN tiene menor riesgo de producir infarto agudo de miocardio que el consumo de cigarrillos²⁷.

La utilización de TSN como forma de tratamiento del tabaquismo en pacientes psiquiátricos fumadores puede ser recomendada con evidencia científica C. En estos casos, se recomienda la utilización de TSN a altas dosis, la prolongación del tiempo de tratamiento durante más de 14 semanas y, en algunas ocasiones, la utilización del método reducción hasta dejarlo (RHD), que, como se verá a continuación, se ha mostrado muy eficaz y seguro^{2,4}.

NUEVAS FORMAS DE USO DE LA TSN

A continuación se exponen los más recientes avances en cuanto a nuevas formas de utilización de la TSN que han demostrado in-

crementar las tasas de éxito y conservar unos adecuados perfiles de seguridad.

Reducción progresiva del número de cigarrillos consumidos al día utilizando chicles de nicotina como paso previo al abandono definitivo del tabaco.

Método RHD

La reducción progresiva en el número de cigarrillos consumidos al día utilizando chicles de nicotina como paso previo al abandono definitivo (método RHD) es un nuevo planteamiento del tratamiento del tabaquismo que se ha mostrado eficaz, seguro y capaz de animar a muchos fumadores a realizar un serio intento por dejar de serlo²⁸.

Durante los últimos años se han realizado un gran número de ensayos clínicos en los que se ha analizado la eficacia de la reducción como paso previo a la cesación completa. Tomando en consideración sus resultados, se observa que reducir el número de cigarrillos consumidos al día no sólo incrementa la motivación para realizar intentos de abandono definitivo del tabaco, sino que también aumenta las posibilidades de conseguirlo (OR: 2,96 [CI 95%: 1,90-4,61])^{29,30}. No obstante, el mantenimiento de una reducción destacada en el consumo diario de cigarrillos es difícil sin ayudarse de tratamiento. Diferentes estudios demostraron que la utilización de TSN no sólo fue significativamente más eficaz que placebo para conseguir una reducción intensa y mantenida del consumo de tabaco, sino que también se encontró que las cifras de abstinencia al cabo del año de seguimiento eran muy superiores en aquellos que obtuvieron reducción utilizando TSN en comparación con aquellos que utilizaron placebo^{31,32}. Dos metaanálisis han confirmado estos hallazgos. El primero, realizado sobre un total de ocho ensayos clínicos, encontró que aquellos fumadores que reducían el consumo de tabaco utilizando TSN multiplicaban por 1,9 sus posibilidades de abandonarlo definitivamente en comparación con los que utilizaban placebo (OR: 1,90 [1,46-2,47])³¹. El segundo, realizado sobre un total de cinco ensayos clínicos, ha encontrado cifras superiores (OR: 2,5 [1,7-3,7])³³.

Existen tres tipos de fumadores en los que estaría indicado un planteamiento terapéutico de esta índole: a) fumadores que no quieren dejar de fumar, pero que se muestran proclives a reducir significativamente el número de cigarrillos consumidos al día; b) fumadores que, queriendo dejar de fumar, encuentran muchas dificultades en conseguirlo y se muestran frustrados ante la idea de abandonar de forma brusca el consumo de tabaco; y c) fumadores que, queriendo dejar de fumar, no quieren hacerlo de forma brusca y prefieren realizar una reducción progresiva del número de cigarrillos que consumen diariamente como paso previo a la cesación completa. La tabla 5 muestra cómo llevar a la práctica clínica un proceso de reducción progresiva del consumo de tabaco como paso previo al abandono definitivo.

Utilización de TSN para obtener abstinencia temporal

Se define un fumador en abstinencia temporal como aquel fumador que, no queriendo dejar de fumar, se ve obligado por diferentes razones a mantenerse abstinentes durante un determinado periodo de tiempo. Existen varios ejemplos: cuando el fumador se encuentra en lugares donde está legalmente prohibido fumar (lugares de trabajo, transportes públicos, algunos bares o restaurantes, etc.) o cuando está rodeado de personas a las que no quiere someter al humo ambiental del tabaco (niños pequeños, mujeres embarazadas, adultos, etc.). No obstante, existen otras dos circunstancias en las que estos sujetos deben mantener abstinencia: cuando están hospitalizados o cuando van a ser sometidos a una intervención quirúrgica.

Un metaanálisis ha encontrado que las intervenciones sanitarias para dejar de fumar que son llevadas a cabo en pacientes hospitalizados y que se prolongan durante al menos un mes después del alta hospitalaria tienen un incremento significativo de la tasa de abstinencia definitiva (OR: 1,65 [1,44-1,90]). Los autores de este metaanálisis concluyen que, aunque la utilización de la TSN no incrementó significativamente las tasas de abstinencia, la evidencia del beneficio de la utilización de la TSN había sido más potente que en el último metaanálisis³⁴.

Tabla 5. Diagrama del método RHD

Fase 1.

- Duración: de 6 a 8 semanas
- Objetivo: Reducir al 50% el consumo de tabaco
- Número de visitas y pauta: seis (visita de inicio y visitas a la primera, segunda, cuarta, sexta y octava semana después del inicio)
- Recomendaciones terapéuticas:
 - Tratamiento psicológico: autorregistros cuantitativos y cualitativos. Reducción pautada y reducción jerarquizada
 - Tratamiento farmacológico: dos cigarrillos deben ser sustituidos por un chicle de nicotina. Aquellos que fuman 20 o menos cigarrillos al día deben utilizar chicles de 2 mg, y aquellos que consumen más de 20 deben utilizar chicles de 4 mg

Fase 2.

- Duración: de 6 a 8 semanas
- Objetivo: abandonar por completo el consumo de tabaco
- Número de vivistas y pauta: tres. Visita a la décima, duodécima y decimosexta semana después del inicio
- Recomendaciones terapéuticas:
 - Tratamiento psicológico: reducción retardada y reducción jerarquizada
 - Tratamiento farmacológico: un cigarrillo debe ser sustituido por un chicle de nicotina

Fase 3.

- Duración: de 2 a 3 meses
 - Objetivo: mantener el abandono del consumo de tabaco y reducir la utilización de TSN
 - Número de visitas y pauta: las recomendadas en los procesos de abandono del tabaco
 - Recomendaciones terapéuticas:
 - Tratamiento psicológico: el habitual de los procesos de abandono de tabaco
 - Tratamiento farmacológico: pautar una reducción progresiva del número de chicles. No obstante, en las primeras semanas y si fuese necesario, se podría incrementar el número de piezas de chicles a utilizar o incluso utilizar parches de nicotina
-

Existen datos, obtenidos en diferentes estudios clínicos, que aseguran que el abandono del consumo de tabaco de 4 a 8 semanas antes de ser sometido a una intervención quirúrgica se sigue de una significativa reducción de la tasa de complicaciones pulmonares, cardiovasculares y de infección de la herida quirúrgica^{35,36}. La utilización de TSN para mantener abstinencia en fumadores

que van a ser sometidos a intervención quirúrgica produce un significativo incremento del número de sujetos con éxito en la abstinencia temporal. Diferentes estudios han señalado unas cifras de RR de 1,38^{37,38}. Además, se sabe que la utilización de TSN para obtener abstinencia temporal en aquellos fumadores que van a ser sometidos a intervención quirúrgica y no quieren dejar de fumar definitivamente se sigue de algunas ventajas. Entre ellas, cabe destacar: a) reducción de la cantidad de monóxido de carbono y en consecuencia mejoría de la oxigenación tisular; b) reducción de la ansiedad e irritabilidad secundaria a la privación nicotínica; c) control de los trastornos EEG que aparecen en la fase de abstinencia; y d) disminución de la necesidad de utilizar analgésicos durante el periodo posoperatorio.

Nuevas vías de administración de la nicotina

Con los actuales tipos de TSN no se llegan a alcanzar picos de nicotemia ni tan rápidos ni tan altos como los que se obtienen con el consumo de un cigarrillo. Esto explica la escasa eficacia de la TSN para controlar los momentos puntuales de *craving* que sufren los fumadores cuando están dejando de fumar y que son una de sus principales causas de recaída. Probablemente, el reto tecnológico más importante sea conseguir un dispositivo de inhalación que pueda condensar moléculas de nicotina en partículas de menos de 0,5 micras de diámetro. De esta forma se alcanzarían fácilmente los alvéolos y así se obtendrían rápidos y altos niveles de nicotemia.

Recientemente se han estudiado algunas nuevas formas de administración: el *spray* bucal, la bolsita de nicotina para colocar debajo del labio superior y chicles de liberación rápida de nicotina. En diferentes estudios, llevados a cabo en fumadores que se mantuvieron abstinentes durante 24 horas, se ha analizado la eficacia de estas nuevas formas de administración en comparación con el chicle de 4 mg para controlar el *craving* y otros síntomas del síndrome de abstinencia. Los participantes utilizaron todos los productos con un periodo de lavado entre ellos. Se encontró que la dosis de 2 mg de nicotina a través del *spray* bucal y la de 4 mg de nicotina en la bolsita para colocar debajo del labio superior reducían de forma significativa más rápidamente el *craving* que

los chicles de 4 mg. Otros estudios están analizando las ventajas de un nuevo chicle que es capaz de eliminar la nicotina en sólo 10 minutos, en comparación con las formulaciones actuales que la eliminan en 25-30 minutos (www.niconovum.se).

Utilización de la TSN en el periodo inmediato al abandono del consumo de tabaco

La utilización de TSN en el periodo inmediato al abandono del consumo de tabaco implica que la administración de nicotina suplementaria se realice entre 15 y 7 días antes del día de abandono del tabaco. Cinco estudios han evaluado la utilización de TSN antes del abandono del consumo de tabaco. Cuatro de ellos han sido ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo, y uno de ellos fue realizado a través de Internet. En todos estos estudios se ha encontrado que la utilización de TSN (chicles y parches de nicotina) antes del día de abandono se correlacionaba con incremento en las tasas de abstinencia, en comparación con la utilización de TSN de la forma clásica. Además, la utilización de TSN antes del día de abandono no se seguía de un incremento de los efectos adversos^{3,13,39,40}.

Combinación de TSN con otras medicaciones para dejar de fumar

La TSN puede ser combinada con otros tipos de fármacos para ayudar a dejar de fumar. Las combinaciones que más han sido utilizadas son las siguientes: parches de nicotina más bupropión, chicles de nicotina más bupropión, parches de nicotina más nortriptilina, parches de nicotina más venlafaxina y parches de nicotina más paroxetina.

Un metaanálisis ha evaluado la eficacia de la utilización conjunta de parches de nicotina con otras medicaciones; la tabla 6 muestra los resultados del mismo³. Sólo un estudio ha analizado la eficacia de la combinación de chicles de nicotina y bupropión. No encontró que la combinación de ambos fármacos mejorara significativamente la tasa de abstinencia con respecto a la utilización de sólo bupropión⁴¹.

Tabla 6. Eficacia y porcentajes de abstinencia obtenidos con la combinación de parches de nicotina y otros fármacos, en comparación con placebo, a los seis meses de seguimiento. Resultados de un metaanálisis

Tipo de terapia	N.º de brazos de estudio	OR	% de abstinencia
Parches más bupropión	3	2,5 (1,9-3,4)	28,9 (23,5-35,1)
Parches más nortriptilina	2	2,3 (1,3-4,2)	27,3 (17,2-40,4)
Parches más paroxetina o venlafaxina	3	2,0 (1,2-3,4)	24,3 (16,1-35,0)

ALGORITMO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA TSN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A continuación se expone un algoritmo para la utilización de la TSN en tres situaciones diferentes que pueden tener lugar en la práctica clínica diaria (figura 1).

Utilización de TSN en fumadores que no quieren dejar de fumar

Se trataría de aquellos casos en los que el sujeto no quiere dejar de fumar pero, por diversas razones, se ve obligado a mantenerse sin hacerlo durante un periodo de tiempo más o menos prolongado. En estos casos se recomienda la utilización de TSN para mantener abstinencia temporal. Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los sujetos siempre deben ser advertidos de la necesidad de abandonar por completo el consumo de tabaco.
- Cuando el fumador se ve forzado a mantener abstinencia temporal por hallarse en lugares donde existe prohibición legal del consumo de tabaco, se puede recomendar la utilización de cualquier forma de TSN siempre y cuando la abstinencia forzada produzca al sujeto *craving* u otros síntomas del síndrome de abstinencia que le ocasionen graves molestias o le dificulten sus relaciones personales. Se preferirá utilizar parches de nicotina en situaciones que se prolonguen por más de 8 a 10 horas, y chicles para aque-

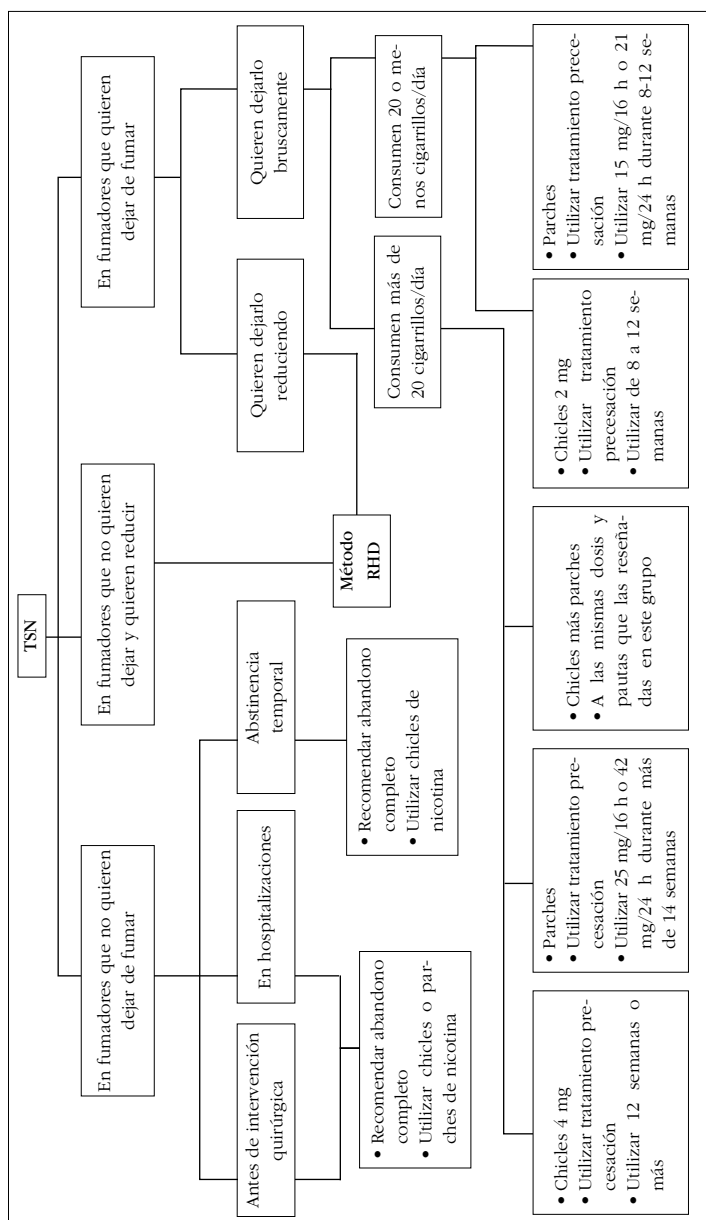


Figura 1. Algoritmo para la utilización de la TSN en la práctica clínica

llos casos en los que la duración de la abstinencia se prevea más corta.

- Cuando el fumador vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, debe ser advertido de la necesidad de abandonar el consumo de tabaco. Si a pesar de ello el sujeto quiere seguir consumiendo cigarrillos, el médico le advertirá de la importancia de que, al menos ocho semanas antes de la intervención, abandone de forma temporal el consumo de tabaco. En estos casos, la utilización de cualquier forma de TSN para mantener la abstinencia temporal está indicada.
- Cuando el fumador está hospitalizado, es un excelente momento para que abandone el consumo de cigarrillos. El profesional sanitario le advertirá de la necesidad de hacerlo y le ofertará todo tipo de ayuda. Si a pesar de ello el sujeto persiste en que quiere seguir consumiendo tabaco, estaría indicada la utilización de cualquier forma de TSN para ayudarle a mantener abstinencia temporal mientras se encuentra hospitalizado.

Utilización de TSN en sujetos que no quieren dejar de fumar, pero que quieren reducir el número de cigarrillos que consumen

Se trata de aquellos casos en los que el fumador se muestra dispuesto a reducir el número de cigarrillos que consume a diario, pero no tiene intención de abandonar definitivamente el consumo de tabaco. En estos casos se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Todos los fumadores deben ser advertidos de la necesidad de abandonar definitivamente el consumo de tabaco.
- El profesional sanitario deberá animar de forma continua al sujeto a que abandone el consumo de tabaco y siempre le advertirá de que la reducción del número de cigarrillos no ofrece ningún tipo de reducción en el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas al consumo de tabaco.
- Se pueden utilizar chicles de nicotina para ayudar a los fumadores a reducir el número de cigarrillos que consumen.

- Es muy conveniente que el médico controle de forma periódica el grado de motivación que el sujeto tiene para realizar un intento de abandono completo de consumo de tabaco.

Utilización de TSN en fumadores que quieren dejar de fumar

En este grupo de sujetos, el profesional sanitario puede ofrecer dos tipos de ayuda: utilización de TSN para reducir el número de cigarrillos como paso previo al abandono completo (método RHD) o utilización de TSN para ayudar a que el sujeto abandone bruscamente el consumo de tabaco.

El método RHD se ha mostrado eficaz y seguro para ayudar a los fumadores a abandonar por completo el consumo de tabaco mediante reducción previa y progresiva.

En aquellos fumadores que se muestren dispuestos a realizar un intento de abandono brusco del consumo de tabaco se puede recomendar la utilización de TSN durante los días previos al de abandono. Se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se recomendará la utilización de chicles de nicotina durante la semana previa al día de abandono en aquellos casos en los que se vaya a utilizar este tipo de medicación durante la fase de abandono. En la fase precesación, los sujetos utilizarán de 4 a 6 chicles diarios de 2 o 4 mg de nicotina que cambiarán por cigarrillos. En la fase de abandono se incrementará el número de chicles o incluso se podrá añadir otra forma de TSN.
- En los casos en los que se vayan a utilizar parches de nicotina durante la fase de abandono, se recomendará la utilización de éstos a lo largo de las dos semanas previas al día escogido para abandonar el hábito. En la fase precesación, los sujetos utilizarán un parche de nicotina de 15 mg/16 h o uno de 21 mg/24 h durante las dos semanas previas al día de abandono. En la fase de abandono se incrementará la dosis de nicotina en el parche o incluso se podrá añadir otra forma de TSN.

Cuando la TSN vaya a ser utilizada en la fase de cesación, se tendrán en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La dosis de chicle debe ajustarse al grado de dependencia física del fumador. Para aquellos que consumen menos de 25 cigarrillos diarios o que encienden su primer cigarrillo cuando han pasado más de 30 minutos desde el momento de levantarse, se recomienda la utilización de chicles de 2 mg a dosis de una pieza cada una o dos horas mientras el sujeto esté despierto. Por el contrario, en fumadores de 25 o más cigarrillos diarios, o que consumen el primer cigarrillo antes de que pasen 30 minutos desde el momento de levantarse, se utilizarán chicles de 4 mg de nicotina con similar pauta^{3,4}. La duración del tratamiento debe oscilar entre 8 y 12 semanas. Se recomienda la utilización de chicles durante 8-10 semanas en los fumadores menos dependientes, y en los de mayor grado de dependencia es aconsejable prolongar el tratamiento hasta tres meses. Si bien es cierto que en éstos la utilización de chicles puede llegar hasta los 6-12 meses. La dosis se irá reduciendo progresivamente a partir de las 4-8 semanas de tratamiento^{3,4}. Otra forma de TSN oral disponible en nuestro país son las pastillas de nicotina. En este caso, la dosis recomendada es de 1 a 2 pastillas cada hora mientras el sujeto esté despierto, durante 6-8 semanas, para reducir progresivamente hasta cumplir 12 semanas de tratamiento.
- Los parches de nicotina deben ser utilizados durante un periodo superior a 14 semanas. Utilizarlos durante 16-24 semanas es muy recomendable. La suspensión precoz del parche de nicotina antes de las 6-8 semanas facilita la recaída. Los parches deben ser utilizados a dosis altas durante las primeras 4-6 semanas. En el caso de parches de 16 horas, la dosis alta recomendada es la de 25 mg/día, que se consigue con la utilización conjunta de un parche de 15 mg más otro de 10 mg. Para el parche de nicotina de 24 horas, la dosis alta es la de 42 mg/día, que se consigue con la utilización de dos parches de 21 mg.
- La utilización de terapia que combine el chicle de nicotina con el parche de nicotina (utilizado durante más de 14 semanas) está muy indicada en el tratamiento de fumadores de más de 20 cigarrillos diarios o que tienen cinco o más puntos en el test de Fagerström.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez CA. Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. *Rev Clin Esp* 1998;198:1599-602.
2. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database System Review* 2008;23(1):CD000146.
3. Fiore MC, Jaen CR, Baker TR, et al. Treating tobacco use and dependence. 2008 update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, US. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
4. Jiménez CA, Riesco JA, Ramos A, Barrueco M, Solano S, de Granda JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008;44(4):213-9.
5. Shiffman S, Shadel WG, Niaura R, Khayrallah MA, Jorembly DE, Ryan CF, et al. Efficacy of acute administration of nicotine gum in relief of cue-provoked cigarette craving. *Psychopharmacology* 2003;166:343-50.
6. Jiménez CA, Granda JI, Solano S, Carrión F, Romero J, Barrueco M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003;39(9):409-18.
7. Fagerström KO, Jiménez CA. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. En: Jiménez CA, Solano S (eds.). *Monografías Neumomadrid. Tabaquismo*. Madrid: 2004. p. 101-10.
8. Shiffman S, Fant R, Buchhalter R, Girchell J, Henningfield J. Nicotine delivery systems. *Expert Opin Drug Deliv* 2005;2(3):563-77.
9. George T, O'Malley SS. Current pharmacological treatment for nicotine dependence. *Trends Pharmacol Sci* 2004;25(1):42-7.
10. Jiménez 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.
11. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. Review.
12. Tonnessen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE-trial. *Eur Respir* 1999;13:238-46.
13. Shiffman S, Fergusson SG. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. *Addiction* 2008;103(4):557-63.

14. Jiménez CA, Cisneros C, Alonso S, Almonacid C, Perelló O, Granada JL, et al. Terapia sustitutiva con nicotina. Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo. Documento técnico de salud pública n.º 60. Madrid: CAM. Consejería de Sanidad 2000;47-75.
15. Rose J, Levin E. Interrelationship between conditioned and primary reinforcement the maintenance of cigarette smoking. *Br J Addiction* 1991;86:605-9.
16. Dautzenberg M. Multicentre controlled study with nicotine pills. 3rd SRNT European Conference. Paris 2001.
17. Shiffman S, Fant R, Buchhalter R, Girchell J, Henningfield J. Nicotine delivery systems. *Expert Opin Drug Deliv* 2005;2(3):563-77.
18. Barrueco M. Tratamiento del tabaquismo: situación actual y perspectivas futuras. *Med Clin (Barc)* 2000;115(9):341-2.
19. Sweeney CT, Fant RV, Fagerstrom KO, MCGovern JF, Henningfield JE. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: rationale, efficacy and tolerability. *CNS Drugs* 2001;15:453-67.
20. Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, et al. Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescents tobacco addiction. *Pediatrics* 2005;115(4):407-14.
21. Hurt R, Croghan GA, Beede SD, Wolter TD, Croghan IT, Patten CA. Nicotine patch therapy in 101 adolescents smokers: efficacy withdrawal symptoms relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:31-7.
22. Melvin CL, Gafney CA. Treating nicotine use and dependence of pregnant and parenting smokers: an update. *Nicotine Tob Res* 2004;6(2):S107-24.
23. Tønnesen P, Mikkelsen KL. Routine smoking cessation with 4 nicotine regimens in a lung clinic. *Eur Respir J* 2000;16:71422.
24. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey W, Buist S, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1: The Lung Health Study. *JAMA* 1994;272:1497505.
25. Tønnesen P, Mikkelsen K, Bremann L. Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD, using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *Chest* 2006;130(2):334-42.
26. Murray PR, Bailey W, Daniels K, Bjoruson WM, Kurnov R, Connett J, et al. Safety of nicotine polacrilex gum used by 3094 participants in the lung health study. *Chest* 1996;109:438-45.

27. Joseph A, Norman S, Ferry L, Prochezke A, Westman E, Steel B, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335:1792-8.
28. Jiménez CA, Fagerström KO. Un nuevo planteamiento del tratamiento del tabaquismo. *Prev Tab* 2006;8(1):1.
29. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tønnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. *Addiction* 2003;98:1395-402.
30. Fagerström KO. Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit. *Respiration* 2005;72:216-20.
31. Batra A, Klinger K, Landfeldt B, Friederich H, Westin A, Danielsson T. Smoking reduction treatment with a 4 mg nicotine gum: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* 2005;78:689-96.
32. Fagerström KO, Tejdning R, Westin A, Lunell E. Aiding reduction of smoking with nicotine replacement medications. Hope for the recalcitrant smokers? *Tobacco Control* 1997;6:311-6.
33. Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Systems Review* 2007;18(3):CD005231.
34. Rigotti N, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database System Review*. Issue 4. 2007.
35. Warner MA, Offord KP, Warner ME, Lennon RL, Conover MA, Jansson-Schumacher U. Role of preoperative cessation of smoking and other factors in post-operative pulmonary complications: a blinded prospective study of coronary artery bypass patients. *Mayo Clin Proc* 1989;64:609-16.
36. Nakagawa M, Tanaka H, Tsukuma H, Kishi Y. Relationship between the duration of the pre-operative smoke-free period and the incidence of post-operative pulmonary complications after pulmonary surgery. *Chest* 2001;120:705-10.
37. Peri-operative smoking control. French Conference of Experts 2005.
38. Teadom A, Cropley M. Effects of pre-operative smoking cessation on the incidence and risk of intraoperative and post-operative complications in adults smokers: a systematic review. *Tobacco Control* 2006;15:352-8.
39. Etter JF, Laszlo E, Zellweger JP, Perrot C, Pemeger TV. Nicotine replacement to reduce cigarette consumption in smokers who are not prepared to quit smoking: a randomized trial. *J Clin Psychopharm* 2002;22:487-95.

40. Herrera N, Franco I, Herrera I, Partidas A, Rolando R, Fagerström KO. Nicotine gum 2 and 4 mg for nicotine dependence. A double blind placebo controlled trial within a behaviour modification support program. *Chest* 1995;108:447-51.
41. Piper M, Federman EF, McCarthy DE, Bolt DM, Smuth SS, Fiore M, et al. Efficacy of bupropion alone and in the combination with nicotine gum. *Nicotine Tob Res* 2007;9:947-54.

Tratamiento farmacológico: eficacia y seguridad de bupropión

Michael C. Fiore, Wendy E. Theobald

INTRODUCCIÓN

Bupropión, el primer tratamiento farmacológico no nicotínico de la dependencia tabáquica, es un antidepresivo monocíclico que ha demostrado aumentar sustancialmente la tasa de éxito en los intentos de abandono del tabaco¹. Desde el punto de vista químico, se relaciona con otros antidepresivos conocidos. Bupropión, de liberación controlada (*Sustained Release*, [SR]), que se introdujo por primera vez en los EE. UU. para el abandono del tabaco en 1997, en la actualidad está autorizado con este fin en más de 50 países².

Desde su introducción, se han publicado numerosos estudios de investigación clínica y otros realizados en la práctica clínica habitual que han confirmado tanto la seguridad del fármaco,²⁻⁵ como su eficacia para el tratamiento de la adicción a la nicotina en distintas poblaciones de fumadores⁶⁻¹⁰. El *National Health Service* (NHS) del Reino Unido y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios autorizaron bupropión SR en el año 2000, dando lugar a una notable demanda de este tratamiento en fumadores europeos. En el año 2002, el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE)¹¹ confirmó la eficacia y la seguridad de bupropión para el tratamiento de la dependencia tabáquica. Estudios de investigación posteriores, realizados en Europa y Norteamérica, han establecido una

amplia base científica y directrices claras para la utilización de bupropión en el tratamiento de la dependencia de la nicotina.

MECANISMO DE ACCIÓN

Bupropión es un antidepresivo monocíclico con una estructura química similar a la del supresor del apetito dietilpropión¹³ y con un intervalo terapéutico estrecho¹⁴. Aunque no se conoce totalmente el mecanismo de acción de bupropión, las investigaciones más recientes están desvelando sus complejas acciones sobre el SNC. Bupropión se metaboliza de manera extensa en tres metabolitos activos: hidroxibupropión, treohidrobupropión y eritrohidrobupropión (figura 1). Hidroxibupropión parece ser el más importante de estos metabolitos por su actividad antidepresiva¹⁵. La concentración plasmática máxima de este metabolito se alcanza aproximadamente seis horas después de su administración, y es 10 veces mayor que la concentración de la sustancia original en el estado de equilibrio estable¹⁶⁻¹⁸. Se ha observado que bupropión se metaboliza por igual en fumadores y no fumadores, y en varones y mujeres¹⁷.

Bupropión parece actuar a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) mediante el bloqueo de la recaptación de dopamina y noradrenalina, comportándose como antagonista no competitivo del receptor nicotínico¹³⁻¹⁹. Es un estimulante central, diferente de las drogas de abuso que se unen al transportador de dopamina (como la cocaína), debido a su baja tasa de ocupación de los receptores y a su persistencia temporal prolongada en los puntos receptores²⁰. Las drogas de abuso pueden ocupar hasta el 75% de los receptores durante un periodo de tiempo generalmente corto; mientras que bupropión sólo ocupa el 25% del sistema transportador de dopamina y persiste a este nivel durante más de 24 horas, según se ha podido demostrar mediante estudios realizados con tomografía por emisión de positrones (PET)^{20,21}. Se piensa que la acción de bupropión sobre el centro de la recompensa del encéfalo simula la de la nicotina y, de esta manera, disminuye los síntomas de la abstinencia de la nicotina^{5,19}.

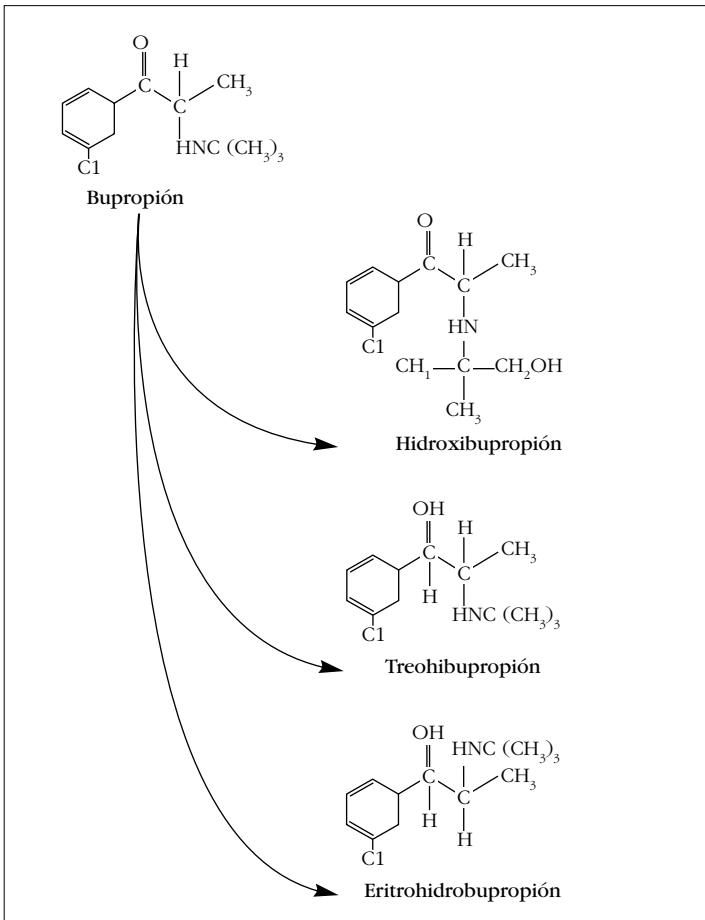


Figura 1. Estructura de bupropión y de sus tres metabolitos principales¹²

DESCRIPCIÓN Y DISPONIBILIDAD

Bupropión es un polvo cristalino, blanco, de sabor amargo, que es muy soluble en agua y puede producir anestesia local de la mucosa oral. Se relaciona químicamente con las feniletilaminas. En España, bupropión (Zyntabac®) está disponible en comprimidos de liberación controlada de 150 mg.

BASE CIENTÍFICA DE SU UTILIZACIÓN EN EL ABANDONO DEL TABACO

La nicotina es una sustancia muy adictiva que produce la dependencia del tabaco, debido a sus efectos sobre los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico, que constituyen el centro de la recompensa del encéfalo. Estos sistemas forman parte del *locus coeruleus* y del sistema dopaminérgico mesolímbico del encéfalo²². Tanto la nicotina como otras drogas de abuso estimulan las recompensas placenteras en el sistema mesolímbico mediante el aumento de la concentración del flujo de dopamina en la corteza del núcleo accumbens, mejorando de esta manera la concentración y el rendimiento²³, y dando lugar a un uso y dependencia continuados de la sustancia²⁴. Se piensa que bupropión actúa de forma similar sobre estos sistemas de recompensa y que su acción, aunque menos intensa que la de la nicotina, es responsable de su eficacia en el tratamiento de la dependencia al tabaco¹⁹⁻²³ (figura 2).

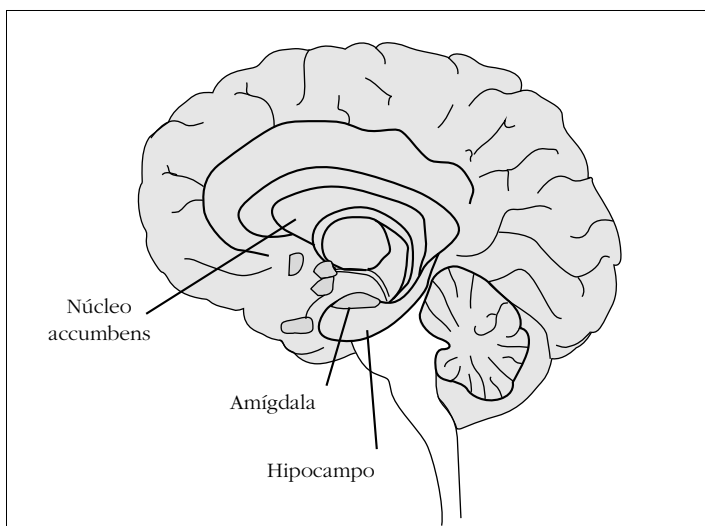


Figura 2. La nicotina estimula las neuronas secretoras de dopamina, que a su vez aumentan la concentración de dopamina en el núcleo accumbens (Balfour, 2004)

EFICACIA

En un metaanálisis compuesto por 24 estudios, se demostró que bupropión SR doblaba la probabilidad de lograr abstinencia del tabaco a largo plazo (más de cinco meses), en comparación con el tratamiento con placebo. Estos resultados son afines a las experiencias obtenidas en otras revisiones independientes y tienen como resultado la siguiente recomendación actualizada en 2008 de la *Clinical Practice Guideline* del *U.S. Public Health Service*: «Bupropión SR supone un tratamiento eficaz para frenar el tabaquismo en pacientes fumadores y debería promoverse su uso entre los mismos»¹, que constituye la recomendación más reciente respecto del tratamiento con bupropión.

ENSAYOS CLÍNICOS

El primer ensayo clínico amplio con bupropión, controlado y aleatorizado, se realizó en 1997 en tres centros de Norteamérica.²⁵ Se asignó de forma aleatoria a más de 600 participantes a un ciclo de siete semanas de bupropión SR 100 mg/día, 150 mg/día, 300 mg/día en dos dosis o un placebo. Se proporcionó un consejo breve de manera semanal durante la fase de tratamiento y en cuatro momentos del año. A todos los participantes se les asignó una fecha de abandono una semana después del inicio de la medicación, y posteriormente se les siguió durante el transcurso de un año. En todos los puntos de seguimiento de este estudio, las tasas de prevalencia de abstinencia puntual fueron mayores en los grupos que recibieron bupropión que en el grupo del placebo (figura 3). A las 52 semanas después del tratamiento, sólo los grupos que habían recibido 150 mg y 300 mg de bupropión mantenían una diferencia estadísticamente significativa respecto al placebo²⁵.

En un segundo estudio, controlado con placebo, doble ciego y que incluyó a 893 fumadores de cuatro zonas diferentes de los EE. UU., se comparó bupropión SR con parche de nicotina, placebo y una combinación de bupropión y parche de ni-

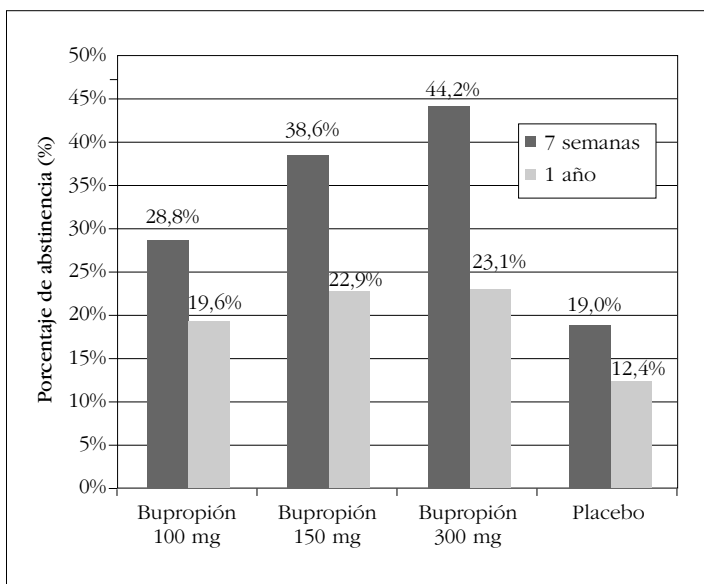


Figura 3. Porcentaje de fumadores de los grupos de bupropión SR 100 mg/día, 150 mg/día, 300 mg/día en dos dosis y placebo que mantenían la abstinencia al final del tratamiento (siete semanas) y después del seguimiento de 52 semanas (Hurt et al., 1997)

cotina²⁶. El periodo de tratamiento fue de nueve semanas, y se fijó la fecha de abandono el octavo día de iniciado el tratamiento. Los pacientes del grupo de bupropión empezaron su tratamiento con una dosis de 150 mg al día durante tres días, aumentando después a 150 mg dos veces al día hasta la semana 9. Los del grupo de tratamiento combinado recibieron un tratamiento simultáneo con un parche de nicotina, 21 mg diarios, comenzando el día previsto de abandono y continuando hasta la semana 8; posteriormente se disminuye a 14 mg al día durante la semana 8 y a 7 mg al día durante la semana 9. Las evaluaciones de seguridad y el consejo de apoyo se realizaron en cuatro momentos después del periodo de tratamiento. Al final del estudio (seis meses), las tasas de prevalencia de abstinencia puntual fueron mayores en el grupo de tratamiento combinado (35,5%) y en el grupo tratado con bupro-

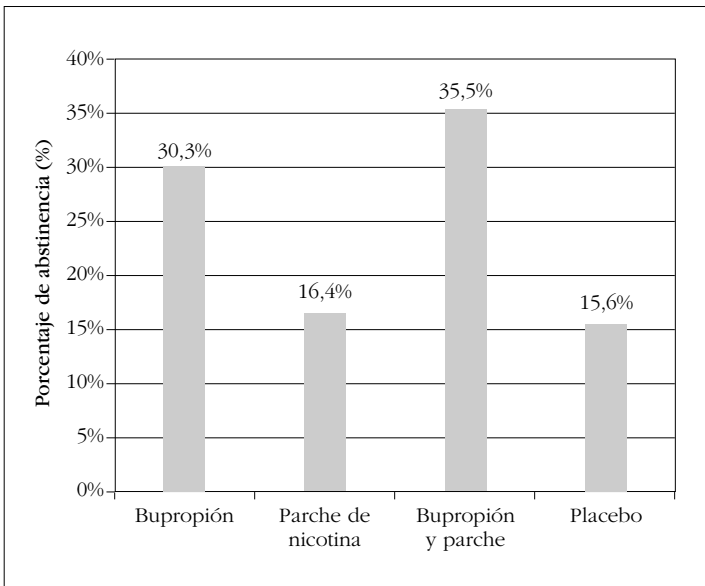


Figura 4. Porcentaje de fumadores con abstinencia puntual confirmada mediante pruebas bioquímicas a los 12 meses de seguimiento después de un tratamiento durante nueve semanas con bupropión SR solo, parche de nicotina solo, bupropión SR y parche combinados, y placebo (Jorenby et al., 1999)

pión solo (30,3%) que en el grupo tratado con parche de nicotina (16,4%) y en el grupo del placebo (15,6%) (figura 4). La abstinencia se confirmó mediante estudios bioquímicos. También se encontró que el grupo de tratamiento combinado había ganado menos peso que los grupos de bupropión solo y de placebo²⁶.

En un análisis posterior de la población de fumadores señalada anteriormente, Smith et al. analizaron la eficacia de bupropión SR en la población de mujeres y en los participantes que tenían antecedentes de depresión, comparando una vez más cuatro situaciones de tratamiento: bupropión SR solo, parche de nicotina solo, bupropión SR más parche de nicotina y placebo²⁷. A los 12 meses, las tasas de abstinencia confirmadas en los grupos de bupropión SR solo y bupropión SR

más parche de nicotina fueron significativamente mayores en ambos sexos que en los grupos tratados con parches de nicotina o con placebo. Bupropión fue especialmente eficaz en mujeres y en pacientes que tenían antecedentes de depresión. En particular, las mujeres que utilizaron bupropión SR consiguieron tasas de abstinencia aproximadamente tres veces mayores que las de mujeres a las que se asignó a los grupos sin bupropión (figura 5). Igualmente, en los grupos tratados con bupropión, tanto los varones como las mujeres con antecedentes de depresión tuvieron tasas de abstinencia confirmada por métodos bioquímicos cuatro veces superiores que los pacientes con un antecedente similar de depresión a los que se asignó a los grupos de placebo o de parche de nicotina (figura 6).

El primer ensayo controlado con placebo, doble ciego, aleatorizado y extenso de Europa se realizó en 509 fumadores franceses a los que se seleccionó en 74 clínicas ambulatorias de Francia²⁸. Se aleatorizó a los participantes a recibir bupropión SR 150 mg dos veces al día o un placebo durante siete semanas, y después se les siguió durante 26 semanas. Los criterios de valoración incluyeron las tasas de prevalencia de abstinencia puntual a los seis meses, así como las tasas de prevalencia continua en las semanas 4 a 7 y 4 a 26. Todos los criterios de valoración de la eficacia fueron significativos en el grupo de bupropión. Las tasas de prevalencia de abstinencia puntual al final del tratamiento fueron del 48% para el grupo de bupropión y del 24% para el grupo de placebo. Esta diferencia persistió a los seis meses, con una abstinencia del 31 y el 16% para bupropión y placebo, respectivamente, presentando una OR de 2,3 en los pacientes con bupropión. Las tasas de abstinencia continua fueron similares a las semanas 4 y 26, con una tasa de abstinencia del 25% en el grupo del bupropión y de 13% en el grupo de placebo²⁸ (figura 7).

Un segundo ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego controlado con placebo y bupropión, y extenso, se realizó en Dinamarca, y en el se incluyeron 336 trabajadores de cinco hospitales⁹. Se aleatorizó a los participantes a dos grupos de tratamiento:

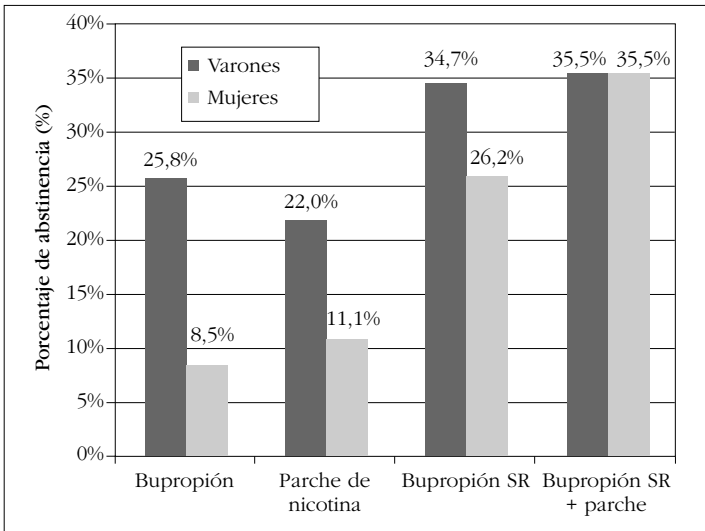


Figura 5. Tasa de prevalencia de abstinencia puntual confirmada bioquímicamente a los 12 meses de seguimiento por grupo de tratamiento y sexo (Smith et al., 2003)

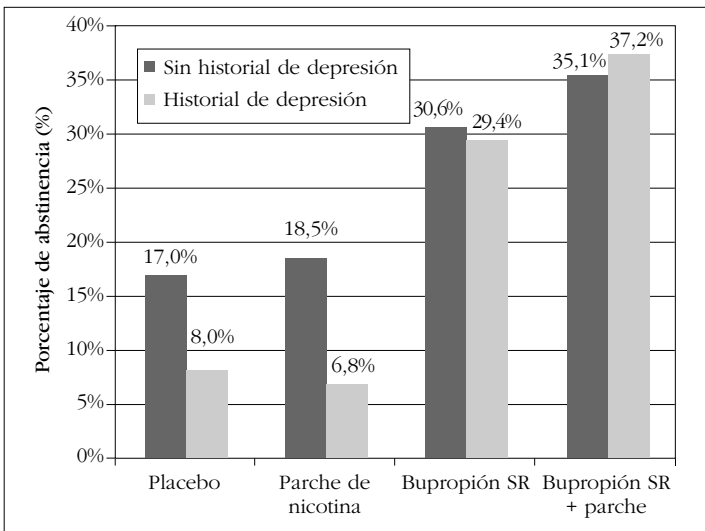


Figura 6. Tasa de prevalencia de abstinencia puntual confirmada bioquímicamente a los 12 meses de seguimiento por grupo de tratamiento y antecedente de depresión (Smith et al., 2003)

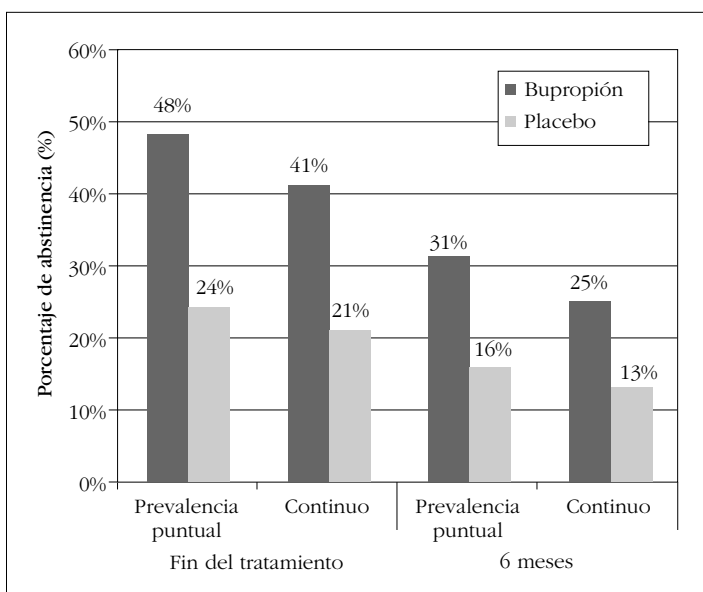


Figura 7. Porcentaje de fumadores con una prevalencia de abstinencia puntual y de abstinencia continua confirmada bioquímicamente al final del tratamiento (7 semanas) y después del seguimiento de seis meses con bupropión SR o con un placebo (Aubin et al., 2004).

uno que tomó bupropión SR 150 mg al día, tres días, y después 150 mg dos veces al día, durante un total de siete semanas; y otro grupo que fue tratado con placebo. La abstinencia continua, que se definió como «no haber fumado una sola calada», fue el principal criterio de valoración; y la prevalencia de abstinencia puntual, que se definió como «no haber fumado el día de la visita y de la consulta», fue el criterio de valoración secundario. Los investigadores también midieron la abstinencia con «deslices», permitiendo que hubiera intervalos de consumo de tabaco de no más de seis días, en un periodo de nueve días consecutivos en total, durante el periodo de estudio. La abstinencia se confirmó con estudios bioquímicos. Las tasas de prevalencia de abstinencia, tanto continua como puntual, fueron significativamente mayores en el grupo tratado con bupropión (figura 8). Cuando se consideraron los participantes que tuvieron periodos de consumo

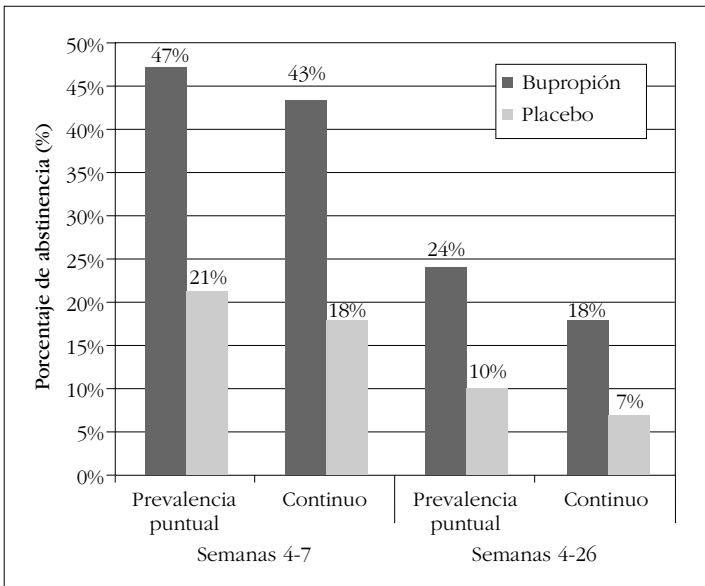


Figura 8. Porcentaje de fumadores que presentan abstinencia puntual y abstinencia continua confirmada bioquímicamente durante las semanas 4-7 y las semanas 4-26 en los grupos tratados con bupropión y placebo (Dalsgarth et al., 2004)

de tabaco, pero que posteriormente lo abandonaron, las tasas de abstinencia del grupo tratado con bupropión fueron superiores: del 60 frente al 32% en el grupo tratado con placebo⁹.

Ensayos realizados en las condiciones clínicas habituales

Holmes et al. realizaron una revisión reciente de las tasas de abandono en la clínica asistencial habitual en pacientes que tomaron bupropión para el abandono del tabaco²⁹. Se recogieron datos de eficacia de ensayos de bupropión SR que incluían ensayos de práctica clínica, estudios y encuestas observacionales, programas de apoyo motivacional y programas de abandono realizados en el centro de trabajo. Los autores señalan que las tasas de prevalencia de abstinencia puntual a los seis meses variaron

entre el 25 y el 49%, tasas que son similares a las obtenidas en los ensayos clínicos.

El estudio realizado en Canadá por Paluck et al³⁰. evaluó la efectividad del bupropión, indicado para tratar el tabaquismo como parte de la práctica clínica habitual (n = 205). La tasa de abstinencia puntual a los 12 meses, confirmada mediante pruebas bioquímicas, fue del 21%, y la abstinencia continuada que comunicaron los propios participantes en el estudio fue del 20%.

Ensayos clínicos con poblaciones especiales

En la actualidad, se están realizando estudios de investigación sobre la seguridad y la eficacia de bupropión en grupos de pacientes que tienen diferentes situaciones o enfermedades. Algunos de los resultados conocidos se exponen a continuación.

Embarazo

Un pequeño número de estudios han analizado la utilización de bupropión durante la gestación para ayudar al abandono del tabaco, aunque actualmente se están realizando diversos estudios y registros sobre la utilización de bupropión en embarazadas cuyos resultados se exponen a continuación.

Un estudio prospectivo canadiense fue el primero en seguir a 136 mujeres que habían estado expuestas a bupropión en el primer trimestre de su embarazo³¹, para evaluar el resultado final de éste. El grupo de bupropión se comparó con un grupo de mujeres embarazadas que tomaban otros antidepresivos y un grupo que no había estado expuesto a ningún teratógeno conocido durante la gestación. No se observaron diferencias significativas entre los tres grupos en cuanto a recién nacidos vivos, malformaciones importantes, mortinatos, peso al nacimiento, edad gestacional en el momento del parto ni muerte neonatal. Se observó una diferencia significativa entre el grupo de mujeres expuestas a bupropión y el grupo que no había tenido exposición a teratógenos en cuanto a los abortos espontáneos (el

15,4 frente al 6,7%). Sin embargo, un análisis adicional posterior no mostró ninguna diferencia significativa entre los abortos espontáneos del grupo de bupropión y del grupo que había tomado otros antidepresivos (el 15,4 frente al 12,3%)³¹.

Un segundo estudio, realizado también en Canadá, evaluó la eficacia de bupropión para el abandono del tabaco durante la gestación³². Se compararon 22 fumadoras embarazadas que habían tomado bupropión con 22 fumadoras embarazadas que no lo habían tomado. Se apareó a las participantes por el número de cigarrillos consumidos al día antes de la gestación y la puntuación en el test de Fagerström. Las dosis de bupropión variaron desde 150 hasta 300 mg/día. Las tasas de abandono observadas fueron del 45% en el grupo de mujeres tratadas con bupropión y del 13,6% en el grupo control. Todas las mujeres de ambos grupos dieron a luz a lactantes sanos a término³².

Actualmente, Chan et al. están realizando un estudio que emplea un registro mundial de embarazos que mantiene GlaxoSmithKline. Este estudio observacional prospectivo incluye a 450 mujeres³³ y hará un seguimiento de la exposición gestacional a bupropión durante los tres trimestres del embarazo. Un informe preliminar de este estudio epidemiológico no indica que haya aumento del riesgo de malformaciones congénitas, asociado específicamente a la utilización de bupropión durante el primer trimestre de la gestación, en comparación con el uso de otros antidepresivos³⁴. Un estudio reciente, que tomó como base el registro mundial de embarazos que mantiene GlaxoSmithKline, no señaló ningún aumento en la prevalencia de las malformaciones relacionadas con la exposición a bupropión en el primer trimestre con respecto a los grupos con otros tratamientos antidepresivos o los grupos que tomaron bupropión en periodos diferentes a este primer trimestre³⁵. En la actualidad se está realizando un segundo estudio prospectivo, el *Mother Risk Program*, en Toronto (Canadá). Ninguno de estos estudios ha descrito hasta ahora la aparición de convulsiones en mujeres embarazadas que tomaban bupropión.

Como los estudios de investigación sobre bupropión y la gestación siguen siendo escasos, Benowitz et al. recomiendan un abordaje de «riesgo frente a beneficio» sobre la utilización de bupropión durante la gestación³⁶. Estos autores recomiendan:

1. Se debe considerar el tratamiento con bupropión en las mujeres que no pueden abandonar el tabaco utilizando intervenciones conductuales.
2. Como la principal preocupación por la utilización de bupropión son las convulsiones, los profesionales sanitarios deben observar las mismas contraindicaciones que en las adultas no embarazadas.
3. Bupropión está contraindicado en las mujeres que tengan antecedentes de preeclampsia, y se debe interrumpir en mujeres que presenten cualquier signo de preeclampsia o cualquier otra enfermedad que la predisponga a convulsiones.
4. Bupropión está contraindicado en mujeres embarazadas con trastornos de la alimentación o con náuseas y vómitos intensos.
5. Los datos sobre el resultado de la gestación se deben notificar al registro de gestaciones de GlaxoSmithKline (Teléfono 1-800-336-2176) o al *Mother Risk Program* (Teléfono 1-800-670-6126).

La *U.S. Public Health Service 2008 Guideline Update* recomienda que, siempre que sea posible, se ofrezca a las fumadoras embarazadas intervenciones psicosociales personales que superen el nivel mínimo de asesoramiento para abandonar el consumo.

Fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Dos ensayos clínicos extensos han evaluado la eficacia de bupropión SR en pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o con riesgo de EPOC.

En un ensayo controlado con placebo, aleatorizado y doble ciego, realizado en los EE. UU., se asignó a 404 participantes

diagnosticados de EPOC leve a moderada para recibir bupropión SR 150 mg dos veces al día o un placebo durante 12 semanas³⁷. Todos los participantes fumaban 15 o más cigarrillos al día, y tenían en promedio un antecedente de tabaquismo de 51 paquetes-año. En el seguimiento de los primeros seis meses, el grupo de bupropión tuvo unas tasas de prevalencia de abstinencia puntual, confirmada bioquímicamente, superiores a las observadas en los pacientes del grupo tratado con placebo (23 frente a 16%), y mayores tasas de abstinencia continua el grupo de placebo (16 frente a 29%). Bupropión se toleró bien en este grupo, atenuó los síntomas de deseo compulsivo (*craving*) y abstinencia, y demostró un perfil de seguridad favorable³⁷.

Un segundo ensayo aleatorizado y controlado con placebo, realizado en los Países Bajos, compara la eficacia de bupropión SR con nortriptilina y un placebo para el abandono del tabaco en 255 adultos con riesgo de EPOC o con EPOC⁷. Se asignó aleatoriamente a los participantes a 150 mg de bupropión SR dos veces al día, nortriptilina 75 mg una vez al día o un placebo durante 12 semanas. El principal criterio de valoración, la tasa de abstinencia prolongada, se definió como cero cigarrillos (ni siquiera una calada) desde la semana 4 a la 26, y se confirmó mediante la declaración del paciente y la medición de la cotinina urinaria las semanas 4, 12 y 26. Bupropión SR mostró tasas de abstinencia prolongada significativamente mayores que el placebo (27,9 frente a 14,6%) en pacientes diagnosticados de EPOC, pero no en los pacientes que tenían riesgo de EPOC. Nortriptilina también dio lugar a una tasa de abstinencia significativamente mayor que el placebo (25 frente a 14,5%), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa⁷.

Fumadores con enfermedad cardiovascular

En la actualidad, se dispone de más información sobre la seguridad y la eficacia de bupropión para el abandono del tabaco en pacientes con Enfermedad Cardiovascular (ECV). Algunos de estos datos se exponen a continuación.

Tonstad et al. realizaron el primer ensayo multicéntrico, aleatorizado y controlado con placebo, con más de 600 pacientes europeos diagnosticados de ECV³⁸. Casi la mitad de los participantes habían tenido un infarto de miocardio más de tres meses antes del estudio. Se incluyeron participantes de 10 países y se les asignó de manera aleatoria a bupropión SR 150 mg dos veces al día o un placebo durante siete semanas, y después se les siguió durante 52 semanas. La abstinencia continua del grupo de bupropión fue más del doble que la del grupo tratado con placebo desde la semana 4 a la 26 (27 frente a 11%) y desde la semana 4 a la 52 (22 frente a 9%). Igualmente, la prevalencia de abstinencia puntual fue significativamente mayor en el grupo de bupropión en las ocho evaluaciones puntuales que se realizaron. A las 50 semanas, la tasa de abstinencia puntual fue del 27% para bupropión y del 12% para el placebo. Los autores encontraron que los participantes toleraron bien bupropión SR y que su perfil de seguridad era similar al que se observó en la población general. Sólo el 6% de los participantes con ECV interrumpieron el tratamiento debido a efectos adversos, una tasa similar a la que se observó en los participantes que tomaron placebo³⁸.

Un estudio reciente de Hubbard et al. analizó datos de 9.329 pacientes incluidos en la base de datos de la *Health Improvement Network* a los que se había prescrito bupropión. Utilizando el método de la serie de casos con controles propios, se estimó la incidencia relativa de muerte súbita en los primeros 28 días de tratamiento con bupropión. El número total de persona-tiempo en los primeros 28 días de tratamiento con bupropión fue igual a 17.586 años, y se notificaron 121 muertes durante este periodo. Dos personas murieron en los primeros 28 días de tratamiento, que fue menos de lo esperado, en comparación con el restante periodo de observación por un cociente de incidencia de 0,50 (IC 95%: 0,12 a la 2,05). Los autores concluyeron que no había aumento del riesgo de muerte súbita asociado a bupropión³⁹.

Un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado por placebo y realizado en cinco hospitales de EE. UU. por Rigotti et al⁴⁰, va-

loró la seguridad y la eficacia de bupropión de liberación controlada (300 mg), comparado con el uso de placebo durante 12 semanas, en 248 fumadores ingresados por ECV grave. Junto con bupropión, los pacientes recibieron asesoramiento para abandonar el tabaco durante 12 semanas una vez recibida el alta. Las tasas de abstinencia validadas para el grupo de bupropión y placebo, respectivamente, fueron del 37,1 frente al 26,8% a los tres meses, y del 25 frente al 21,3% a los 12 meses. No se observaron diferencias en la mortalidad. Los autores concluyeron que bupropión era más efectivo que el asesoramiento intensivo para aumentar las posibilidades de abandonar el tabaquismo a corto plazo.

También se ha evaluado la tolerabilidad y la seguridad cardiovasculares de bupropión en una formulación de liberación inmediata, utilizando datos electrocardiográficos obtenidos de ensayos de pacientes deprimidos tratados con bupropión^{41,42}. Estos estudios no mostraron ninguna asociación entre bupropión y las muertes debidas a los efectos cardiovasculares del fármaco. En un estudio de 36 pacientes diagnosticados de depresión mayor con deterioro asociado del ventrículo izquierdo, bupropión no produjo ninguna complicación significativa de la conducción, no empeoró las arritmias ventriculares, tuvo una baja tasa de hipotensión ortostática y no tuvo ningún efecto sobre la frecuencia del pulso⁴³.

Fumadores con depresión u otros trastornos psicológicos

Se ha evaluado bupropión como tratamiento para el abandono del tabaco en pacientes con trastornos psiquiátricos y psicológicos, porque esas enfermedades con frecuencia se asocian a tasas elevadas de tabaquismo⁴⁴.

Un amplio ensayo de abandono del tabaco, aleatorizado y controlado con placebo, incluyó 500 participantes de dos centros de los EE. UU., y analizó los efectos a corto y largo plazo sobre la depresión después de un tratamiento de 10 semanas con bupropión⁴⁵. Todos los participantes recibieron consejo para el abandono del tabaco y se les aleatorizó a 150 mg de bupropión

dos veces al día o a un placebo durante 10 semanas. Los fumadores tratados con bupropión, que tenían una elevada dependencia a la nicotina, mostraron mayores descensos de los marcadores de depresión subclínica que los fumadores que recibieron el placebo. Este grupo también mostró la posibilidad de desarrollar síntomas de rebrote de la depresión cuando se interrumpió el tratamiento con bupropión⁴⁵. Un estudio multicéntrico anterior de Hayford et al. encontró que bupropión SR es eficaz para el abandono del tabaco en pacientes con antecedentes de depresión mayor y alcoholismo⁴⁶.

Diversos estudios han investigado la utilidad de bupropión para el abandono del tabaco en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, población en la que la prevalencia de tabaquismo varía entre el 74 y el 90%. Evins et al. han realizado un estudio en 53 pacientes con esquizofrenia, aleatorizado, tratados durante 12 semanas con bupropión SR 300 mg al día o placebo⁴². Todos los participantes recibieron simultáneamente terapia conductual. Los pacientes que habían sido tratados con bupropión tuvieron tasas más elevadas de abstinencia puntual al final del tratamiento (16 frente al 0%), aunque este hallazgo no se mantuvo después de la interrupción del tratamiento con bupropión⁴⁷.

Un reciente ensayo doble ciego, controlado con placebo y de 10 semanas de duración, que utilizaba bupropión (300 mg/día) conjuntamente con parches de nicotina (21 mg/24 horas) en 58 pacientes ambulatorios fumadores con esquizofrenia, descubrió que el bupropión era bien tolerado y que mejoraba de forma significativa las tasas de abstinencia a corto plazo, aunque no las tasas a largo plazo⁴⁸.

Adolescentes fumadores

Recientemente se han realizado algunos estudios para determinar la eficacia de bupropión en el tratamiento de adolescentes dependientes de la nicotina. Estos estudios han sido realizados en grupos reducidos de adolescentes, y sus resultados se exponen a continuación.

Niederhofer et al. realizaron un estudio en 22 adolescentes austriacos (de 16-19 años de edad) que tenían dependencia a la nicotina según los criterios del DSM-IV, aleatorizados para recibir bupropión 150 mg al día o placebo durante 90 días. El tratamiento farmacológico se acompañó de un tratamiento conductual de apoyo al abandono del tabaco. Los pacientes del grupo de bupropión consiguieron mayores tasas de abstinencia al final del tratamiento que el grupo tratado con placebo (55 frente a 18%). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación con los efectos adversos⁴⁹.

En otro ensayo amplio, realizado por Killen et al., con 211 adolescentes escoceses, a los que se asignó de forma aleatoria para recibir tratamiento con bupropión SR 150 mg al día más parche de nicotina o placebo más parche de nicotina⁵⁰, junto con clases semanales de asesoramiento para la obtención de habilidades para dejar de fumar, no se observó ninguna diferencia significativa entre las tasas de abstinencia de ambos grupos; aproximadamente el 25% de cada grupo mostraba abstinencia la semana 10, y el 8% de cada uno de los grupos mostraba abstinencia la semana 26⁵⁰.

Es conocido que los adolescentes metabolizan bupropión a velocidades más rápidas que los adultos. Una revisión reciente de la farmacocinética de bupropión en una muestra reducida de 19 adolescentes (de 11-17 años), a los que se trató por TDAH (Transtorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) o depresión, demostró que los factores relacionados con el desarrollo se deben considerar cuando se prescribe bupropión SR a este tipo de población. Los jóvenes de este estudio recibieron tratamiento con 100 o 200 mg de bupropión SR una vez al día durante 14 días. Los participantes que pesaban más, tenían una complexión más corpulenta y eran más maduros desde el punto de vista del desarrollo (de acuerdo con los estadios de Tanner) mostraron un metabolismo más lento y una mayor acumulación de los metabolitos de bupropión. En jóvenes más delgados, más pequeños y menos maduros, desde el punto de vista del desarrollo, bupropión se transformó rápidamente en sus metabolitos. Aunque la administración única cada 24 horas se

toleró bien en este último grupo, los autores proponen que la administración dos veces al día puede estar más justificada en todos los jóvenes, particularmente a dosis totales de 200 mg o mayores⁵¹.

Best et al. realizaron un estudio en 312 adolescentes a los que se les administró un placebo, 150 mg/día de bupropión o 300 mg/día de bupropión de forma aleatoria⁵². Las tasas de abstinencia puntual de siete días durante seis semanas, confirmadas con determinaciones de cotinina, fueron del 5,6% con placebo, del 10,7% con 150 mg de bupropión y del 14,5% en los tratados con 300 mg de bupropión. Tras 26 semanas, las tasas de prevalencia puntual confirmada habían disminuido más en los tratados con placebo (10,3%) y 150 mg de bupropión (3,1%) que en los tratados con 300 mg de bupropión (13,9%). Los autores también descubrieron una elevada tasa de recaídas una vez suspendido el tratamiento.

PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS

La prevención de las recaídas sigue siendo un problema importante de cara a lograr que los fumadores que han conseguido abandonar el tabaco se mantengan abstinentes durante periodos prolongados de tiempo o de forma indefinida. La mayoría de los pacientes que abandonan el tabaco recaen en pocas semanas⁵³, y el fantasma de la recaída sigue siendo una amenaza para mantener la abstinencia durante años después de que un fumador haya abandonado el tabaco^{54,55}. Por ello, diversos investigadores han estudiado la posibilidad de retrasar el fallo o la recaída del consumo de tabaco durante el mayor tiempo posible. A continuación exponemos los principales hallazgos de este tipo de estudios.

Un ensayo en fase cuatro de Hays et al.⁵⁶, aleatorizado y controlado con placebo, investigó la eficacia de un tratamiento con bupropión a corto y largo plazo para la prevención de las recaídas. Se incluyeron participantes de cinco estados norteamericanos (n = 784), a quienes se realizó seguimiento durante dos años. Después de una fase de selección, todos los

participantes recibieron 150 mg de bupropión dos veces al día, durante siete semanas. Posteriormente, se aleatorizó a los participantes a seguir tratamiento con bupropión SR 150 mg dos veces al día o con placebo durante otras 45 semanas. El seguimiento continuó durante un año después de la finalización del tratamiento. Los autores señalaron que la media del tiempo transcurrido hasta la recaída de los fumadores tratados con bupropión fue significativamente mayor que la de los participantes a los que se trató con placebo (156 días frente a 65 días).

En un reciente análisis retrospectivo del estudio de Hays, se comparó un análisis de «deslices permitidos» (fumar durante no más de seis días consecutivos antes de cualquier visita a la consulta y durante no más de nueve días durante un periodo de 52 semanas) con un análisis más conservador de la abstinencia continua (no se permiten deslices, ni siquiera una sola calada). El análisis de las curvas de supervivencia, utilizando las medidas de «deslices permitidos», mostró tasas de recaída significativamente menores en el grupo tratado con bupropión que en el tratado con placebo. La media del tiempo transcurrido hasta la recaída fue de 65 semanas con bupropión y de 30 semanas con placebo. El análisis conservador, que no permitía deslices, señaló 32 semanas frente a 20 semanas para la recaída en los grupos de bupropión y placebo, respectivamente. Los autores concluyen que las mediciones de la abstinencia de «deslices permitidos» pueden ser clínicamente más realistas, además de relevantes⁵⁷. Este estudio indica que, además de su eficacia para el abandono del tabaco, bupropión parece ser más eficaz en los fumadores que experimentan periodos de fallo después de reiniciar la abstinencia.

Un estudio multicéntrico alemán evaluó el tratamiento con bupropión en 365 fumadores que habían tenido una recaída del tabaquismo de al menos 20 cigarrillos al día durante los tres meses posteriores a un intento fallido de abandono. Los pacientes recibieron 300 mg de bupropión SR al día durante siete semanas, junto a cuatro sesiones de consejo motivacional. La tasa de abstinencia puntual en la semana 26 fue del 30,5%, y

los que habían recaído habían reducido significativamente el consumo de cigarrillos desde 26,9 cigarrillos de media hasta 10,3 cigarrillos al día⁵⁸.

También se ha encontrado que bupropión es eficaz para la prevención o el retraso de las recaídas en fumadores con y sin antecedentes de depresión⁶.

Deseo compulsivo (*craving*)

El deseo compulsivo de fumar se ha asociado repetidamente a la recaída, y los investigadores siguen analizando la base del deseo compulsivo^{59,60} y las estrategias posibles para controlar los deseos súbitos de fumar que producen las recaídas. Varios estudios recientes han analizado el efecto de bupropión sobre el deseo compulsivo de fumar.

Durcan et al. estudiaron este deseo compulsivo y la recaída en los participantes del estudio de Hays et al. Los pacientes que tuvieron recaídas y que habían sido tratados con placebo señalaron que el deseo compulsivo fue el factor más importante que les llevó a la recaída, con más frecuencia que los participantes que habían sido tratados con bupropión SR (49,2 frente a 22,4%)⁶¹.

En un estudio genómico del síndrome de abstinencia a la nicotina, Shiffman et al. evaluaron el deseo compulsivo en 30 fumadores a los que se asignó aleatoriamente a bupropión SR o placebo durante 14 días. Después de 12 horas de abstinencia confirmada bioquímicamente al final del periodo de tratamiento, el deseo compulsivo era mucho menos intenso en los participantes que tenían los genotipos DRD2-Taql1 A2/A2 en el grupo tratado con bupropión. Los autores indican que bupropión atenúa síntomas específicos de la abstinencia, como el deseo compulsivo, y que esta respuesta puede estar modificada por el genotipo del paciente⁶².

En conjunto, se han señalado reducciones de las tasas de deseo compulsivo de fumar después del abandono del tabaco en fuma-

dores tratados con bupropión^{57,61}. Además, la PET ha mostrado disminución de las señales y de la puntuación del deseo compulsivo de fumar en la escala *Urge to Smoke* (UTS) en fumadores tratados con bupropión⁶³.

Aumento de peso

Otra de las barreras más importantes que limitan la decisión de dejar de fumar en muchos pacientes, particularmente en las mujeres, ha sido la perspectiva de ganar peso durante o después del proceso de abandono del tabaco. Algunas revisiones indican que los participantes en estudios tratados con bupropión han mostrado de manera constante una menor ganancia de peso después del abandono (o un retraso de la misma) que los fumadores que utilizaron tratamientos con nicotina o con placebo^{28,64}.

En una revisión de la eficacia clínica de bupropión para el abandono del tabaco, Jorenby observó que éste atenuaba el aumento de peso durante las fases de tratamiento desde la semana 7 a la 12, aunque este beneficio no se extendía más allá del final del tratamiento⁶⁵. Sin embargo, los participantes a los que se trató con bupropión SR durante un periodo de 52 semanas, y que mantuvieron la abstinencia durante un año, ganaron 3,2 kg menos de media que un grupo tratado con placebo con una abstinencia de la misma duración, aunque este efecto fue más pronunciado en mujeres^{56,66}.

Filozof et al. revisaron recientemente la asociación entre el aumento de peso por el abandono del tabaco y la influencia de varias intervenciones farmacológicas para dejar de fumar sobre el aumento de peso⁶⁴. Los autores señalan que en ensayos clínicos controlados, que incluyen a más de 8.000 participantes tratados con bupropión, el aumento medio de peso fue significativamente menor que con el placebo en tres grupos: los que utilizaron bupropión SR a corto plazo, pero mantuvieron una abstinencia continua²⁵; los que fueron tratados con bupropión SR a largo plazo⁵⁶ y los que utilizaron bupropión más parches de nicotina²⁶.

INDICACIONES DE USO DE BUPROPIÓN

Bupropión SR es un medicamento adecuado para su uso como tratamiento farmacológico de primera línea para la dependencia de la nicotina, y ha sido autorizado por la *Food and Drug Administration* (FDA) de los EE. UU., el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. La Guía de Práctica Clínica de los Servicios Sanitarios Públicos de los EE.UU., *Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update*¹, considera que bupropión SR es un medicamento de primera línea para el abandono del tabaco. Se recomienda utilizar bupropión SR conjuntamente con un soporte psicológico como el consejo sanitario para aumentar la motivación de los fumadores, como ayuda en su intento de abandono del tabaco. Bupropión SR está especialmente indicado en fumadores que no toleran el Tratamiento Sustitutivo con Nicotina (TSN) o que prefieren no usar la TSN. Además, puede ser particularmente útil en relación con otras opciones terapéuticas para el tratamiento de grupos específicos de fumadores, como mujeres y pacientes con antecedentes de depresión.

Bupropión ofrece varias ventajas respecto a la TSN. Es un medicamento bien tolerado, que tiene un bajo potencial de abuso. Se sabe que reduce la disparidad de resultados en las tasas de éxito según género, y el aumento de peso por el abandono del tabaco es significativamente menor con bupropión. Finalmente, desde un punto de vista teórico, bupropión puede ofrecer ventajas de seguridad respecto a los tratamientos con TSN en mujeres embarazadas o que están dando lactancia materna, y en pacientes que tienen ECV. Sin embargo, tal y como se señala en el siguiente apartado, en España bupropión está contraindicado en el embarazo y son necesarios más datos para evaluar la seguridad relativa de estos fármacos en estas poblaciones específicas.

USO CLÍNICO DE BUPROPIÓN

La tabla 1 recoge un resumen de las directrices clínicas del Sistema Sanitario de los EE.UU. (*U.S. Public Health Service*) para la

Tabla 1. Uso clínico de bupropión SR (aprobado por la Agencia de Alimentos y Fármacos de los EE. UU., FDA)

Selección de pacientes	Indicado como medicamento de primera línea para el tratamiento del tabaquismo
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos secundarios (véase la indicación en el envase de la FDA para consultar la lista completa)	<p>Embarazo: las fumadoras embarazadas deberán abandonar el tabaquismo sin medicación. No se ha demostrado que bupropión sea efectivo en el tratamiento del tabaquismo de las fumadoras embarazadas (bupropión es un agente de la categoría C para el embarazo según la clasificación de la FDA). Bupropión no ha sido evaluado en madres en periodos de lactancia.</p> <p>ECV: bien tolerado normalmente, casos ocasionales de hipertensión.</p> <p>Efectos secundarios: los efectos secundarios más comunes fueron el insomnio (35-40%) y la sequedad bucal (10%).</p> <p>Contraindicaciones: bupropión SR está contraindicado en pacientes con historial de convulsiones o desórdenes alimenticios, que estén siendo tratados con otra forma de bupropión o que hayan sido tratados con IMAO en los últimos 14 días</p>
Posología	Los pacientes deben comenzar el tratamiento con bupropión SR una o dos semanas antes de dejar de fumar. Se debe comenzar con una dosis de 150 mg por la mañana durante seis días, para luego aumentarla a 150 mg dos veces al día. La dosis máxima es de 300 mg al día. La administración de 150 mg dos veces al día debe continuarse de 7 a 12 semanas. En tratamientos prolongados, es recomendable tomar bupropión SR 150 mg durante los seis meses posteriores a la interrupción del consumo
Indicaciones de prescripción	<p>Dejar de fumar antes de la fecha indicada: recuerde que algunos pacientes pueden perder el deseo de fumar antes de la fecha indicada o reducir de forma espontánea la cantidad de tabaco que consumen.</p> <p>Información sobre la administración: si se sufre insomnio, tomar el somnífero antes (por la tarde, al menos 8 horas después de la primera dosis) puede suponer cierto alivio.</p> <p>Alcohol: consumir alcohol sólo con moderación</p>

prescripción de bupropión como tratamiento para ayudar en el abandono del tabaquismo.

En España se han hecho algunas recomendaciones específicas para la prescripción de bupropión para el tratamiento de la dependencia nicotínica (tabla 2).

Tabla 2. Recomendaciones de prescripción de bupropión SR para el abandono del tabaquismo

Inicio del tratamiento (1 a 2 semanas antes de la fecha de abandono)	150 mg de bupropión SR una vez al día, durante seis días
Mantenimiento del tratamiento (7 a 9 semanas)	150 mg de bupropión SR dos veces al día, con un mínimo de 8 horas entre las dosis
Dosis total	Cada una de las dosis no debe superar los 150 mg, y la dosis diaria total no debe superar los 300 mg

La utilización de bupropión requiere una atención especial en relación con la posible aparición de convulsiones. Se ha demostrado que bupropión supone un riesgo de 1:1.000 de provocar convulsiones⁶⁷. El riesgo de provocar convulsiones es similar al de otros antidepresivos⁶⁸. Otros factores de riesgo de aparición de convulsiones son⁶⁸:

- Antecedentes de traumatismo craneal (cualquier traumatismo craneal que haya producido pérdida de conciencia, amnesia, fractura craneal o hematoma subdural)⁵.
- Medicamentos que reduzcan el umbral de convulsiones (antidepresivos, antipsicóticos, antipalúdicos, quinolonas, antihistamínicos sedantes, corticoides sistémicos, teofilina, tramadol).
- Abuso de alcohol.
- Consumo actual de estimulantes o anorexígenos.

La existencia de estos antecedentes y, por ende, el riesgo aumentado de convulsiones desaconseja el empleo de bupropión en este tipo de pacientes. Otras contraindicaciones y precauciones de uso en España son:

- Hipersensibilidad a bupropión o a sus componentes.
- Tumores del sistema nervioso central.
- Diagnóstico actual o previo de trastorno de la alimentación, hepatopatía grave.
- Uso simultáneo de Inhibidores de la Monoamina Oxidasa (IMAO).
- Antecedentes de trastorno bipolar.
- Abstinencia de alcohol o de benzodiazepinas.
- Diabetes tratada con hipoglucemiantes orales o insulina⁶⁷.
- Consumo simultáneo de otros fármacos que contengan bupropión, mujeres embarazadas y adolescentes (aunque como hemos señalado con anterioridad en este mismo capítulo, estudios clínicos recientes sobre la utilización de bupropión para el abandono del tabaco en embarazadas y adolescentes son alentadores, la población incluida en estos estudios ha sido pequeña y no se ha establecido de una forma concluyente la seguridad y la eficacia del fármaco). Por ello, se recomienda una rigurosa evaluación del riesgo-beneficio antes de recomendar el uso de bupropión en estas poblaciones.
- Uso de medicamentos que contengan bupropión.

Además de estas recomendaciones genéricas, los médicos prescriptores deben considerar la posibilidad de realizar ajustes de la dosis en las poblaciones de pacientes recogidas en la tabla 3⁶⁸.

CONCLUSIONES

Bupropión SR es el primer tratamiento farmacológico no nicotínico eficaz para la dependencia al tabaco que está am-

Tabla 3. Ajustes de la dosis en poblaciones específicas de pacientes⁶⁸

Pacientes ancianos	150 mg de bupropión SR al día
Pacientes con insuficiencia hepática o renal	150 mg de bupropión SR al día
Diabéticos bien controlados con insulina o con hipoglucemiantes orales	150 mg de bupropión SR al día

Tabla 4. Resumen de ensayos clínicos extensos que comparan bupropión SR 300 mg al día en dosis divididas con el placebo para el abandono del tabaco

Estudio	Año	Tamaño muestral total (tipo de participantes)	Duración del tratamiento con bupropión	Prevalencia de abstinencia puntual a los seis meses (%)			Prevalencia de abstinencia puntual a los 12 meses (%)		
				Bupropión	Placebo	Valor de p	Bupropión	Placebo	Valor de p
Hurt et al.	1997	615 (general)	7 semanas	26,9%	15,7%	0,02	23,1%	12,4%	0,01
Jorenby et al.	1999	893 (general)	9 semanas	34,8%	18,8%	<0,001	30,3%	15,6%	<0,001
Tashkin et al.	2001	404 (pacientes con EPOC)	12 semanas	23,0%	16,0%	0,07	nd	nd	
Tonstad et al.	2003	629 (pacientes con ECV)	7 semanas	34,0%	12,0%	<0,001	27,0%	12,0%	<0,001
Aubin et al.	2004	509 (general)	7 semanas	31,0%	16,0%	<0,0005	nd	nd	
Dalsgaeth et al.	2004	336 (trabajadores sanitarios)	7 semanas	24,0%	10,0%	<0,001	nd	nd	
Wagena et al.	2005	255 (pacientes con EPOC)	12 semanas	30,2%	19,1%	0,09	nd	nd	

pliamente disponible y cuya utilización resulta eficiente desde una perspectiva coste-eficacia. Aunque con bupropión se producen de forma ocasional episodios adversos graves, una selección cuidadosa de los pacientes, con un respeto escrupuloso de las contraindicaciones, puede reducir aún más estos episodios infrecuentes. Bupropión ofrece la posibilidad de aumentar significativamente las tasas de abstinencia, retrasar los fallos y las recaídas y minimizar o reducir el aumento de peso posterior al abandono; y se debe considerar que es una opción terapéutica importante para los médicos que tratan a pacientes dependientes del tabaco (tabla 4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.
2. Ferry L, Johnston JA. Efficacy and safety of bupropion SR for smoking cessation: data from clinical trials and five years of postmarketing experience. *Int J Clin Pract* 2003;57(3):224-30.
3. Wagena EJ, Zeegers MP, van Schayck CP, Wouters EF. Benefits and risks of pharmacological smoking cessation therapies in chronic obstructive pulmonary disease. *Drug Saf* 2003;26(6):381-403.
4. Boshier A, Wilton LV, Shakir SA. Evaluation of the safety of bupropion (Zyban) for smoking cessation from experience gained in general practice use in England in 2000. *Eur J Clin Pharmacol* 2003;59(10):767-73.
5. Hays JT, Ebbert JO. Bupropion for the treatment of tobacco dependence: Guidelines for balancing risks and benefits. *CNS Drugs* 2003;17(2):71-83.
6. Cox LS, Patten CA, Niaura RS, Decker PA, Rigotti, Sachs DP, et al. Efficacy of bupropion for relapse prevention in smokers with and without a past history of major depression. *J Gen Intern Med* 2004;19(8):828-34.
7. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, Wouters EF, van Schayck CP. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2005;165(19):2286-92.
8. Dale LC, Ebbert JO, Schroeder DR, Croghan IT, Rasmussen DF, Trautman JA, et al.

- Bupropion for the treatment of nicotine dependence in spit tobacco users: a pilot study. *Nicotine Tob Res* 2002;4(3):267-74.
9. Dalsgareth OJ, Hansen NC, Soes-Petersen U, Ewald T, Høegholm A, Barber J, et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, 6-month trial of bupropión hydrochloride sustained-release tablets as an aid to smoking cessation in hospital employees. *Nicotine Tob Res* 2004;6(1):55-61.
 10. McCarthy DE, Piasecki TM, Lawrence DL, Jorenby DE, Shiffman S, Fiore MC, et al. A randomized controlled clinical trial of bupropion SR and individual smoking cessation counseling. *Nicotine Tob Res* 2008;10(4):717-29.
 11. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. NICE Available at: www.nice.org.uk/page.aspx?o=30631. Accessed 3 February, 2006.
 12. Preskorn SH. Should bupropion dosage be adjusted based upon therapeutic drug monitoring? *Psychopharmacol Bull* 1991;27(4):637-43.
 13. Roddy E. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *British Medical Journal* 2004;328(7438):509-11.
 14. Shepherd G. Adverse effects associated with extra doses of bupropion. *Pharmacotherapy* 2005;25(10):1378-82.
 15. Damaj MI, Carroll FI, Eaton JB, Navarro HA, Blough BE, Mirza S, et al. Enantioselective effects of hydroxy metabolites of bupropion on behavior and on function of monoamine transporters and nicotinic receptors. *Mol Pharmacol* 2004;66(3):675-82.
 16. Posner J, Bye A, Dean K, Peck AW, Whiteman PD. The disposition of bupropion and its metabolites in healthy male volunteers after single and multiple doses. *Eur J Clin Pharmacol* 1985;29(1):97-103.
 17. Hsyu PH, Singh GK, Giargiari TD, Dunn JA, Ascher J, Johnston JA. Pharmacokinetics of bupropion and its metabolites in cigarette smokers versus nonsmokers. *J Clin Pharmacol* 1997;37(8):737-43.
 18. Drug facts and comparisons, 58th Ed. St. Louis: Wolters Kluwer Health; 2004.
 19. Mansvelder HD, Fagen ZM, Chang B, Mitchum R, McGehee DS. Bupropion inhibits the cellular effects of nicotine in the ventral tegmental area. *Biochem Pharmacol* 2007;74(8):1283-91.
 20. Learned-Coughlin SM, Bergstrom M, Savitcheva I, Ascher J, Schmith VD, Langstrom B. In vivo activity of bupropion at the human dopamine transporter as measured by positron emission tomography. *Biol Psychiatry* 2003;54(8):800-5.

21. Bondarev ML, Bondareva TS, Young R, Glennon RA. Behavioral and biochemical investigations of bupropion metabolites. *Eur J Pharmacol* 2003;474(1):85-93.
22. Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res* 2000;2(1):19-37.
23. Hays JT, Ebbert JO. Bupropion sustained release for treatment of tobacco dependence. *Mayo Clin Proc* 2003;78(8):1020-24.
24. Balfour DJ. The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus accumbens [corrected]. *Nicotine Tob Res* 2004;6(6):899-912.
25. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *New England Journal of Medicine* 1997;337(17):1195-202.
26. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine* 1999;340(9):685-91.
27. Smith SS, Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, et al. Targeting smokers at increased risk for relapse: Treating women and those with a history of depression. *Nicotine & Tobacco Research* 2003;5(1):99-109.
28. Aubin HJ, Lebarry F, Berlin I, Bidaut-Mazel C, Chemali-Hudry J, Lagrue G. Efficacy of bupropion and predictors of successful outcome in a sample of French smokers: a randomized placebo-controlled trial. *Addiction* 2004;99(9):1206-18.
29. Holmes S, Zwar N, Jiménez-Ruiz CA, Browning D, Bergmann L, Johnston JA, et al. Bupropion as an aid to smoking cessation: a review of real-life effectiveness. *Int J Clin Pract* 2004;58(3):285-91.
30. Paluck EC, McCormack JP, Ensom MH, Levine M, Soon JA, Fielding DW. Outcomes of bupropion therapy for smoking cessation during routine clinical use. *Ann Pharmacother* 2006;40(2):185-90.
31. Chun-Fai-Chan B, Koren G, Favez I, Kalra S, Voyer-Lavigne S, Boshier A, et al. Pregnancy outcome of women exposed to bupropion during pregnancy: A prospective comparative study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005;192:932-6.

32. Chan B, Einarson A, Koren G. Effectiveness of bupropion for smoking cessation during pregnancy. *J Addict Dis* 2005;24(2):19-23.
33. Chan BC, Hinarson A, Selby PL, Koren MD. Pregnancy outcome and maternal changes in smoking habits with gestational exposure to bupropion. *Clin Pharmacol Ther* 2003;73:P8.
34. Ingenix. Preliminary report on bupropion in pregnancy and the occurrence of cardiovascular and major congenital malformation. Available at: <http://ctr.gsk.co.uk/summary/paroxetine/epip083.pdf>. Accessed March 7, 2006.
35. Cole JA, Modell JG, Haight BR, Cosmatos IS, Stoler JM, Walker AM. Bupropion in pregnancy and the prevalence of congenital malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007;16(5):474-84.
36. Benowitz N, Dempsey D. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2004;6(2):S189-202.
37. Tashkin D, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides M, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001;357(9268):1571-5.
38. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: A multicentre, randomised study. *European Heart Journal* 2003;24(10):946-55.
39. Hubbard R, Lewis S, West J, Smith C, Godfrey C, Smeeth L, et al. Bupropion and the risk of sudden death: a self-controlled case-series analysis using The Health Improvement Network. *Thorax* 2005;60(10):848-50.
40. Rigotti NA, Thorndike AN, Regan S, McKool K, Pasternak RC, Chang Y, et al. Bupropion for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease. *Am J Med* 2006;119(12):1080-7.
41. Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained-release bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs* 2002;62(2):45-52.
42. Roose SP, Glassman AH, Giardina EG, Johnson LL, Walsh BT, Bigger JT, Jr. Cardiovascular effects of imipramine and bupropión in depressed patients with congestive heart failure. *J Clin Psychopharmacol* 1987;7(4):247-51.
43. Roose SP, Dalack GW, Glassman AH, Woodring S, Walsh BT, Giardina EG. Cardiovascular effects of bupropion in depressed patients with heart disease. *Am J Psychiatry* 1991;148(4):512-6.

44. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity—a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depend* 2004;76(3):287-95.
45. Lerman C, Niaura R, Collins BN, Wileyto P, Audrain-McGovern J, Pinto A, et al. Effect of bupropion on depression symptoms in a smoking cessation clinical trial. *Psychol Addict Behav* 2004;18(4):362-6.
46. Hayford KE, Patten CA, Rummans TA, Schroeder DR, Offord KP, Croghan IT, et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *British Journal of Psychiatry* 1999;174:173-8.
47. Evins AE, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, Culhane MA, Olm-Shipman CM, et al. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25(3):218-25.
48. George TP, Vessicchio JC, Sacco KA, Weinberger AH, Dudas MM, Allen TM, et al. A placebo-controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008;63(11):1092-6.
49. Niederhofer H, Huber M. Bupropion may support psychosocial treatment of nicotine-dependent adolescents: preliminary results. *Pharmacotherapy* 2004;24(11):1524-8.
50. Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C, et al. Randomized clinical trial of the efficacy of bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(4):729-35.
51. Daviss WB, Perel JM, Rudolph GR, Rudolph GR, Melhem I, Axelson DA, et al. Steady-state pharmacokinetics of bupropion SR in juvenile patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(4):349-57.
52. Best D. Bupropion assists with tobacco cessation in adolescents but relapse is high. *J Pediatr* 2008;152(5):738-9.
53. Piasecki TM, Fiore MC, McCarthy DE, Baker TB. Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. *Addiction* 2002;97(9):1093-108.
54. Krall EA, Garvey AJ, García RI. Smoking relapse after 2 years of abstinence: Findings from the VA Normative Aging Study. *Nicotine & Tobacco Research* 2002;4:95-100.

55. Wetter DW, Cofta-Gunn L, Fouladi RT, Cinciripini PM, Sui D, Gritz ER. Late relapse/sustained abstinence among former smokers: a longitudinal study. *Prev Med* 2004;39(6):1156-63.
56. 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. *Annals of Internal Medicine* 2001;135(6):423-33.
57. Durcan MJ, Johnston JA, White J, Gonzales D, Sachs DP, Rigotti N, et al. Bupropion SR for relapse prevention: a «slips-allowed» analysis. *Am J Health Behav* 2004;28(5):456-63.
58. Bergmann L, Warncke W, Herschel M. Bupropion SR for weaning from smoking in relapsed smokers: results of an open multicentre trial in Germany. *Pneumologie* 2004;58(3):140-6.
59. Jarvik ME, Madsen DC, Olmstead RE, Iwamoto-Schaap PN, Elins JL, Benowitz NL. Nicotine blood levels and subjective craving for cigarettes. *Pharmacol Biochem Behav* 2000;66(3):553-8.
60. Brody AL, Mandelkern MA, London ED, Childress AR, Lee GS, Bota RG, et al. Brain metabolic changes during cigarette craving. *Archives of General Psychiatry* 2002;59(12):1162-72.
61. Durcan MJ, Deener G, White J, Johnston JA, Gonzales D, Niaura R, et al. The effect of bupropion sustained-release on cigarette craving after smoking cessation. *Clin Ther* 2002;24(4):540-51.
62. David SP, Niaura R, Papandonatos GD, Shadel VG, Burkholder GJ, Britt DM, et al. Does the DRD2-Taq1 A polymorphism influence treatment response to bupropion hydrochloride for reduction of the nicotine withdrawal syndrome? *Nicotine Tob Res* 2003;5(6):935-42.
63. Brody AL, Mandelkern MA, Lee G, Smith E, Sadeghi M, Saxena S, et al. Attenuation of cue-induced cigarette craving and anterior cingulate cortex activation in bupropión-treated smokers: a preliminary study. *Psychiatry Res* 2004;130(3):269-81.
64. Filozof C, Fernández MC, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obesity Reviews* 2004;5(2):95-103.
65. Jorenby D. Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs* 2002;62(2):25-35.
66. Rigotti NA, Thorndike AN, Niaura R, Durcan MJ. Post-cessation weight gain in smokers taking bupropion: The effect of gender [abstract]. Sixth Annual

Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, Feb 18-20, Arlington, VA. 2000.

67. GlaxoSmithKline. Zyban (bupropion hydrochloride) summary of product characteristics: GlaxoSmithKline; 2001.
68. McRobbie H, Lee M, Juniper Z. Non-nicotine pharmacotherapies for smoking cessation. *Respir Med* 2005;99(10):1203-12.

Tratamiento farmacológico: eficacia y seguridad de vareniclina

Serena Tonstad

INTRODUCCIÓN

Vareniclina es un medicamento desarrollado específicamente para ayudar a personas que están interesadas en realizar un intento serio de abandono del tabaco, siendo el tercer fármaco aprobado en España para dejar de fumar, después de la terapia sustitutiva de nicotina y bupropión.

La nicotina se une a diversos subtipos de receptores nicotínicos colinérgicos, tanto de forma periférica como en el sistema nervioso central, siendo estos receptores canales iónicos que se regulan por un ligando. Esta unión entre la nicotina y los receptores favorece la apertura de los canales iónicos, lo que permite a su vez la entrada de cationes (entre los que se incluyen el sodio y el calcio) y la despolarización celular. Esta sucesión de acontecimientos produce la liberación de diversos neurotransmisores, especialmente la dopamina.

La adicción a la nicotina está fuertemente vinculada a la unión de esta sustancia a los receptores nicotínicos colinérgicos, denominados α -4 y β -2, y localizados en el área tegmental ventral, produciendo su activación la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, responsable de los efectos placenteros producidos por la nicotina¹⁻². Este descubrimiento condujo a la elaboración de la hipótesis de que un agonista parcial, con efecto antagonista del recep-

tor, podría atenuar los síntomas de la abstinencia de nicotina y, a la vez, antagonizar los efectos de recompensa de la nicotina.

El laboratorio de investigación de la compañía farmacéutica Pfizer comenzó a desarrollar a principios de los años noventa un fármaco que se basaba, en parte, en la estructura de la citisina³. La citisina es un alcaloide presente en algunas plantas, que se ha utilizado en el pasado en algunos países de Europa central como sustituto de la nicotina y que ha demostrado tener una actividad débil como agonista parcial al actuar sobre los receptores nicotínicos. Tras varios años de desarrollo, la vareniclina se sintetizó mediante modificaciones de la benzacepina, una subestructura de citisina³. Vareniclina es pues un agonista parcial selectivo del receptor nicotínico de la acetilcolina α -4 y β -2. Como agonista parcial, vareniclina limita la liberación habitual de dopamina inducida por la nicotina y consigue aproximadamente entre el 40 y el 60% de la eficacia de la nicotina a la hora de estimular la liberación de dopamina en el cerebro en modelos animales⁴.

Este medicamento se aprobó inicialmente en los EE. UU. para el abandono del tabaquismo (2006), y posteriormente, en más de 80 países, entre ellos España. En la actualidad, se considera una opción eficaz y segura para el tratamiento médico destinado a ayudar a los fumadores a romper con la adicción al tabaco⁵.

MECANISMO DE ACCIÓN, CARACTERÍSTICAS FARMACOCINÉTICAS Y POSOLOGÍA

Vareniclina actúa selectivamente sobre los receptores nicotínicos α 4 y β 2. Al ser un agonista parcial, tiene dos mecanismos de acción: uno como agonista y otro como antagonista. La acción agonista estimula los receptores nicotínicos, disminuyendo la necesidad de fumar o *craving*, y el resto de los aspectos relacionados con el síndrome de abstinencia. La acción antagonista bloquea el receptor y disminuye la recompensa asociada al consumo.

Se considera que la acción agonista de vareniclina sustituye parcialmente los efectos reconfortantes de la nicotina durante la abstinencia del tabaco, mientras que la acción antagonista bloquea

parcialmente los efectos de refuerzo de la nicotina, es decir, la sensación reconfortante que obtiene el fumador al inhalar la nicotina y la satisfacción que produce un cigarrillo. Los estudios realizados han demostrado que vareniclina reduce el ansia y los efectos placenteros del tabaco, tras la fecha fijada para dejar de fumar, en mayor medida que bupropión⁶ y que los parches de nicotina⁷.

La semivida de vareniclina es aproximadamente de 24 horas, y la concentración máxima ($C_{\text{máx.}}$) se alcanza en 3 o 4 horas. El estado de equilibrio estacionario (C_{ss}) se consigue en cuatro días. Los alimentos no tienen efecto sobre la absorción de vareniclina ni sobre las concentraciones disponibles en sangre, por lo que puede administrarse conjuntamente con los mismos. Vareniclina experimenta un metabolismo mínimo, ya que el 92% del medicamento es excretado sin alteraciones en la orina, y menos del 10% del mismo se excreta como metabolitos. En la sangre circulante, vareniclina supone un 91% de los productos relacionados. Los metabolitos menores en orina incluyen n-carbamoilglucurónido de vareniclina e hidroxivareniclina.

La excreción renal es el principal modo de eliminación del fármaco. Debido a su eliminación por vía urinaria en los pacientes con función renal alterada, la dosis de vareniclina se debe reducir a la mitad (1 mg/día), y por esa misma razón no se recomienda su uso en pacientes con insuficiencia renal terminal. Al no existir biotransformación hepática, no se necesita ajustar la dosis en pacientes con enfermedad hepática. No se han descrito interacciones fármaco-fármaco clínicamente significativas⁸.

La dosis estándar recomendada de vareniclina es de 1 mg dos veces al día. El fumador debe comenzar a tomar vareniclina una semana antes de dejar de fumar. En la primera semana de tratamiento, la dosis se aumenta gradualmente: 0,5 mg una vez al día los tres primeros días, 0,5 mg dos veces al día entre el cuarto y el séptimo día, y 1 mg dos veces al día a partir del octavo día. Transcurrida una semana desde el comienzo del tratamiento, suele ser recomendable establecer la fecha para abandonar el consumo de tabaco. Puesto que la acción terapéutica óptima no siempre se alcanza al octavo día de tratamiento, en algunos

pacientes se aconseja retrasar esta fecha hasta que se alcance el estado de equilibrio estacionario de la dosis de 1 mg dos veces al día; es decir, hasta el día 12 o 14 a partir del inicio de la administración del fármaco. Este periodo de adaptación a la dosis reduce uno de los efectos adversos más frecuentes, las náuseas, que aparecerían en caso de iniciarse el tratamiento con la dosis completa⁹. La duración del tratamiento inicialmente recomendada es de 12 semanas.

ESTUDIOS CLÍNICOS

Hasta la fecha se han publicado los resultados de nueve ensayos clínicos con vareniclina, aleatorizados y controlados con placebo, como tratamiento para el abandono del tabaco⁹⁻¹⁷, así como un estudio adicional de prevención de recaídas¹⁸. De éstos, uno era un estudio de Nides et al.¹² de búsqueda de la dosis óptima, otro era un estudio de Oncken et al.⁹ sobre titulación de dosis y otros tres estudios reclutaron fumadores de poblaciones asiáticas¹⁵⁻¹⁷.

Dos ensayos clínicos diseñados para valorar la eficacia de vareniclina como tratamiento de ayuda para dejar de fumar eran estudios controlados con placebo, doble ciego y diseñados de forma idéntica, en los que se asignó aleatoriamente vareniclina (1 mg dos veces al día), bupropión o placebo durante 12 semanas¹⁰⁻¹¹ a los fumadores que deseaban abandonar el consumo de tabaco. Durante toda la fase del tratamiento se realizó un seguimiento semanal o quincenal de los sujetos de ambos grupos y se les proporcionó apoyo conductual. La abstinencia continua del tabaco se midió a las 52 semanas. Un metaanálisis de estos cuatro estudios reveló una OR de 3,2 (IC 95%: 2,4-4,3) para la abstinencia continua en la semana 52¹⁹. En términos absolutos, el metaanálisis recogido en las directrices de la *Clinical Practice Guideline* de los EE. UU., actualizada en mayo de 2008, señala una tasa de abandono del tabaquismo a los seis meses del 33% con vareniclina, frente al 13% con placebo²⁰.

En un estudio publicado por Niaura et al. en 2008¹⁴, se permitió a los mismos fumadores titular la dosis de vareniclina entre 0,5 y 2 mg al día entre las semanas 2 y 12 del tratamiento. Los índices

de abandono del tabaquismo, transcurridas las 12 semanas de tratamiento, eran aproximadamente del 40% en sujetos tratados con vareniclina, frente al 12% aproximadamente en sujetos tratados con placebo. Aquellos sujetos tratados con vareniclina tendían a reducir progresivamente la dosis. Esta posibilidad de adaptar el propio paciente la dosis de vareniclina a sus necesidades permite minimizar los efectos adversos, y abre una puerta a un uso clínico de vareniclina ajustado a las necesidades del paciente, lo que puede contribuir a la mejora del cumplimiento terapéutico.

En un ensayo publicado por Williams et al¹³. en 2007, diseñado para evaluar la seguridad a largo plazo, se asignó a los fumadores tratamiento con vareniclina o placebo durante 52 semanas en una proporción de 2 a 1. La abstinencia puntual a los 7 días al final de las 12 semanas fue del 37% y del 40% en la semana 52.

Estudios/ensayos clínicos de prevención de recaídas

Entre los fumadores reclutados para uno de los ensayos clínicos iniciales que se habían tratado con vareniclina durante 12 semanas y que habían conseguido estar abstinentes durante la última fase del tratamiento, 1.210 fueron asignados a otro estudio destinado a comprobar la eficacia de 12 semanas adicionales de tratamiento. Los pacientes recibieron posteriormente, y de forma aleatoria, vareniclina o placebo durante 12 semanas más; además, se llevó a cabo un seguimiento de todos ellos durante un año. Los índices de abstinencia continua entre las semanas 13 y 24 y las semanas 13 y 52 eran significativamente más altos para vareniclina que para placebo (OR a las 24 semanas: 1,8; OR a las 52 semanas: 1,3; IC 95%: 1,1-1,7), y la tasa de abandono del tabaco en la semana 52 fue del 44% para sujetos tratados con vareniclina, frente al 37% para los tratados con placebo¹⁸.

EFFECTOS ADVERSOS

El efecto adverso más común de vareniclina son las náuseas, experimentadas en aproximadamente el 30% de los sujetos de los ensayos clínicos y en casi el 60% del entorno de la clínica habitual²¹. Otros efectos secundarios son alteraciones del sue-

ño en forma de insomnio o sueños anormales, dolor de cabeza, flatulencia, dispepsia, estreñimiento y cambios en la percepción del sabor. Estos efectos adversos generalmente se producen al inicio del tratamiento, aunque suelen reducirse posteriormente.

El ensayo publicado por Williams et al.¹³ en 2007, ya citado anteriormente en relación con la eficacia de vareniclina, fue diseñado para investigar la seguridad clínica a largo plazo. Se trataba de un estudio en fase III, doble-ciego y aleatorizado, que recogía datos de seguridad para aquellos pacientes que han estado expuestos a vareniclina durante 52 semanas. Se recogieron los acontecimientos adversos, signos vitales, analítica y ECG a lo largo de las 52 semanas del estudio. No se observaron cambios significativos en los parámetros de laboratorio ni en el intervalo QT/QTc o en otro parámetro electrocardiográfico. No se comunicó tampoco ninguna muerte en el grupo de tratamiento mientras los sujetos estaban tomando la medicación.

Se ha observado que las mujeres presentan síntomas de forma más frecuente que los varones; sin embargo, en uno de los estudios; el porcentaje de mujeres que abandonaron el tratamiento fue menor que el de los varones²¹. En la mayoría de los estudios clínicos, los índices de interrupción del tratamiento con vareniclina sólo han sido unos puntos porcentuales superiores a los del placebo.

Efectos adversos neuropsiquiátricos

Según los informes posteriores a la comercialización, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (*Food and Drug Administration*), junto con las autoridades correspondientes de otros países en los que vareniclina está autorizada, alertaron sobre síntomas neuropsiquiátricos graves en personas que tomaban vareniclina o que habían abandonado su uso recientemente. Los síntomas incluyen cambios de humor, ansiedad, síntomas depresivos, pensamientos suicidas, intento de suicidio y suicidio. Se requiere una investigación más exhaustiva

sobre este tema para determinar si estos síntomas se deben al fármaco, a la abstinencia de la nicotina o si tienen otras causas²² (Hays & Ebbert 2008). Los efectos neuropsiquiátricos se presentaron muy raramente en los ensayos clínicos; no obstante, los fumadores incluidos en los ensayos clínicos gozaban probablemente de una mejor salud que los fumadores que se encuentran en la práctica clínica habitual.

En el año 2008, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos de los EE. UU. (*Institute for Safe Medication Practices*), que es una organización independiente, sin ánimo de lucro, que tiene como fin prevenir los errores de medicación, emitió un informe²³ que indicaba que los efectos adversos graves asociados con el uso de la vareniclina en la clínica habitual eran más comunes de lo que se había considerado en un primer momento. Hay que considerar que, en aproximadamente dos tercios de los casos recogidos en el informe y que presentaban efectos adversos graves, había otros medicamentos implicados, especialmente medicamentos psicoactivos²⁴. En todo caso, hay que señalar que todos los pacientes a los que se prescriba vareniclina deben ser supervisados para detectar precozmente la aparición de efectos adversos, especialmente los neuropsiquiátricos.

CAMBIOS DE PESO DESPUÉS DE ABANDONAR EL TABAQUISMO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON VARENICLINA

En los dos ensayos clínicos diseñados de forma idéntica¹⁰⁻¹¹, el aumento de peso entre los participantes que completaron el periodo de tratamiento y no fumaron entre las semanas 9 y 12 fue de 2 a 3 kg en los participantes tratados con vareniclina, de aproximadamente 2 kg en los participantes tratados con bupropión y de aproximadamente 3 kg en los tratados con placebo. Ninguno de los dos estudios incluía entre sus recomendaciones un cambio de dieta o un aumento de la actividad física para evitar el pequeño aumento de peso, aspectos que se deben tener en cuenta en la clínica habitual y que deben formar parte del tratamiento multicomponente. En la práctica clínica habitual, estas

recomendaciones pueden hacerse de acuerdo con la experiencia y el criterio del facultativo.

PAPEL DE VARENICLINA EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Puesto que solamente existen tres clases de fármacos disponibles para ayudar a las personas que intentan abandonar el tabaco, la mayoría de los pacientes deben tener la posibilidad de elegir cualquiera de los tres fármacos para aumentar sus posibilidades a la hora de conseguir abandonar el tabaquismo. Vareniclina puede prescribirse como tratamiento para pacientes que vayan a tomar medicamentos para el tabaquismo por primera vez, así como para aquellos cuyos otros tratamientos disponibles no hayan sido efectivos en intentos anteriores. Si el paciente recae, como suele suceder en numerosas ocasiones en el proceso de abandono del tabaquismo, puede probar con otra clase de fármaco.

Muchos pacientes bajo atención médica habrán probado en intentos previos para dejar de fumar la Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) sin prescripción médica, por decisión propia o con asesoramiento no médico. La TSN puede utilizarse de nuevo, en dosis adecuadas, combinando dos o más formas y durante un periodo de tiempo recomendado, pero parece ser menos eficaz en algunos casos cuando se utiliza por segunda vez²⁵. Además, muchos pacientes desean un método diferente al que ya han probado anteriormente. Esto deja dos medicamentos, bupropión y vareniclina, los cuales requieren prescripción médica y seguimiento al menos durante el periodo de tratamiento. Como se ha observado anteriormente, es importante que los fumadores confíen en el medicamento, y siempre hay que tener en cuenta las experiencias previas y las preferencias del paciente a la hora de decidir el tratamiento²⁶.

Vareniclina es más eficaz que bupropión, según se muestra mediante la OR conjunta (1,7; IC 95%: 1,3-2,2) de tres estudios en los que se comparó vareniclina frente a bupropión¹⁹. De este modo, un gran número de fumadores en la consulta de un médico serán candidatos para el tratamiento con vareniclina. Hasta

el momento no se ha estudiado la eficacia de vareniclina en un segundo intento de abandono del tabaco en fumadores que previamente hayan conseguido dejar de fumar con este mismo medicamento, pero que hayan recaído posteriormente.

En un ensayo abierto⁷ frente a parches de nicotina, vareniclina fue más eficaz a corto plazo, pero no después de transcurridas 52 semanas. Una limitación de este estudio era que el grupo de vareniclina comenzó el tratamiento una semana antes de la fecha objetivo para dejar de fumar; mientras que el grupo que utilizaba terapia sustitutiva de nicotina comenzó el tratamiento en la fecha establecida para dejar de fumar. En otro estudio realizado en el Reino Unido se observó que, entre los pacientes que asistían a una clínica para acabar con la dependencia al tabaco y que recibían atención rutinaria, las tasas de abandono a corto plazo eran más elevadas con vareniclina que con TSN (OR: 1,7; IC 95%: 1,1-2,7), pero la incidencia de efectos adversos también era más alta en los pacientes tratados con vareniclina que en los tratados con nicotina²⁷.

La primera consulta

Siguiendo las recomendaciones actuales para el tratamiento del tabaquismo, recogidas en las principales guías clínicas, todos los fumadores que se traten en entornos clínicos deben recibir una «intervención breve» (desarrollada ampliamente en los capítulos III, IV y VI del Manual). Si el fumador indica que se encuentra preparado para intentar dejar de fumar en los próximos uno o dos meses, puede ofrecérsele vareniclina como tratamiento farmacológico de apoyo. El médico debe hacer hincapié en que es probable que el medicamento no sea suficiente por sí solo para conseguir dejarlo a largo plazo, y que se necesita motivación, un cambio de actitud y un seguimiento estrecho para obtener unos resultados óptimos a medio y largo plazo. Se debe insistir a los fumadores con enfermedad cardiovascular, pulmonar o con otra enfermedad relacionada con el tabaquismo para que usen este medicamento, ya que es probable que tanto su nivel de riesgo asociado al tabaquismo como su nivel de adicción sean altos. Estos aspectos relacionados con la influencia de las distintas patolo-

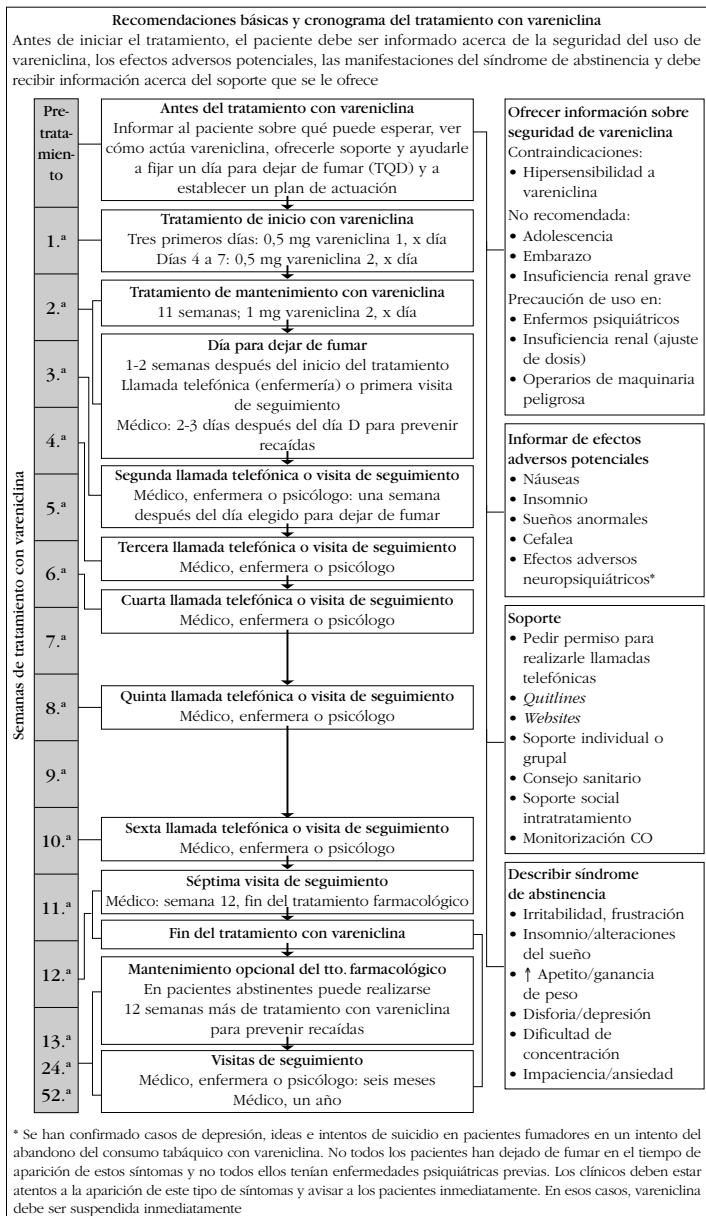


Figura 1. Algoritmo que muestra el plan de tratamiento y seguimiento

gías en el proceso de abandono del tabaco han sido desarrollados ampliamente en los capítulos I y V, por lo que aquí sólo cabe señalar que vareniclina es un medicamento apropiado para estos pacientes.

En la primera consulta, cuando un paciente decide intentar dejar de fumar, se debe crear un plan terapéutico entre el médico y el paciente (figura 1). La fecha para dejar de fumar debe fijarse preferentemente unas semanas después de la primera consulta, mientras la motivación es presumiblemente alta. La fecha elegida para dejar de fumar debe estar relativamente libre de interferencias o situaciones que puedan hacer difícil dejar de fumar, es decir: fiestas, periodos de estrés o vacaciones. Puesto que es necesario empezar el tratamiento con vareniclina con al menos una semana de antelación respecto del día fijado, puede ser útil marcar en un calendario la fecha de inicio, calculando la fecha para dejar de fumar (entre 8 y 12 días después) y la finalización de la toma de vareniclina doce semanas después del inicio (figura 2). Esto proporciona al fumador un marco (temporal) para el periodo del tratamiento, aunque la finalización del mismo puede establecerse más adelante, en el proceso de seguimiento; según se desarrolle éste, se puede alargar el tratamiento en los pacientes que hayan tenido éxito en su intento de abandono y previsiblemente puedan beneficiarse de la continuación del mismo por tener un alto riesgo de recaída a corto o medio plazo.

Consideraciones clínicas en poblaciones de pacientes comórbidos

En los capítulos I y IV se aborda ampliamente la importancia de la morbilidad producida por el tabaco en la toma de decisión para dejar de fumar de estos pacientes, así como su importancia a la hora de establecer el tratamiento más adecuado para estos pacientes. Aquí abordaremos de forma más concreta algunos de estos aspectos en relación con el tratamiento con vareniclina.

En pacientes con historia previa de enfermedad psiquiátrica, incluyendo depresión mayor, trastornos de la personalidad, psicosis y adicción a otras sustancias, se debe valorar si es

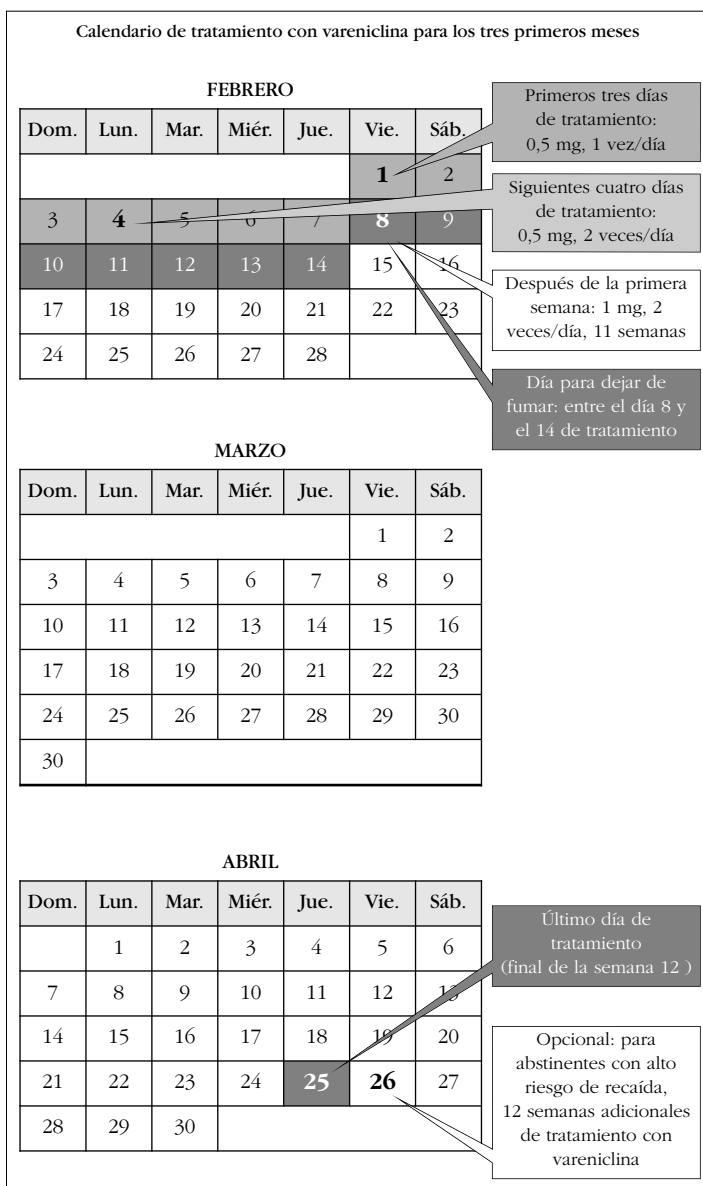


Figura 2. Calendario con la fecha de inicio de la toma de vareniclina, la fecha fijada para dejar de fumar y la fecha de fin de terapia

probable que el paciente asista o no a las citas de seguimiento establecidas. No se debe tratar a estos pacientes con vareniclina si no se tiene seguridad de que el paciente asista a las consultas de seguimiento, y este aspecto debe ser valorado cuidadosamente por los clínicos. Vareniclina no tiene contraindicaciones en estos pacientes; sin embargo, el seguimiento exhaustivo de los mismos es importante. Aunque tanto bupropión como nortriptilina son antidepresivos indicados para el tratamiento para dejar de fumar, ningún fármaco ha demostrado una mayor eficacia en pacientes con historia de trastornos depresivos comparativamente con su utilización en fumadores sin historia de trastornos depresivos²⁸.

En pacientes con enfermedad psiquiátrica actualmente en tratamiento, vareniclina puede usarse y no tiene contraindicaciones, pero exige de un seguimiento estrecho. El seguimiento debe programarse probablemente de forma semanal o al menos quincenalmente. Existen casos clínicos publicados por diversos autores de exacerbación de enfermedades psiquiátricas en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar²⁹⁻³², mientras que en otros casos clínicos no se presentaron estos problemas³³⁻³⁴. En una serie publicada de 19 pacientes con esquizofrenia que estaban sometidos a regímenes estables de medicamentos antipsicóticos, no se observó que ninguno experimentase un nuevo episodio psicótico o un empeoramiento significativo de los síntomas psiquiátricos o efectos secundarios de medicamentos antipsicóticos³⁵. Ninguno de ellos sufrió un ingreso en un psiquiátrico durante las 24 semanas posteriores al inicio del tratamiento con vareniclina. Un informe de un tratamiento realizado dentro de la clínica habitual en el Reino Unido descubrió que la administración de vareniclina a 107 sujetos con trastornos psiquiátricos no exacerbó los síntomas psiquiátricos, y que vareniclina era igual de eficaz en pacientes con o sin enfermedades mentales²⁷. Un aspecto que debe considerarse en estos pacientes es que el consumo de cigarrillos acelera el metabolismo de muchos de los fármacos usados para tratar trastornos psiquiátricos²⁸. Cuando los pacientes que usan estos fármacos dejan de fumar, puede ser adecuado proceder a un reajuste de su tratamiento utilizando dosis más bajas de estos fármacos.

A los pacientes con dependencia concurrente del alcohol u otras drogas no se les debe administrar vareniclina, aunque la ficha técnica señala que no existen datos suficientes sobre cualquier interacción potencial entre el alcohol y la vareniclina, y que no se tiene información suficiente sobre una interacción potencial entre otras drogas y vareniclina. En ciertas personas, particularmente en el caso de las mujeres, hay que considerar el uso de una dosis más baja de 1 mg de vareniclina al día. Los pacientes con alta dependencia de la nicotina podrían beneficiarse probablemente de una dosis más alta de vareniclina de 3 mg al día³⁶. La tolerabilidad de vareniclina tras una única dosis de 3 mg en fumadores demostró ser aceptable; mientras que en no fumadores se observó una menor tolerabilidad de esta dosis más elevada³⁷.

Seguimiento

Un número considerable de estudios clínicos demuestran que el seguimiento, ya sea mediante contacto personal²⁰, por carta o mediante conversaciones telefónicas³⁸, aumenta significativamente los índices de éxito en fumadores que realizan un tratamiento para dejar de fumar. El programa de seguimiento en los estudios clínicos publicados hasta la fecha ha sido siempre bastante intenso, con visitas programadas casi cada semana durante las 12 primeras semanas de tratamiento. Durante algunas de las visitas del estudio, se pidió a los sujetos participantes en los ensayos que rellenaran cuestionarios, se les preguntó acerca de los efectos adversos que pudieran haberse producido desde la última consulta, se midieron los signos vitales y el monóxido de carbono (CO) en el aire espirado, y se proporcionó un consejo breve. Este modelo, más propio de los ensayos clínicos, puede simplificarse considerablemente cuando se atiende a pacientes en el entorno clínico real, aunque hay que tener presente que el seguimiento, lo más estrecho que se pueda, es una parte muy importante del proceso y que condiciona el resultado final del mismo.

En la figura 1 se muestra un modelo clínico de seguimiento. A la persona que intenta dejar de fumar se le programa una visita al médico 2 o 3 días después de la fecha de abandono fijada en la

Tabla 1. Situaciones e intervenciones a realizar en la primera visita, dos o tres días después de la fecha fijada para abandonar el tabaquismo

Situación	Intervención
El paciente fuma (en igual o menor medida), pero sigue queriendo dejarlo	Fijar una nueva fecha para dejar de fumar aproximadamente una semana después y programar un seguimiento 2 o 3 días después de la fecha para abandonar el tabaquismo
El paciente ha reducido la cantidad de cigarrillos a uno o dos al día	Hacer hincapié en la importancia de abandonar el tabaco completamente. Hablar sobre los antecedentes de su consumo de tabaco y cómo tratarlos. Pedir al paciente que no fume ni una calada en los próximos dos o tres días, y programar una nueva visita de seguimiento en dos o tres días
El paciente no ha fumado, pero no cree que vareniclina le esté ayudando con el ansia o no siente ningún efecto subjetivo con vareniclina	Insistir en que hay estudios que han demostrado que vareniclina reduce la necesidad y los síntomas de abstinencia, pero que esto puede variar de una persona a otra. Hablar sobre los mecanismos conductuales para responder a los deseos inmediatos y compulsivos. Considerar el uso adicional de chicles de nicotina u otra forma de terapia sustitutiva de nicotina de acción rápida para el ansia (esto no se ha probado en los estudios)
El paciente está alterado o le ha cambiado el humor antes de dejar de fumar, pero después de iniciar la toma de vareniclina	Realizar una evaluación para detectar pensamientos o comportamientos suicidas en el paciente. Si están presentes, interrumpir la toma de vareniclina. Si no están presentes, programar un seguimiento en consulta o por teléfono para volver a evaluar. Considerar la interrupción del tratamiento y usar terapia sustitutiva de nicotina para el intento de abandono del tabaquismo. Considerar la reducción de la dosis de vareniclina a 1 mg al día
El paciente sufre náuseas que no se calman tomando vareniclina durante los 30 minutos posteriores a una comida o durante los 30 minutos siguientes a la ingesta de dos vasos de agua	Considerar la prescripción de un antiemético o reducir la dosis de vareniclina a 1 mg al día
El paciente sufre alteraciones del sueño que pueden dificultar el rendimiento laboral al día siguiente	Tranquilizar al paciente e insistir en que el abandono del tabaco puede conllevar algunas molestias, especialmente durante las dos primeras semanas. Pedir al paciente que llame para solicitar una posible reducción de la dosis si los síntomas no mejoran

Situación	Intervención
	antes de la próxima visita. Considerar la reducción de la dosis de vareniclina a 1 mg al día si fuera necesario
El paciente cree que vareniclina es eficaz y que, aunque el ansia está presente, ésta no le conduce a fumar	¡Magnífico! Puesto que la incidencia de recaída sigue siendo muy alta durante las primeras dos o tres semanas de un intento de dejarlo, conviene hablar sobre situaciones que puedan conducir a un ansia mayor y cómo tratarla
El paciente se siente deprimido, como si «le faltara algo» o «hubiera perdido un amigo»	Realizar una evaluación para detectar pensamientos o comportamientos suicidas. Si están presentes, interrumpir la toma de vareniclina. Si no están presentes, tranquilizar al paciente, haciendo hincapié en que la depresión es un síntoma de la abstinencia del tabaco. Considerar derivarlo a atención psiquiátrica si el paciente cumple los criterios de depresión mayor
El paciente considera que ya ha conseguido vencer al tabaco y no desea continuar tomando vareniclina después del paquete inicial	Informar al paciente de que la adicción a la nicotina regula positivamente los receptores del cerebro y que la posibilidad de volver a fumar es muy alta. Animarle a continuar con el plan acordado en la primera visita. Evaluar si el coste del medicamento es una barrera y mencionar los costes en comparación con el coste de los cigarrillos
El paciente se queja de irritabilidad y cree que ha sufrido un cambio de personalidad	¿Está el paciente tomando actualmente el fármaco? Hablarle sobre la evolución temporal de la abstinencia de nicotina y de que los síntomas persisten normalmente durante un periodo corto, de unas cuatro semanas. Hablarle sobre técnicas de tratamiento del estrés. Si existe un cambio de comportamiento, considere interrumpir la toma de vareniclina

primera visita. Esta visita después de 2 o 3 días es clave, pues permite al médico evaluar los síntomas de abstinencia de la nicotina que el paciente estuviera experimentando. Además, el efecto de vareniclina y los efectos secundarios pueden evaluarse y abordarse de forma temprana. En esta primera visita también se proporciona un consejo breve dirigido a abordar los posibles desencadenantes del deseo de fumar. En la tabla 1 se presentan ejemplos de cuestiones que pueden plantearse durante esta visita y las intervenciones sugeridas.

Algunas de las visitas restantes hasta la semana 12 pueden realizarse por teléfono o programarse con una enfermera experimentada. Un reciente metaanálisis de Cochrane³⁹ reveló pruebas razonables de que la orientación proporcionada por las enfermeras es eficaz para ayudar a dejar de fumar; sin embargo, el efecto puede ser más débil si la intervención la realizan enfermeras cuyo papel principal no es la promoción de la salud o el abandono del tabaquismo, lo que sugiere la importancia de la formación específica y la orientación, con objeto de que el paciente consiga dejar de fumar.

No es necesario monitorizar ninguna prueba de laboratorio ni electrocardiograma en pacientes que toman vareniclina. El fármaco no se ha asociado con anomalías hematológicas, metabólicas u otras anomalías sanguíneas y tampoco cardiológicas.

En un estudio realizado en el medio clínico habitual, Halperin et al.²¹ descubrieron que los fumadores que intentaban dejar de fumar en tratamiento con vareniclina y recibían cualquier tipo de orientación telefónica era menos probable que interrumpieran la toma del medicamento que aquellos otros que solamente recibían apoyo a través de Internet.

Utilización conjunta de vareniclina con otros fármacos para dejar de fumar

No se recomienda la utilización conjunta de vareniclina con parches de nicotina como tratamiento farmacológico combinado para dejar de fumar. En un estudio con una casuística reducida, se pudo observar que esta combinación producía más náuseas, lo que suponía una peor tolerancia⁴⁰. Otras combinaciones posibles, como, chicles, inhaladores, grageas de nicotina o bupropión, no se han estudiado. Algunos médicos sugieren el uso de la TSN de acción rápida, como chicles, inhaladores o grageas, para tratar los deseos inmediatos y compulsivos de fumar que puedan aparecer a pesar del tratamiento con vareniclina. Se necesitan más estudios realizados en la clínica habitual para poder conocer la eficacia de este tipo de tratamientos farmacológicos combinados.

Prevención de recaídas

La mayoría de los fumadores vuelven a fumar un año después del abandono del tabaco. Ninguna terapia conductual ha demostrado hasta la fecha ser capaz de reducir el riesgo de recaída. Aun así, tal y como se señala en el capítulo X del Manual, hay que animar a los pacientes a que identifiquen sus señales y desencadenantes del deseo de fumar y planeen estrategias conductuales alternativas para afrontarlos como parte de su plan para dejar de fumar.

Para los pacientes que hayan respondido a vareniclina, con al menos una semana sin fumar al final del periodo habitual de tratamiento (12 semanas), un periodo adicional de 12 semanas más con vareniclina puede aumentar los índices de abandono del ta-

Tabla 2. Consideraciones terapéuticas en pacientes que no han fumado en la consulta de la semana 12

Hay que considerar una terapia inmediata con otras 12 semanas adicionales de vareniclina:

1. Si el paciente no ha fumado desde la fecha establecida para dejar de fumar; lo indicado puede ser mantener una actitud expectante, manteniendo la vigilancia y el control para prevenir recaídas. Puede reiniciarse la toma de vareniclina si se producen síntomas de abstinencia (especialmente *craving*) después de varios días sin tratamiento farmacológico
2. Si el paciente no ha fumado durante al menos una semana, pero volvió a fumar en una o más ocasiones a partir de la fecha fijada para dejar de fumar

Puede realizarse una reducción progresiva hasta una dosis más baja de 1 mg al día para fumadores que sean reacios a llevar un tratamiento continuado y lo dejen durante algunos periodos

En la visita de la semana 12, algunos pacientes ya habrán pasado varios días o semanas sin vareniclina debido a la falta de cumplimiento o por problemas con la programación de la visita. Está indicado evaluar la necesidad y el ansia de fumar (*craving*) y puede ser recomendable la prescripción de otras 12 semanas adicionales de tratamiento si el paciente presenta dificultades o es previsible la recaída

Puesto que algunos individuos tratados con vareniclina presentan trastornos neuropsiquiátricos después de dejar de tomar vareniclina, se ha de sugerir al paciente que solicite ayuda médica en caso de surgirle pensamientos o comportamientos suicidas

baco en la semana 52.¹⁸ Datos de una publicación reciente de Peter Hayeck et al.⁴¹, remitida y pendiente de aceptación, indican que es recomendable que los fumadores que no hayan mantenido la abstinencia de forma continuada durante todo el periodo de tratamiento prolonguen la duración del mismo. La tabla 2 sugiere un enfoque clínico para ayudar al clínico y al paciente a decidir si es procedente continuar (o no) con el tratamiento en la semana 12.

Respuestas individuales

Vareniclina muestra efectos similares en varones y mujeres, fumadores adultos de mayor y menor edad, fumadores con dependencia alta o baja, y personas que fuman de 10 a <20 cigarrillos/día, de 20 a <30 cigarrillos/día o 30 o más cigarrillos/día⁴². Según datos recientes, puede existir una asociación entre la dependencia a la nicotina y los genes de la subunidad α -3, α -5 y β -4 del receptor nicotínico en el cromosoma 15q25⁴³. Se desconoce si estos alelos de riesgo para el consumo también pueden predecir la respuesta terapéutica a vareniclina (u otros medicamentos para dejar de fumar), determinando grupos poblacionales con mayor o menor probabilidad de éxito. No se recomienda el uso de vareniclina en adolescentes debido a la falta de investigación en este sector de población.

Costes de la terapia y reembolso

El coste medio diario del tratamiento a la dosis estándar de vareniclina es de 2,8 € en España, y un tratamiento de 12 semanas cuesta aproximadamente PVP (IVA) 360,61 €. En comparación, un paquete de cigarrillos al día cuesta aproximadamente tres euros, lo que supone 270 € en el mismo periodo de tiempo (12 semanas). En la actualidad, en España, a diferencia de otros países europeos, no se financia el tratamiento farmacológico del tabaquismo, excepto en situaciones especiales y sólo en algunas comunidades autónomas. Las recomendaciones a las autoridades sanitarias incluyen la financiación de estos tratamientos como una medida eficaz y eficiente.

CONCLUSIÓN

Vareniclina es un tratamiento farmacológico, indicado en el tratamiento para dejar de fumar, que viene a aumentar el número limitado de opciones de las que se dispone para ayudar a los fumadores a abandonar el tabaco. Este capítulo del Manual recoge las principales consideraciones acerca de su utilización en la práctica clínica habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med* 2008;121:S3-10.
2. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2009;49:57-71.
3. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J, et al. Varenicline: an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem* 2005;48:3474-7.
4. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, Glowa J, Hurst RS, Lebel LA, et al. Pharmacological profile of the $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist varenicline, an effective smoking cessation aid. *Neuropharmacology* 2007;52:985-94.
5. Hays JT, Ebbert JO. Varenicline for tobacco dependence. *N Engl J Med* 2008;359:2018-24.
6. West R, Baker CL, Cappelleri JC, Bushmakina AG. Effect of varenicline and bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt. *Psychopharmacology* 2008;197:371-7.
7. Aubin H-J, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB Jr, Gong J, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax* 2008;63(8):717-24.
8. Reus VI, Obach RS, Coe JW, Faessel H, Rollema H, Watsky E, et al. Varenicline: new treatment with efficacy in smoking cessation. *Drugs of Today* 2007;43:65-75.
9. Oncken C, Gonzales D, Nides M, et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2006;166:1571-7.
10. 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.
11. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:56-63.
 12. Nides M, Oncken C, Gonzales D, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med* 2006;166:1561-8.
 13. Williams KE, Reeves KR, Billing CB, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of varenicline for smoking cessation. *Curr Med Res Opin* 2007;23:793-801.
 14. Niaura R, Hays JT, Jorenby DE, Leone FT, Pappas JE, Reeves KR, et al. The efficacy and safety of varenicline for smoking cessation using a flexible dosing strategy in adult smokers: a randomized controlled trial. *Curr Med Res Opin* 2008;24:1931-41.
 15. Nakamura M, Oshima A, Fujimoto Y, Maruyama N, Ishibashi T, Reeves KR. Efficacy and tolerability of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, in a 12-week, randomized, placebo-controlled, dose-response study with 40-week follow-up for smoking cessation in Japanese smokers. *Clin Ther* 2007;29:1040-56.
 16. Tsai ST, Cho HJ, Cheng HS, Kim C-H, Hsueh K-C, Billing CB Jr, et al. A randomized, placebo-controlled trial of varenicline, a selective $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, as a new therapy for smoking cessation in Asian smokers. *Clin Ther* 2007;29:1027-39.
 17. Xiao WC, Chan KPW, Pothirat C, Garza D, Davies S. Varenicline for smoking cessation: efficacy and safety in a placebo-controlled, randomized study in smokers from China, Thailand, and Singapore. *Respirology* (en prensa).
 18. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:64-71.
 19. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007.
 20. Fiore MC. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service; May 2008 (disponible en: www.surgeongeneral.gov/)

tobacco/default.htm).

21. Halperin AC, McAfee TA, Jack LM, Catz SL, McClure JB, Deprey TM, et al. Impact of symptoms experienced by varenicline users on tobacco treatment in a real world setting. *J Substance Abuse Treatment* 2008 (en prensa).
22. Hays JT, Ebbert JO, Sood A. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation. *Am J Med* 2008;121:S32-S42.
23. Moore TJ, Cohen MR, Curt D, Furberg CD. Strong Safety Signal Seen for New Varenicline Risks. Institute for Safe Medication Practices (disponible en <http://www.ismp.org/quarterwatch/chantixReport.asp>).
24. Hays JT. The risk-benefit balance of varenicline for smoking cessation. *J Thoracic Oncology* 2008;3:949-50.
25. Tonnesen P, Norregaard J, Sawe U, Simonsen K. Recycling with nicotine patches in smoking cessation. *Addiction* 1993;88:533-9.
26. Aveyard P. The place of varenicline in smoking cessation treatment. *Thorax* 2008;63:666-8.
27. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, Smith R, Milbrandt A, Ratcliffe M, et al. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction* 2007;103:146-54.
28. Hall SM. Nicotine interventions with comorbid populations. *Am J Prev Med* 2007;33:S406-S13.
29. Freedman R. Exacerbation of schizophrenia by varenicline. *Am J Psychiatry* 2007;164:1269.
30. Kohen I, Kremen N. Varenicline-induced manic episode in a patient with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164:1269-70.
31. Morstad AE, Kutscher EC, Kennedy WK, Carnahan RM. Hypomania with agitation associated with varenicline use in bipolar II disorder. *Ann Pharmacotherapy* 2008;42:288-9.
32. Pirmoradi P, Roshan S, Nedeem SS. Neuropsychiatric disturbance after initiation of varenicline in a patient with a history of alcohol abuse and major depression. *Am J Health-System Pharmacy* 2008;65:1624-6.
33. Fatemi SH. Varenicline efficacy and tolerability in a subject with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2008;103:328-9.
34. Ochoa ELM. Varenicline reduced smoking behaviour in a mentally ill person. *J Psychopharmacol* 2008 (en prensa).

35. Evins AE, Goff DC. Varenicline treatment for smokers with schizophrenia: a case series. *J Clin Psychiatry* 2008;69:6.
36. Fagerstrom KO, Hughes J. Varenicline in the treatment of tobacco dependence. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4:353-63.
37. Faessel HM, Smith BJ, Gibbs MA, Gobej JS, Clark DJ, Burstein AH. Single-dose pharmacokinetics of varenicline, a selective nicotinic receptor partial agonist, in healthy smokers and nonsmokers. *J Clin Pharmacol* 2006;46:991-8.
38. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003.
39. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008.
40. Champix: Ficha técnica (Resumen de las Características del Producto). Pfizer LTD, Sandwich, UK, 2008.
41. Hajek P, Tønnesen P, Arteaga C, Russ C, Tonstad S, for the Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline in prevention of relapse to smoking: Individual differences in response to extended treatment (remitido para publicación en 2008).
42. Nides M, Glover ED, Reus VI, Christen AG, Make BJ, Billing CB, et al. Varenicline versus bupropion SR or placebo for smoking cessation: a pooled analysis. *Am J Health Behav* 2008;32:664-75.
43. Bierut LJ, Stitzel JA, Wang JC, Hinrichs AL, Grucza TA, Xuei X, et al. Variants in nicotinic receptors and risk for nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2008;165:1163-71.

Estrategias para la prevención de las recaídas. Actitud ante el fracaso terapéutico

Miguel Ángel Hernández Mezquita,
Francisca Lourdes Márquez Pérez, Vanesa Hidalgo Sierra,
María Teresa Lainez Lazcoz, Galo Fernández Zapata

INTRODUCCIÓN

Muchos de los fumadores que intentan dejar el tabaco no lo logran en su primer intento, ya que los porcentajes de éxito de la mayoría de los programas de cesación tabáquica oscilan entre un 15 y un 45%, según el método utilizado y el nivel de dependencia¹⁻³. El fumador siempre está inmerso en un proceso, que pasa por etapas o periodos. Las recaídas no son un fracaso; son parte del proceso. Durante el proceso de abandono del tabaco, la recaída es la norma, más que la excepción. Un elevado porcentaje de fumadores requieren de varios intentos serios para conseguir dejar el tabaco⁴, pero se sabe que en los sucesivos intentos de abandono las probabilidades de éxito son cada vez mayores, siempre que éstos se realicen con la seriedad necesaria. Por tanto, un fracaso no debe jamás desmoralizar al terapeuta ni significar la renuncia a nuevos intentos.

Por tanto, el fracaso es una de las posibilidades que el terapeuta debe tener en cuenta al iniciar un tratamiento de cesación tabáquica. Sin embargo, puede y debe intentarse prevenirlo o evitarlo con una adecuada praxis y con diversas estrategias que se pueden aplicar en cada una de las fases del proceso, tal y como se expone en los siguientes apartados de este capítulo. Ante todo, no se debe culpabilizar al paciente ni adoptar actitudes que puedan minar la autoeficacia del fumador ante un hipotético nuevo intento de abandono.

DEFINICIÓN DE RECAÍDA

Según las fases del proceso de cesación tabáquica descritas por Prochaska y DiClemente, la «recaída» es una etapa a la que se puede llegar tras la fase de acción, y desde la que se puede regresar a cualquiera de las fases anteriores, tal y como se expone en la figura 1.

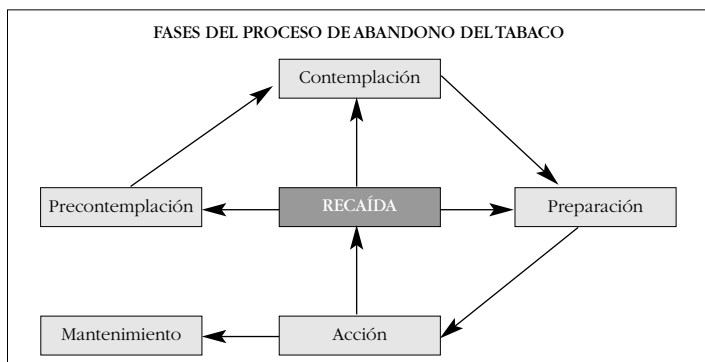


Figura 1. Fases del proceso de abandono del tabaco

Es preciso diferenciar el concepto de «recaída» del de «desliz». Mientras que en un desliz el fumador no abandona la fase de acción y puede presentar abstinencia puntual al final de un periodo de seguimiento, en la recaída el fumador abandona la fase de acción y, por tanto, el intento actual de dejar de fumar, regresando a cualquiera de las fases previas (precontemplación, contemplación o preparación). En el caso de la recaída, es necesario replantear el tratamiento y evaluar las causas que la han motivado. Sin embargo, puede suceder que el nivel de consumo tras la recaída sea inferior al nivel previo o que ponga de manifiesto alguna circunstancia no detectada con anterioridad. En estos casos, a pesar del fracaso, el intento no habrá sido inútil y facilitará el que en un nuevo intento el fumador tenga más probabilidades de lograr la abstinencia tabáquica.

CAUSAS FRECUENTES DE RECAÍDA

Las causas que pueden desencadenar una recaída son variadas y pueden interesar a cualquiera de los eslabones del proceso de ce-

sación tabáquica. En su origen, una recaída puede tener diversas circunstancias: algunas relacionadas con el paciente, tales como estados emocionales negativos de la persona, un bajo nivel de motivación o deficiente cumplimentación del tratamiento; circunstancias poco favorables en su entorno, como las presiones sociales a fumar; y otras relacionadas con el terapeuta, tales como una infravaloración de la dependencia física, infradosificación del tratamiento, inadecuado manejo de las complicaciones o incapacidad para lograr un adecuado nivel de autoeficacia en el paciente. En la tabla 1 se exponen las circunstancias que con más frecuencia pueden propiciar una recaída. La mayoría de ellas son prevenibles o fácilmente solucionables si se detectan de forma precoz.

Tabla 1. Causas más frecuentes de recaída

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE RECAÍDA EN LA CESACIÓN TABÁQUICA	
Causas relacionadas con el fumador	<ul style="list-style-type: none"> • Baja motivación • Bajo nivel de autoeficacia • Circunstancias poco favorables en su entorno • Mala cumplimentación del tratamiento o de las tareas encomendadas • Efectos adversos del tratamiento • Incapacidad para la búsqueda de recursos ante las dificultades y/o personalidad poco asertiva
Causas relacionadas con el terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación errónea de la fase del proceso de cesación • Infravaloración del nivel de dependencia e infradosificación del tratamiento • Apoyo psicológico insuficiente o poco eficaz • Manejo inadecuado de las complicaciones del tratamiento o de los síntomas del síndrome de abstinencia • Seguimiento insuficiente o poca disponibilidad para la resolución de incidencias

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Los tratamientos preventivos de las recaídas constan de tres componentes básicos: el refuerzo de la decisión de abandono del tabaco, la revisión de los beneficios del abandono y la ayuda para

resolver problemas que surjan después del abandono¹. Las intervenciones a través de programas multicomponentes tienen como objetivo:

- Prevenir las recaídas iniciales después de que un individuo haya llevado a cabo el tratamiento.
- Prevenir que un desliz finalice en una recaída

Tanto en un tratamiento grupal como en terapia individual, debemos tener en cuenta las características del paciente y adecuar las técnicas a las propias necesidades individuales. La mayoría de las circunstancias que pueden propiciar una recaída pueden prevenirse mediante una adecuada anamnesis y preparación, o solucionarse una vez detectadas en cualquiera de las visitas de seguimiento o a demanda del fumador si el terapeuta le ha podido ofrecer su disponibilidad para la resolución de incidencias.

Refuerzo de la autoeficacia para dejar de fumar y apoyo psicológico

El apoyo psicológico y las estrategias para elevar el nivel de autoeficacia de los fumadores que van a iniciar un proceso de cesación tabáquica han sido ampliamente desarrolladas en el capítulo V de este Manual, al que remitimos al lector. No obstante, digamos que el apoyo psicológico y el refuerzo del nivel de autoeficacia han demostrado ser estrategias eficaces para aumentar las tasas de abstinencia de los programas de cesación tabáquica⁵⁻⁷.

Para la implantación de estrategias de apoyo psicológico, en un tratamiento de cesación tabáquica no es preciso disponer de preparación específica. Cualquier terapeuta está capacitado y dispone de recursos para ello, aun cuando la disponibilidad de tiempo y de medios sea, como es habitual, limitada. En la tabla 2 se exponen las recomendaciones para aumentar la autoeficacia para dejar de fumar, y en el anexo 14 aparecen las actividades de apoyo psicológico accesibles a todos los terapeutas.

Tabla 2. Estrategias para aumentar la autoeficacia para dejar de fumar

ESTRATEGIAS PARA ELEVAR LA AUTOEFICACIA PARA DEJAR DE FUMAR, APLICABLES EN LOS PROGRAMAS DE CESACIÓN TABÁQUICA
<ul style="list-style-type: none">• Ejercer como figura ejemplarizante no fumando nunca en presencia de los pacientes• Información individualizada de las consecuencias negativas del consumo de tabaco y las ventajas de no fumar• Recordar al paciente algunos de sus logros personales importantes• Mostrar personajes relevantes no fumadores y ex fumadores• Recordar al paciente personas de su entorno que han logrado dejar de fumar• Persuadir al paciente de que él es capaz de dejar de fumar• Recomendar medidas que mejoren su forma física y alimentación• Orientar en la consecución de metas a corto, medio y largo plazo• Informar que la presencia de síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico no son sinónimo de debilidad• Enseñar a identificar y enfrentar las presiones externas que incitan a fumar• Comentar la posibilidad de orientación y apoyo• Controlar la angustia• Ofrecer a los pacientes que desean dejar de fumar alguna de las opciones terapéuticas disponibles

Evaluación del nivel de motivación

Una baja motivación del fumador que inicia un proceso de cesación tabáquica puede abocar a un fracaso. La herramienta más utilizada para evaluarla es el test de Richmond (anexo 6). En muchas unidades de tabaquismo, saturadas y con largas listas de espera, se utiliza esta variable como filtro, no admitiendo a fumadores que no presenten elevadas puntuaciones en el test de motivación. Sin embargo, en las consultas de Atención Primaria y en las consultas generales de Neumología, en las que se debe dar respuesta a las demandas del paciente, esta estrategia es más discutible. No obstante, la detección de un bajo nivel de motivación puede ser de utilidad, en la medida que permite identificar a los fumadores en los que es conveniente realizar intervenciones más intensivas.

Correcta evaluación de la dependencia física y tratamiento farmacológico

La presencia de síntomas del síndrome de abstinencia es la principal causa de recaída durante las primeras semanas del proceso

de cesación tabáquica. Por ello, en los fumadores que presentan dependencia física moderada o alta, medida mediante el test de Fagerström (anexo 5), está indicado el apoyo farmacológico durante las primeras semanas del intento de cesación tabáquica. El tratamiento farmacológico minimiza los síntomas de la abstinencia tabáquica y, por tanto, aumenta las probabilidades de éxito.

Es importante individualizar el tratamiento farmacológico, adaptándolo al nivel de consumo del fumador. Un tratamiento insuficiente puede no ser efectivo para la atenuación de los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico. En otros capítulos de este Manual se desarrollan ampliamente estos aspectos. En el anexo 32 se exponen pautas orientativas de tratamiento farmacológico, en función del nivel de consumo del fumador.

Preparación del paciente que va a dejar de fumar

Una vez que el fumador ha decidido iniciar el proceso de cesación tabáquica, es el momento para poner en marcha una serie de actividades destinadas a ir «rompiendo lazos» con el tabaco y su cortejo de rituales. Estas actividades o tareas tienen como objetivo ir atenuando algunos aspectos de la dependencia psicológica, tales como la dependencia gestual o la dependencia social. Para evaluar qué aspectos de la dependencia psicológica son más relevantes en cada fumador, puede ser de utilidad el test de Glover-Nilson (anexo 7). En los anexos 3 y 11 se exponen las tareas que pueden ser útiles para ir reduciendo la dependencia psicológica del tabaco. Se recomienda orientar al fumador, de forma individualizada, en la elección de las tareas más apropiadas en cada caso, en función de los datos obtenidos mediante el Test de Glover-Nilson.

Seguimiento estrecho

Como ya se ha señalado en capítulos anteriores, el abordaje de los pacientes que van a someterse a un tratamiento de cesación tabáquica debe ser individualizado. Se debe investigar la fase en que se encuentran en su proceso de abandono del tabaco⁸

y, en función de ésta, realizar las intervenciones pertinentes (figura 2).

Una vez el paciente se encuentra en fase de acción, se le debe ofrecer un programa de seguimiento. La periodicidad del mismo debe ser individualizada y por ello es variable, pero siempre teniendo en cuenta que debe ser más intensivo durante las primeras semanas.

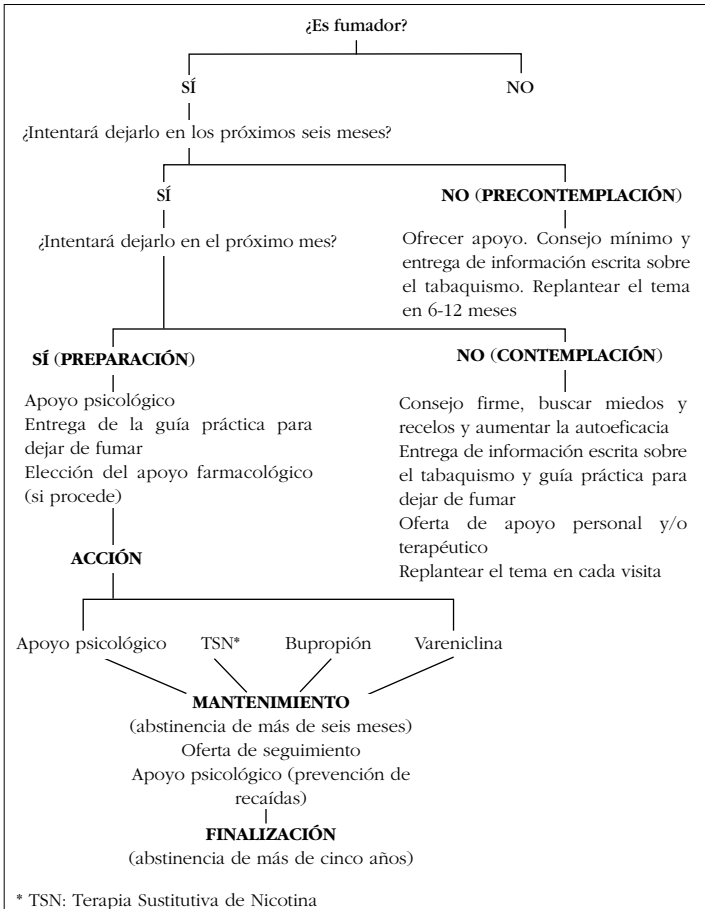


Figura 2. Actitud a tomar en función de la fase del proceso de abandono del tabaco de los fumadores

La primera visita debe establecerse en los primeros 7-15 días, con el objeto de evaluar las dificultades que se le puedan presentar al paciente, así como la cumplimentación terapéutica, si se hubiese pautado tratamiento farmacológico. Posteriormente, pueden concretarse nuevas visitas a los 15-30, 60 y 90 días. Además, si es posible, puede establecerse contacto telefónico entre las citas o a demanda del paciente.

El seguimiento en sí mismo constituye una eficaz estrategia de apoyo psicológico. Muchos fumadores persisten en su intento de dejar de fumar hasta la siguiente revisión, porque sienten que tienen que «rendir cuentas» a su terapeuta. Además, el seguimiento nos permite detectar de forma precoz las complicaciones del tratamiento, indagar las debilidades que siente el fumador, evaluar la correcta cumplimentación del tratamiento y, en definitiva, corregir cualquier circunstancia que dificulte la abstinencia tabáquica. En la tabla 3 se expone nuestra propuesta de las actividades a realizar en cada visita.

Solución precoz de las complicaciones o efectos adversos del tratamiento

En muchos casos, la aparición de efectos no deseados durante la fase de acción del proceso de cesación tabáquica provoca el abandono del tratamiento por parte del paciente y, por tanto, reduce significativamente las probabilidades de éxito. Algunos de estos efectos no podrán ser solventados, pero la gran mayoría de ellos son de fácil solución. A continuación se proponen algunas medidas para corregir o evitar las complicaciones más frecuentes.

- **Ansiedad:** en la mayoría de las ocasiones es consecuencia del síndrome de abstinencia por infradosificación de la TSN^{9,10}. Revisar el nivel de dependencia y reforzar o modificar el tratamiento puede ser suficiente para solucionar el problema. El apoyo psicológico con consejos para vencer la ansiedad y para evitar situaciones que la desencadenen también puede ser una medida eficaz.
- **Insomnio:** puede aparecer como consecuencia del síndrome de abstinencia (en pacientes infratratados) o como consecuen-

Tabla 3. Seguimiento del paciente que está dejando de fumar

ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LAS SUCEASIVAS VISITAS DEL PACIENTE EN FASE DE ACCIÓN	
Primera visita	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de datos personales • Teléfono de contacto • Valoración de la fase e historia tabáquica completa • Exploración física y toma de Tensión Arterial • Antecedentes personales • Identificar factores del entorno • Motivación • Apoyo psicológico • Entrega de material escrito • Determinación del peso • Determinación de Monóxido de carbono* (CO)
Visitas sucesivas	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de abstinencia o no • Revisar la correcta utilización de los dispositivos terapéuticos • Valoración de la eficacia del tratamiento propuesto • Valoración del síndrome de abstinencia • Valoración de los efectos secundarios • Ajustar el tratamiento si procede • Apoyo psicológico • Determinación de peso • Determinación de CO (CO en aire espirado*)

* No imprescindible. Realizar si se dispone de cooxímetro

cia de algunos tratamientos farmacológicos¹¹⁻¹³. En todos los casos, una adecuada higiene del sueño y medidas de relajación pueden ser de ayuda. En pacientes tratados con TSN, la solución puede ser ajustar la dosis al alza si el porcentaje de reemplazamiento de cotinina es <70% o si aparecen otros síntomas del síndrome de abstinencia de forma concomitante. En el caso de insomnio en pacientes ya correctamente tratados con TSN (a dosis plenas), este efecto puede desaparecer espontáneamente al cabo de unos días. Si el insomnio aparece en el contexto de un tratamiento con bupropión, se debe aconsejar al paciente que tome la segunda dosis al menos cuatro horas antes de acostarse como la opción más recomendable. Si esta medida no soluciona el problema, está indicada la asociación de un inductor del sueño.

- **Picor en la piel:** aparece con frecuencia en los pacientes que reciben TSN en forma de parches transdérmicos¹⁴. No suele ser un problema grave, pero en ocasiones obliga a suspender esta modalidad terapéutica. Normalmente, aparece al principio del tratamiento y desaparece al cabo de unos días si el paciente va rotando el lugar de colocación del parche. Airear el parche antes de adherirlo a la piel también es una medida eficaz para reducir las molestias que produce. Si a pesar de esto las molestias persisten, la aplicación tópica de corticoides puede ser la solución. Si finalmente el paciente no tolera las molestias, la solución es optar por otra modalidad terapéutica.
- **Parches que se despegan:** sucede principalmente en verano cuando la transpiración es más abundante y el contacto con el agua más frecuente. Reforzar la fijación del parche a la piel con un esparadrapo o con otro sistema puede ser la solución a este pequeño contratiempo. En todo caso, durante las vacaciones estivales en las que se prevea una frecuencia de baño superior, puede ser necesario adaptar el horario de los parches a las modificaciones de vida determinadas por esta actividad, posponer el tratamiento con parches o elegir otro tipo de tratamiento.
- **Úlceras bucales:** pueden aparecer en pacientes sometidos a TSN en forma de chicles¹⁴. Esta complicación puede intentarse prevenirse adiestrando correctamente al paciente en el empleo de los chicles; pero, si finalmente aparece, obliga a optar por otra modalidad terapéutica.
- **Molestias gastrointestinales:** al igual que en el caso anterior, pueden aparecer principalmente en pacientes sometidos a TSN en forma de chicles o comprimidos¹⁴, y también puede intentarse prevenirse adiestrando correctamente al paciente en el empleo de estos dispositivos. Si es preciso, pueden asociarse protectores gástricos.
- **Irritación nasal:** aparece en la mayoría de los pacientes sometidos a TSN en forma de *spray* nasal¹⁴. Aunque actualmente el *spray* nasal de nicotina no se comercializa en Es-

pañá, aquí abordamos las complicaciones derivadas de su uso porque aún se comercializa en otros países. Es un efecto molesto, pues en ocasiones el lagrimeo y la rinorrea suceden en cada instilación, pero, sin embargo, no reviste seriedad, pues suele desaparecer espontáneamente en la primera semana de tratamiento. Debe informarse al paciente de este efecto al prescribirle el tratamiento, para que el fumador tenga unas expectativas realistas y no se mine la confianza en el terapeuta.

- **Cefalea:** suele ser consecuencia de un tratamiento de TSN a dosis superiores a las necesarias (intoxicación nicotínica)¹⁴. En este caso, es preciso reducir la dosis total que el paciente recibe. También puede ser un signo de que el paciente continúa fumando a pesar de estar en tratamiento con TSN y, por tanto, debe descartarse este extremo interrogando al paciente al respecto o realizando una cooximetría.
- **Dolores musculares:** en ocasiones pueden aparecer con el empleo de la TSN en forma de parches transdérmicos¹⁴. En función de su intensidad, obliga a cambiar de método terapéutico.
- **Aumento de peso:** debido a que el consumo de tabaco conlleva un gasto calórico por sí mismo, el abandono del tabaco puede comportar en la mayoría de los casos un ligero-moderado aumento de peso¹⁵⁻¹⁷. Esto puede acentuarse por la ansiedad que comporta el síndrome de abstinencia, que muchos fumadores combaten comiendo en exceso, y por el hecho de que al dejar de fumar se recupera el gusto y el olfato¹⁸, y ello hace a los alimentos más sabrosos y, por tanto, más apetecibles. Sin embargo, no se debe olvidar que el aumento de peso puede evitarse o limitarse con las distintas alternativas terapéuticas, TSN o bupropión¹⁹, con una alimentación adecuada (ver anexo referente a la correcta alimentación) y con un aumento del ejercicio. En la tabla 4 se recogen de forma resumida las principales complicaciones de los tratamientos de cesación tabáquica y sus posibles soluciones.

Tabla 4. Principales complicaciones en los tratamientos de cesación tabáquica y sus posibles soluciones

PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LOS TRATAMIENTOS DE CESACIÓN TABÁQUICA Y SUS POSIBLES SOLUCIONES	
Problema	Soluciones
Ansiedad	Controlar el síndrome de abstinencia Apoyo psicológico Técnicas para reducir la ansiedad
Insomnio	Controlar el síndrome de abstinencia No ingerir bupropión justo antes de acostarse Inductores del sueño
Picor (tratamiento con parches)	Rotar el lugar de colocación del parche. Airear el parche. Corticoides tópicos. Cambiar de modalidad de tratamiento
Parches que se despegan	Reforzar la fijación
Úlceras bucales	Cambiar de modalidad de TSN si estaba con chicles o comprimidos
Molestias gastrointestinales	Adiestramiento en el empleo de los chicles o comprimidos Protectores gástricos
Cefalea	Valorar la dosis de TSN. Reducirla o suspender este tratamiento si es preciso Investigar consumo concomitante de tabaco (posible intoxicación nicotínica)
Dolores musculares	Valorar intensidad de los dolores Cambiar de modalidad de TSN si estaba con parches
Aumento de peso	Alimentación adecuada. Ejercicio Asociar tratamiento farmacológico en caso de no estar utilizándose

Control de los síntomas del síndrome de abstinencia

Algunos pacientes no pueden o no desean recibir ayuda farmacológica en su proceso de abandono del tabaco. Teniendo en cuenta que la presencia de síntomas del síndrome de abstinencia es la principal causa de recaída durante las primeras semanas de la fase de acción, es fácil entender que su control, o la minimización de los mismos, es una medida muy útil y necesaria en estos pacientes. A éstos es preciso aconsejarles la mejor manera de combatir estos síntomas²⁰, tal como se expone en la tabla 5.

Tabla 5. Manejo de los síntomas del síndrome de abstinencia

CONSEJOS PARA COMBATIR LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA	
Fuerte deseo de fumar	Respiraciones profundas, técnicas de relajación. Ingesta abundante de agua o zumos Chicles sin azúcar. Motivación. Saber que pasa pronto
Insomnio	Evitar café, té y bebidas con cafeína. Ejercicio. Ejercicios de relajación. Higiene del sueño
Cefalea	Ducha o baño templado. Técnicas de relajación
Estreñimiento	Dieta rica en fibra. Abundantes líquidos
Dificultad de concentración	Evitar bebidas alcohólicas. Aceptar un menor rendimiento durante 1-2 semanas
Nerviosismo	Ejercicio. Baño. Evitar bebidas excitantes
Hambre	Abundante agua y zumos. Frutas
Astenia	Aumentar las horas de sueño
Irritabilidad	Ejercicio. Baño. Relajación
Disforia	Buscar apoyo de personas en la misma situación o con experiencia previa similar
Ansiedad	Mantenerse ocupado. Aficiones. Aumentar la vida social

PAPEL DE LOS FÁRMACOS EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

La TSN, algunos antidepresivos, vareniclina y el soporte conductual para dejar de fumar consiguen tasas de abstinencia superiores, comparadas con control o con placebo. No obstante, muchos de estos fumadores que dejan de fumar pueden recaer a lo largo del tiempo. Se han estudiado estrategias para reducir la proporción de fumadores que recaen, como son técnicas conductuales, incremento de los contactos con los pacientes, técnicas aversivas, tratamientos farmacológicos y otras intervenciones inicialmente ideadas para ayudar a dejar de fumar.

Un estudio recientemente publicado analiza diversas intervenciones para prevenir recaídas después de haber conseguido con éxito dejar de fumar. Realizan un metaanálisis basándose en los ensayos registrados en el grupo de la Cochrane de revisión de la adicción al tabaco y encuentran que, hasta el momento, no hay

evidencia de que las técnicas de entrenamiento de habilidades ni otras intervenciones específicas ayuden a prevenir las recaídas²¹.

Pocos estudios han analizado el papel de la farmacoterapia en la prevención de recaídas. Dos ensayos encontraron un pequeño efecto del chicle de nicotina (OR: 1,30; IC 95%: 1,06-1,61). Sin embargo, sí existen algunas pruebas de que el tratamiento repetido con TSN, en los pacientes que han recaído después del uso reciente de los parches con nicotina, podría resultar en un aumento pequeño en la probabilidad de abandonar el consumo²².

Respecto al bupropión, se han publicado tres ensayos en los que se analiza su papel en la prevención de recaídas. En uno de ellos, después de utilizar bupropión para dejar de fumar, dos años después del abandono, el beneficio no fue significativo (OR: 1,16; IC 95%: 0,76-1,77), de tal forma que, después de siete semanas iniciales con bupropión, habían recaído casi tres cuartas partes de los que habían logrado una abstinencia inicialmente. En un segundo ensayo en fumadores que habían logrado la abstinencia con el tratamiento con parches de nicotina, no hubo beneficios estadísticamente significativos al añadir bupropión 12 meses después de la fecha de abandono (seis meses después del final del tratamiento con bupropión) (OR: 1,11; IC 95%: 0,46-2,66), con un porcentaje de recaídas en torno al 80%. En el último ensayo, se utilizó durante 11 semanas un tratamiento combinado con bupropión y parche de nicotina, seguido de 14 semanas con bupropión o placebo, y no se encontraron efectos del tratamiento prolongado sobre las tasas de recaídas. No obstante, llama la atención que las tasas de abandono al final del tratamiento farmacológico combinado fueron relativamente altas, de un 52% (OR de la abstinencia continua: 1,26; IC 95%: 0,79-2,02).

La interpretación de los resultados agrupados de estos tres ensayos debe realizarse con prudencia, ya que no son homogéneos entre sí. Los intervalos de confianza hallados son muy amplios, y no se detectaron pruebas de beneficio (OR: 1,19; IC 95%: 0,89 a 1,60). Podemos concluir diciendo que los estudios en los que se analiza el papel del tratamiento prolongado con bupropión para la prevención de recaídas no han encontrado que éste ayude a

la abstinencia mantenida a largo plazo, aun cuando reduzca las recaídas durante el periodo de tratamiento²³. Ello es lógico, teniendo en cuenta que el tratamiento farmacológico actúa sobre la dependencia física de la nicotina y que ésta desaparece tras varias semanas de abstinencia.

Vareniclina, comercializada en 2006, es un agonista parcial de los receptores de la nicotina y ha demostrado que puede ayudar a los fumadores a dejar el consumo al tener un efecto combinado: por una parte, mantiene niveles moderados de dopamina que contrarrestan los síntomas de abstinencia (efecto agonista) y, por otra, disminuye la satisfacción del hábito de fumar (efecto antagonista). De hecho, se ha encontrado que multiplica por tres las posibilidades de éxito en el abandono y que su eficacia es superior al placebo²⁴ y a otros tratamientos anteriores, como bupropión (con porcentajes de abstinencia a las 52 semanas del 23% para vareniclina y de 16% para bupropión)²⁵.

Hasta ahora sólo existe un ensayo que estudia el papel de vareniclina en la prevención de recaídas. Un estudio de fase III doble ciego y aleatorizado, publicado en JAMA en 2006, valoró la efectividad de vareniclina en la fase de mantenimiento y su papel en el control de las recaídas. En él, una vez conseguida la abstinencia durante 12 semanas con vareniclina, se aleatorizó a los pacientes en dos grupos: uno recibió placebo y otro vareniclina otras 12 semanas más, y se analizó la abstinencia mantenida durante las semanas 13 a 24 y 13 a 52. Vareniclina demostró un incremento de la abstinencia a las 24 y 52 semanas, con una OR de 2,48 (IC 95%: 1,95-3,16) y una OR de 1,34 (IC 95%: 1,06 a 1,69), respectivamente. Además, demostró mayor efectividad que placebo para prevenir recaídas durante el periodo de tratamiento (semana 24) y durante el seguimiento hasta finalizar el periodo de observación (semana 52). El tiempo de la primera recaída fue significativamente más largo entre los que recibieron vareniclina que placebo (198 días [CI 95%: 159-260] vs. 87 días [CI 95%: 58-143], respectivamente ($p < 0,001$)²⁶. Es necesario realizar estudios adicionales durante periodos de seguimiento más prolongados para determinar si los tratamientos de mayor duración dan lugar a tasas mayores de abstinencia a largo plazo²⁷.

En resumen, se podría afirmar que en el momento actual no hay una evidencia concluyente de que las intervenciones psicológicas ni farmacológicas existentes nos ayuden a prevenir las recaídas después de haber conseguido la abstinencia de fumar. La *Clinical Practice Guideline*, recientemente actualizada, indica que este es uno de los aspectos en los que se deben buscar respuestas en un futuro cercano, globalmente en todos los fumadores y en particular en grupos «especiales», como las embarazadas o los pacientes ingresados²⁸.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

La propia complejidad de los sistemas implicados en la recaída hace prever que ninguna estrategia farmacológica podrá ser efectiva en todos los casos, por lo que se abre la necesidad de ampliar el arsenal terapéutico disponible para dificultar la recaída y la escalada en el consumo de tabaco²⁹. Los estudios científicos más recientes en terapia de cesación tabáquica han demostrado como más eficaz la combinación del tratamiento farmacológico junto a pautas conductuales de intervención.

Las enfermeras son la mayor fuerza laboral de salud en la mayoría de los países y participan en prácticamente todos los niveles de atención de la salud. Su participación en el tratamiento del tabaquismo puede ser, y de hecho lo es en numerosos ámbitos, de una gran relevancia. La revisión de 42 ensayos clínicos, con más de 15.000 participantes incluidos, llegó a la conclusión de que el asesoramiento y el apoyo de personal de enfermería podrían aumentar el éxito de los intentos de cesación tabáquica, especialmente en un entorno hospitalario³⁰. No hay, por tanto, dudas de que la participación del personal de enfermería en el manejo y el abordaje del problema del tabaquismo, sobre todo en colaboración estrecha con otros profesionales, puede ser una contribución muy significativa en el control de este mal consumo.

El papel del personal de enfermería en el control del tabaquismo no tiene límites. Sus funciones abarcan todos los aspectos

del mismo, desde la prevención al tratamiento, pasando por el diagnóstico y el seguimiento, con la única salvedad de la utilización de aquellos fármacos que requieren prescripción facultativa. Por ello, sus funciones son, como en el caso de los médicos:

- La función modélica.
- La función educadora.
- La función terapéutica (consejo breve, tratamiento farmacológico con especialidades que no precisan receta médica, apoyo programado individual, apoyo programado grupal).
- La concienciación social y la promoción de ambientes sin humo.
- La función docente e investigadora.

ACTITUD ANTE EL FRACASO TERAPÉUTICO

Retomando el inicio de este capítulo, el fracaso terapéutico o la recaída es el destino final de muchos de los fumadores que inician un programa de cesación tabáquica. Este hecho debe ser conocido y asumido por todo terapeuta de un fumador, como por cualquier terapeuta de cualquier otra adicción. Las expectativas al inicio de un tratamiento de cesación tabáquica deben ser realistas, pues ningún autor ni ningún programa serio y científico pueden lograr un 100% de éxitos.

Se debe adoptar una actitud comprensiva y tolerante para que el fumador sea consciente de que conocemos las dificultades que entraña dejar el tabaco, y ofrecer nuestra disposición a prestarle ayuda de nuevo si lo desea, sin renunciar a que perciba la firmeza y la seriedad necesaria en cada intento.

Es fundamental analizar seriamente las causas que han podido motivar el fracaso. Éstas pueden ser muy diversas. Algunas pueden tener que ver con las circunstancias personales del paciente, con la correcta cumplimentación del tratamiento, con la valoración inicial del nivel de dependencia, con el seguimiento propuesto o con el tratamiento escogido. Es necesario conocer las posibles causas que han motivado el fracaso para

abordar un nuevo intento con garantías. Una vez analizadas, podemos animar al paciente para que realice un nuevo intento cuando lo estime oportuno o dejarle la puerta abierta a nuestra futura colaboración³¹. En la tabla 6 se expone la actitud recomendada ante el fracaso de un fumador en el intento de dejar el tabaco.

Tabla 6. Manejo práctico del fracaso terapéutico

ACTITUD ANTE EL FRACASO TERAPÉUTICO
<ul style="list-style-type: none">• Felicitar al fumador por el esfuerzo realizado• No culpabilizarle por su fracaso• Hacerle ver que en un nuevo intento le será más fácil dejarlo• Analizar las posibles causas del fracaso<ul style="list-style-type: none">– Valorar las circunstancias personales y del entorno del fumador:<ul style="list-style-type: none">• Elevado nivel de estrés• Poco apoyo de su entorno– Reevaluar el nivel de dependencia– Reevaluar el nivel de motivación– Valorar los posibles fallos de cumplimentación del tratamiento previo:<ul style="list-style-type: none">• Por la mala cumplimentación por parte del paciente• Por el mal uso de los dispositivos empleados– Valorar los efectos adversos del tratamiento previo– Replantearnos el tratamiento previo– Proponerle, si lo desea, un nuevo plan de tratamiento y seguimiento• Si aún no desea intentarlo de nuevo, ofrecerle nuestra colaboración para cuando se sienta preparado

BIBLIOGRAFÍA

1. Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. *N Engl J Med* 1995;2:1196-203.
2. Kornitzerr M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation. A placebo-controlled clinical trial. *Prevent Med* 1995;24:41-7.
3. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. In: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D (eds) *Tobacco Addiction Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (updated 01 December 1997). Available in *The Cochrane Library* (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration; Issues 1. Oxford: Update Software; 1998.

4. Jiménez CA, Fagerström KO. Manual práctico de la terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Novartis; 2000.
5. Hernández MA. Educación y Tabaco (Tesis Doctoral). Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca. Octubre de 1998.
6. Pérez-Trullén A, Clemente ML, Hernández MA, Morales C. La autoeficacia como método de deshabitación tabáquica. *Anales de Psiquiatría* 2001;7(1):22-9.
7. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. En: Bandura A (ed). *Self efficacy. The exercise of control*. New York: NJ Freeman; 1997.
8. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994;13:39-46.
9. Jiménez CA, González de la Vega JM, Escudero C, García A, Roca J, Solano S, et al. Tabaquismo. *Manuales SEPAR* 1995;1:1-109.
10. Kinnunen T, Henning L, Nordstrom BL. Smoking cessation in individuals with depression. *CNS Drugs* 1999;11:93-103.
11. Holm KJ, Spencer CM. Bupropión. Revisión de su empleo en el tratamiento de la deshabitación tabáquica. *Drugs* 2000;59:1007-26.
12. Jiménez CA, Solano S. Tratamiento del tabaquismo. Terapia sustitutiva con nicotina. *Rev Clin Esp* 1994;194:487-91.
13. Páez JM. Acción del tabaco sobre la tensión arterial. En: López V (ed.) *Tabaco, hipertensión y órganos diana*. Barcelona: Espaxs; 1999. pp. 25-37.
14. Jiménez CA, Solano S. Tratamiento del tabaquismo. Terapia sustitutiva con nicotina. *Rev Clin Esp* 1994;194:487-91.
15. Rodin J. Change following smoking cessation: the role of food intake and exercise. *Addict Behav* 1987;12:303-17.
16. Becoña E, Vázquez FL. Smoking cessation and weight gain in smokers participating in a behavioral treatment at 3 years follow up. *Psychol Rep* 1998;82:999-1005.
17. Torrecilla M, Martín M, Moreno de Vega B, Plaza D, Hernández-Mezquita MA, Barruco M. Deshabitación tabáquica e incremento ponderal. *Prev Tab* 2000;2:89-94.
18. Timmreck TC, Randolph JF. Guía para dejar de fumar. *Modern Geriatrics* (ed. esp.) 1993;8:294-9.
19. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA. A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-91.
20. Córdoba R, Delgado T, Botaya M, Barberá C, Lacarta P, Sanz C. Protocolo de tabaco en Atención Primaria. *FMC* 1995;2(3).

21. Lancaster T, Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis MJ. Prevention of relapse after quitting smoking. *Arch Intern Med* 2006;166:828-35.
22. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007. Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
23. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
24. Oncken C, Gonzales D, Nides M, Rennard S, Watsky E, Billing CB, et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2006;166(15):1571-7.
25. Taylor J, Ebbert JO, Sood A. Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation. *Am J Med* 2008;121(4 Suppl 1):S32-42.
26. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial.; Varenicline Phase 3 Study Group. *JAMA* 2006;296(1):64-71.
27. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstractsEs/AB006103-ES.htm>
28. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Disponible en: www.surgeongeneral.gov/tobacco/
29. Rodríguez F. IV Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo (CNPT). Barcelona: 2004.
30. John Wiley and Sons. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;3.
31. Hernández-Mezquita MA, Torrecilla M, Barrueco M. Individualización del tratamiento: deshabituación tabáquica en situaciones especiales. Manejo práctico de las principales complicaciones del tratamiento. Actitud ante el fracaso terapéutico. *JANO* 2001;60:2207-12.

Anexos

Los anexos que se exponen a continuación tienen como finalidad ser de utilidad al terapeuta y al paciente.

Los que están destinados a su uso por parte del terapeuta van señalizados con el epígrafe en azul; los destinados al fumador, para facilitarles la comprensión de las instrucciones o para proporcionarles apoyo psicológico, en rojo; y los que son útiles para ambos, en amarillo, tal como se muestra a continuación.

Para uso exclusivo por el terapeuta

Para el fumador

Útil para el fumador y el terapeuta

No todos los anexos señalizados en rojo deben ser entregados a todos los pacientes. Es preciso individualizar cuáles de ellos pueden ser de utilidad a cada paciente. Por ejemplo, no es preciso entregar instrucciones acerca del uso de la TSN a pacientes que no van a recibir esta terapia.

En las páginas siguientes se exponen resumidamente los anexos con una pequeña justificación de su empleo, así como del destinatario (paciente, terapeuta o ambos).

RELACIÓN DE ANEXOS Y SU JUSTIFICACIÓN

ANEXO 1

MODELO DE HISTORIA CLÍNICA DE TABAQUISMO

Se propone un modelo de historia clínica que en una sola página permite recoger todos los datos de la visita inicial y de las sucesivas revisiones.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 2

HOJA DE REGISTRO DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS

Su cumplimentación por el fumador puede ser útil desde los días previos a la fecha elegida para dejar el tabaco hasta que se estime oportuno. Ayuda al fumador a hacer consciente su consumo de cigarrillos, desautomatizando el consumo. El registro de la abstinencia diaria durante la fase de acción sirve como refuerzo positivo. Este anexo puede ser sustituido por el **anexo 4** si se desea, un registro más exhaustivo y relacionado con la necesidad de fumar. La utilización de uno u otro dependerá de los objetivos perseguidos con su empleo y de la duración en el tiempo de la actividad.

Para el fumador

ANEXO 3

HOJA DE ACTIVIDADES DE ROTURA DE LAZOS CON EL TABACO

Preparan al paciente para el día D. Facilitan la ruptura de asociaciones psicológicas que perpetúan el consumo y le demuestran que él es capaz de controlar a la nicotina y no al revés. Sirve para mejorar la autoeficacia del paciente. También es de utilidad en el tratamiento de RhD.

Para el fumador

ANEXO 4

REGISTRO DEL CONSUMO DE TABACO PREVIO A LA CESACIÓN

Hace consciente del hecho de fumar, facilita la reflexión acerca de la necesidad de fumar cada cigarrillo y orienta de la dificultad de mantener la abstinencia.

Para el fumador

ANEXO 5

TEST DE FAGERSTRÖM

Test de fácil cumplimentación que aporta información acerca del grado de dependencia física o nicotínica. Útil para tomar la decisión de emplear o no tratamiento farmacológico.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 6

TEST DE RICHMOND

Útil para conocer el nivel de motivación del paciente para dejar de fumar. Una puntuación baja puede implicar la no conveniencia de iniciar el tratamiento en este momento. Su uso no es imprescindible.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 7

TEST DE GLOVER-NILSSON

Test destinado a identificar las características de los diferentes fumadores-tipo y el componente de dependencia predominante. Ello puede ser útil para aportar a nuestros pacientes los consejos más apropiados. Su uso no es imprescindible.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 8

ACTITUD ANTE EL TABACO. COMPARAR LOS MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR CON LOS MOTIVOS PARA SEGUIR FUMANDO

Ayuda al fumador a hacer conscientes sus motivos para dejar de fumar y sirve como refuerzo en los momentos de duda durante el proceso de cesación tabáquica y para evitar las recaídas en las fases de mantenimiento y consolidación.

Para el fumador

ANEXO 9

INFORMACIÓN PARA ENTREGAR A LOS FUMADORES EN FASES DE PRECONTEMPLACIÓN Y CONTEMPLACIÓN

Esta información tiene como objeto que los fumadores avancen de fase en su proceso de cesación tabáquica. Es muy útil cuando el fumador o el terapeuta consideran que aún no es el momento de realizar un intento serio de abandono del tabaco.

Para el fumador

ANEXO 10

GUÍA PRÁCTICA PARA DEJAR DE FUMAR (adaptado de la Guía Práctica de la SEPAR para dejar de fumar)

Resumen de las medidas conductuales más habituales.

Para el fumador

ANEXO 11

CONSEJOS PARA LOS DÍAS PREVIOS AL ABANDONO DEL TABACO

Estos sencillos consejos tienen como objeto ir rompiendo la dependencia conductual del tabaco e ir rompiendo la asociación tabaco-placer. Ello hará más sencillo el abandono, pues es un «entrenamiento» para su futuro como ex fumador. No es preciso que todos los fumadores pongan en práctica todos los consejos. Es preciso individualizar y pactar con el fumador cuáles son los más apropiados y factibles en cada caso, señalando aquellos que, por mutuo acuerdo, deseamos que sean puestos en práctica hasta el día D. Mediante estos consejos se pretende que el fumador

vaya «rompiendo lazos» con el tabaco. Muy similar y complementario del anexo tres.

Útil para el fumador y el terapeuta

ANEXO 12

PRINCIPALES BENEFICIOS DEL ABANDONO DEL TABACO

El conocimiento por el paciente de los beneficios que obtendrá al dejar de fumar contribuye al refuerzo de la decisión de no fumar, sin crear las reacciones contrarias que en ocasiones se producían al mostrar únicamente los efectos nocivos del tabaco. Por otro lado, una adecuada explicación del médico al fumador de estas ventajas puede contribuir a que algunos fumadores tomen la decisión de iniciar el proceso de cesación.

Útil para el fumador y el terapeuta

ANEXO 13

SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

El conocimiento por el paciente y el terapeuta de los síntomas del síndrome de abstinencia evitará que éstos sean interpretados por el paciente como signos de debilidad o como efectos adversos de la medicación. Asimismo, ayudará a que el terapeuta pueda valorar la conveniencia de incrementar la dosis de los fármacos empleados. De utilidad para usarlo como complemento explicativo del anexo 18.

Útil para el fumador y el terapeuta

ANEXO 14

RECOMENDACIONES DE APOYO PSICOLÓGICO

Para aplicar en los fumadores en fases de preparación y acción (no se requiere formación específica para ello).

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 15

FALSAS CREENCIAS RESPECTO DEL TABACO Y SU POSIBLE CONTRAARGUMENTACIÓN

Existen multitud de mitos populares acerca del tabaco que es conveniente que el fumador sepa que no son ciertos. Estos mitos pueden ser contraargumentados y desmontados con las propuestas de este anexo, lo que, además, contribuirá a aumentar nuestra credibilidad como terapeuta. Desmontar las falsas creencias populares respecto al tabaco faculta al fumador para resistir mejor las presiones externas que le incitan a fumar y refuerza nuestra credibilidad como terapeutas.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 16

SITUACIONES CON MAYOR RIESGO DE FUMAR

El conocimiento por parte del fumador de las situaciones que personalmente le incitan más a fumar es de suma importancia, pues hace que sea consciente del riesgo y pueda evitarlas o estar prevenido para realizar acciones alternativas. Puede complementarse con los factores (lugares, personas o cosas) desencadenantes.

Para el fumador

ANEXO 17

CONTRATO DE CONTINGENCIAS

Es un contrato simbólico que favorece el compromiso del fumador en el esfuerzo necesario para lograr la cesación tabáquica. Puede establecerse con los terapeutas, formando parte del soporte social intratratamiento o la familia o amigos (soporte social extratratamiento).

Para el fumador

ANEXO 18

HOJA DIARIA DE REGISTRO DE LA ABSTINENCIA O CONSUMO DURANTE LA FASE DE ACCIÓN Y VALORACIÓN CONTINUADA DEL SAN

Su cumplimentación por el fumador durante la fase de acción es una recompensa al esfuerzo realizado y manifiesta la materialización del éxito logrado. Ofrece información diaria acerca de la mayor o menor intensidad de cada síntoma del SAN, lo que permite ajustar el tratamiento. Debe traerse a cada revisión para la valoración conjunta entre el paciente y el terapeuta.

Para el fumador

ANEXO 19

CONSEJOS PARA UTILIZAR TODOS LOS DÍAS. TIENEN COMO OBJETIVO AYUDAR A MANTENER LA ABSTINENCIA TABÁQUICA
Son consejos que harán más fácil la abstinencia durante los primeros días sin fumar. Puede complementarse con los ejercicios de relajación del anexo 23.

Para el fumador

ANEXO 20

CONSEJOS PARA UNA CORRECTA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Consejos que ayudan al fumador en fase de acción a limitar o evitar la ganancia de peso, lo que es importante tanto para la salud de los pacientes como para el correcto desarrollo de la fase de acción, pues, en algunos casos, la ganancia de peso puede desmotivar al fumador y hacer que no persevere en el intento de abstinencia.

Para el fumador

ANEXO 21

CONSEJOS PARA MANTENERSE EN FORMA. ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Consejos que complementan los del anexo anterior y que, además de contribuir al control del peso, proporcionan bienestar y distracción al paciente.

Para el fumador

ANEXO 22

CONSEJOS PARA SITUACIONES PARTICULARES

Consejos particulares para determinados tipos de fumadores. Estos consejos pretenden adaptarse más a cada tipo de fumador, debiendo el terapeuta determinar cuáles son los más apropiados a cada fumador y especificárselo al entregarle la hoja. Para decidir ante qué tipo de fumador estamos, puede ser útil el test de Glover-Nilsson (anexo 4).

Para el fumador

ANEXO 23

EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

Se trata de ejercicios de relajación muy sencillos, para utilizar en los momentos en los que sienta mayor necesidad de fumar. Por su sencillez, se pueden realizar en cualquier lugar o situación.

Para el fumador

ANEXO 24

CONSEJOS SOBRE EL SUEÑO

Se trata de consejos muy sencillos, destinados a mejorar la calidad del sueño; su deterioro es uno de los síntomas más frecuentes en las personas en proceso de abandono del tabaco.

Para el fumador

ANEXO 25

TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA

Informa a los pacientes que van a recibir tratamiento farmacológico con TSN del fundamento de este tratamiento, así como de los beneficios que aporta este tipo de tratamiento.

Para el fumador

ANEXO 26

USO CORRECTO DE LOS PARCHES DE NICOTINA

Explica a los pacientes que van a comenzar un tratamiento con esta modalidad terapéutica su correcto modo de empleo, con el objeto de aumentar su eficacia y evitar los efectos adversos.

Para el fumador

ANEXO 27

USO CORRECTO DE LOS CHICLES Y COMPRIMIDOS DE NICOTINA

Explica a los pacientes que van a comenzar un tratamiento con estas modalidades terapéuticas su correcto modo de empleo, con el objeto de aumentar su eficacia y evitar los efectos adversos.

Para el fumador

ANEXO 28

TRATAMIENTO CON BUPROPIÓN

Informa a los pacientes que van a iniciar un tratamiento con bupropión de los fundamentos básicos del tratamiento, de la posología, de los principales efectos adversos y de las precauciones mínimas que ha de mantener mientras realice este tratamiento.

Para el fumador

ANEXO 29

TRATAMIENTO CON VARENICLINA

Informa a los pacientes que van a iniciar un tratamiento con vareniclina de los fundamentos básicos del tratamiento, de la posología, de los principales efectos adversos y de las precauciones mínimas que ha de mantener mientras realice este tratamiento.

Para el fumador

ANEXO 30

DIAGNÓSTICO DE FASE Y DIAGRAMA DEL PROCESO DE ABANDONO DEL TABACO

El conocimiento de la fase en que se encuentra cada fumador en su particular proceso de abandono del tabaco es de vital importancia para tomar las decisiones más apropiadas en cada caso.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 31

ACTITUD TERAPÉUTICA EN FUNCIÓN DE LA FASE DEL PROCESO DE ABANDONO DEL TABACO

Orientación terapéutica en función de la fase del proceso de abandono del tabaco.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 32

PAUTAS SIMPLIFICADAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA CESACIÓN TABÁQUICA

Pautas estándar de tratamiento farmacológico en la cesación tabáquica.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 33

COMPONENTES DEL TABACO Y PATOLOGÍA

Se exponen cuáles son las patologías relacionadas con cada uno de los componentes del tabaco.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 34

SITUACIONES IDÓNEAS PARA EL CONSEJO ANTITABACO

Se recuerdan aquellas situaciones de la relación médico-paciente en las que el fumador puede ser más receptivo para un consejo antitabaco.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 35

CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE CONSUMO DE TABACO Y LOS DE MONÓXIDO DE CARBONO Y CARBOXIHEMOGLOBINA

Se muestra la correlación aproximada entre el consumo de cigarrillos y los niveles de CO medidos por cooximetría y de COHb. Esta información puede ser útil para motivar al paciente en las revisiones, para confirmar la abstinencia y para tomar decisiones terapéuticas.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 36

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

Se exponen las indicaciones más frecuentes de derivación desde atención primaria a unidades de tabaquismo o a terapeutas expertos en el tratamiento del tabaquismo de fumadores para su cesación tabáquica. Estas indicaciones no pueden ni deben ser tomadas al pie de la letra, pues depende de la accesibilidad, las posibilidades prácticas y la experiencia personal del terapeuta.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 37

ACTIVIDADES A REALIZAR EN CADA UNA DE LAS REVISIONES

Se exponen las actividades a realizar en cada revisión durante el proceso de cesación tabáquica.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 38

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN SITUACIONES ESPECIALES

Se indican las opciones terapéuticas recomendadas en las patologías que con mayor frecuencia pueden condicionar la elección de un tratamiento farmacológico para la cesación tabáquica.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 39

ESCALERA TERAPÉUTICA EN LA CESACIÓN TABÁQUICA

Se exponen las opciones terapéuticas más apropiadas en función de la puntuación del test de Fagerström.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 40

SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NICOTÍNICA Y SOLUCIONES NO FARMACOLÓGICAS PARA MINIMIZARLOS

De especial utilidad en aquellos pacientes que no pueden o no desean recibir tratamiento farmacológico.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 41

ACTITUD ANTE EL FRACASO TERAPÉUTICO

Se aporta la pauta de conducta recomendada ante un fracaso en el intento de cesación tabáquica.

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 42

PRINCIPALES COMPLICACIONES DURANTE LOS TRATAMIENTOS DE CESACIÓN TABÁQUICA

Así como las posibles soluciones para paliarlas o solventarlas.

Para uso exclusivo por el terapeuta.

ANEXO 43

CONTENIDO EN NICOTINA DE LAS PRINCIPALES MARCAS DE TABACO

Para uso exclusivo por el terapeuta

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA DE TABAQUISMO

Para uso exclusivo por el terapeuta

Nombre: _____ Fecha: _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Teléfono: _____
 A. personales: _____
 Tto. médico: _____

Cigarros/día: _____ Intentos serios previos: _____
 Motivación: _____
 Paquetes/año: _____ Fagerström: _____ CO: _____

TAS: _____ Tratamiento propuesto: _____
 TAD: _____
 PESO: _____

ABSTINENCIA (SAN)	0	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFICADO		
Puntuar de 0 a 4						¿Cuánto tiempo tarda, después de despertarse, en fumar su 1. ^{er} cigarrillo?	<5 minutos	3
Craving (deseo de fumar)							6-30 minutos	2
Ansiedad, irritabilidad							31-60 min	1
Nerviosismo							>60 minutos	0
Trastornos del sueño						¿Tiene dificultad para no fumar en los sitios prohibidos?	Sí	1
Dificultad concentración							No	0
Cefalea						¿Cuál es el cigarrillo más deseado?	El primero	1
Estreñimiento							Otros	0
Aumento de apetito						¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	>30	3
Tristeza, melancolía							21-30	2
Ganancia de peso							11-20	1
TOTAL							<11	0
						¿Fuma más durante las mañanas?	Sí	1
							No	0
						¿Fuma aun estando en la cama enfermo?	Sí	1
							No	0

Fecha					
Fase actual					
Fuma					
Tratamiento correcto					
Fumó durante tratamiento					
Disminuyó cigarrillos a: n°					
Fagerström					
CO					
TAS					
TAD					
Peso					
Cambio tratamiento					
Efectos secundarios					
OBSERVACIONES:					

ANEXO 3

Para el fumador

PLAN DE ROTURA DE LAZOS CON EL TABACO

Recuerde que el objetivo de estas medidas es demostrarse a sí mismo que usted puede tomar el control, que el tabaco no le controla a usted, sino usted al tabaco

- Compre los paquetes de uno en uno: Sí NO
- Cambie de marca de tabaco. Use una diferente cada día Sí NO
- No acepte ni pida cigarrillos a otras personas Sí NO
- Establezca lugares donde no fumará: _____

- Retrasar minutos el primer cigarrillo: Sí NO
- Retrasar minutos otros cigarrillos: Sí NO
- Dejar sin fumar 1/3 o 1/2 cigarrillo: Sí NO
- Fije el número máximo de cigarrillos que fumará: . Trate de no superar el tope establecido. Si consigue sin gran esfuerzo fumar menos de los previstos, mejor

Otras tareas: _____

- Reduzca semanalmente cigarrillos, tal como se muestra en la **tabla** inferior, y anote cuántos fuma cada día. Recuerde que puede fumar menos de los previstos

SEMANA 1	L	M	X	J	V	S	D
Autorizados							
Fumados							
SEMANA 2	L	M	X	J	V	S	D
Autorizados							
Fumados							
SEMANA 3	L	M	X	J	V	S	D
Autorizados							
Fumados							
SEMANA 4	L	M	X	J	V	S	D
Autorizados							
Fumados							

ANEXO 5

Uso exclusivo por el terapeuta

TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFICADO

Medición de la dependencia física

Valore el grado de dependencia de la nicotina en una escala de 0 a 10 puntos

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

Hasta 5 minutos	3 puntos
De 6 a 30 minutos	2 puntos
De 31 a 60 minutos	1 punto
Más de 60 minutos	0 puntos

¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?

Sí	1 punto
No	0 puntos

¿Qué cigarrillo le costará más dejar de fumar?

El primero de la mañana	1 punto
Cualquier otro	0 puntos

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Menos de 10 cigarrillos	0 puntos
Entre 11 y 20 cigarrillos	1 punto
Entre 21 y 30 cigarrillos	2 puntos
Más de 30 cigarrillos	3 puntos

¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse?

Sí	1 punto
No	0 puntos

¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama?

Sí	1 punto
No	0 puntos

TOTALPUNTOS

Puntuación menor o igual a 4: baja dependencia de la nicotina

Puntuación con valores entre 5 y 6: dependencia media

Puntuación igual o superior a 7: alta dependencia de la nicotina

ANEXO 5 (CONTINUACIÓN)

Uso exclusivo por el terapeuta

TEST DE FAGERSTRÖM ABREVIADO

Medición de la dependencia física

Valore el grado de dependencia de la nicotina en una escala de 0 a 6 puntos

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

Hasta 5 minutos	3 puntos
De 6 a 30 minutos	2 puntos
De 31 a 60 minutos	1 punto
Más de 60 minutos	0 puntos

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Menos de 10 cigarrillos	0 puntos
Entre 11 y 20 cigarrillos	1 punto
Entre 21 y 30 cigarrillos	2 puntos
Más de 30 cigarrillos	3 puntos

ANEXO 6

Uso exclusivo por el terapeuta

TEST DE RICHMOND

Medición del nivel de motivación para dejar de fumar

Valore la motivación para dejar de fumar en una escala de 0 a 10 puntos

¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

No0 puntos
 Sí1 punto

¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

Nada en absoluto0 puntos
 Algo1 punto
 Bastantes2 puntos
 Muy seriamente3 puntos

¿Qué cigarrillo le costará más dejar de fumar?

El primero de la mañana1 punto
 Cualquier otro0 puntos

¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?

Definitivamente no0 puntos
 Quizás1 punto
 Sí2 puntos
 Definitivamente sí3 puntos

¿Cuál es la posibilidad de que dentro de los próximos seis meses sea usted un «no fumador»?

Definitivamente no0 puntos
 Quizás1 punto
 Sí2 puntos
 Definitivamente sí3 puntos

TOTALPUNTOS

Puntuación menor o igual a 6: baja motivación

Puntuación con valores entre 7 y 9: moderada motivación

Puntuación igual a 10: alta motivación

ANEXO 7

Uso exclusivo por el terapeuta

TEST DE GLOVER-NILSSON

¿Cuánto valora lo siguiente? (preguntas 1 a 3)

Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado

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 del hábito de fumar	0	1	2	3	4
3. Juego y manipulo el paquete de tabaco como ritual	0	1	2	3	4

¿Cuánto valora lo siguiente? (preguntas 4 a 18)

Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado

0, nunca; 1, raramente; 2, a veces; 3, a menudo; 4, siempre

4. ¿Ocupa sus manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
5. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
6. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras una tarea?	0	1	2	3	4
7. ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
8. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
9. Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
11. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
12. ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos, aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, la tensión, la frustración, etc.?	0	1	2	3	4
14. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
15. ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	0	1	2	3	4
16. ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18. ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

Preguntas 1, 6, 7 y 8 miden **dependencia psicológica**, las preguntas 17 y 18 miden **dependencia social**, y las preguntas 2 a 5 y 9 a 16 miden **dependencia gestual**

ANEXO 8

Para el fumador

ACTITUD ANTE EL TABACO. COMPARAR LOS MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR CON LOS MOTIVOS PARA SEGUIR FUMANDO

Ventajas de fumar Motivos para seguir fumando	Ventajas de no fumar Motivos para dejar de fumar ya
	Mejorará mi calidad de vida Mejorará mi salud Evitaré enfermedades futuras Mejorará mi aspecto personal Seré un ejemplo positivo para mis hijos Recuperaré el gusto y el olfato Mejoraré mi rendimiento físico Ahorraré dinero Recuperaré mi libertad _____ _____ _____ _____

Complete la lista rellenando los espacios vacíos. Es conveniente reflexionar acerca de los motivos que tiene para continuar fumando y para dejar de hacerlo. **REPASE** esta lista en los momentos de debilidad

ANEXO 9

Para el fumador

INFORMACIÓN SOBRE TABACO PARA FUMADORES EN FASES DE PRECONTEMPLACIÓN Y CONTEMPLACIÓN

EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO

- Fumar es la causa de cáncer en múltiples órganos vitales. No sólo de pulmón, también produce leucemias, tumores de estómago, de esófago, de vejiga, de mama y de útero, entre otros
- El tabaco daña las arterias y aumenta el riesgo de infartos, trombosis y embolias
- El tabaco produce enfermedades respiratorias como bronquitis crónica o enfisema pulmonar. Además, agrava el asma e irrita los ojos, la nariz y la garganta
- La nicotina es una droga con tanta capacidad adictiva como la heroína
- El tabaquismo es una auténtica epidemia. Es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. En España, causa 45.000 muertes anuales, más personas que los accidentes de tráfico los accidentes de trabajo o el sida juntos
- Fumar perjudica la salud de los que le rodean, el tabaquismo pasivo también produce enfermedades respiratorias y cáncer en sus allegados
- Fumar es un mal ejemplo. Si usted fuma, es más probable que sus hijos en el futuro también lo hagan
- Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de malformaciones, de complicaciones y de enfermedades graves de su hijo durante su infancia

VENTAJAS DE DEJAR DE FUMAR

- Mejorará su aspecto personal: desaparecerá el mal aliento, el mal olor de su ropa y de la casa en general, desaparecerá el color amarillento de manos y uñas, mejorará la hidratación y la tersura de su piel, y tendrá menos arrugas
- Será un ejemplo positivo para sus hijos y no perjudicará su salud
- Recuperará su libertad y dejará de estar sometido a una adicción (nicotina)
- Ahorrará dinero para poder darse un capricho
- Mejorará su seguridad: menor riesgo de incendios o de accidentes de tráfico

VENTAJAS PARA LA SALUD: evitará enfermedades futuras

- Se normalizarán su tensión arterial y la frecuencia cardiaca a los 20 minutos del último cigarrillo

ANEXO 9 (CONTINUACIÓN)

Para el fumador

VENTAJAS DE DEJAR DE FUMAR

- Los niveles de monóxido de carbono y oxígeno se normalizaran tras ocho horas
- Disminuye el riesgo de muerte súbita pasadas 24 horas
- Recuperará el gusto y olfato pasadas 48 horas
- Mejora la función respiratoria pasadas 72 horas
- Aumentará la capacidad física y se cansará menos pasados 1-3 meses
- Sufrirá menos catarros, faringitis y otras infecciones pasados 1-9 meses
- Se iguala el riesgo de padecer infartos, trombosis o embolias cerebrales al de los no fumadores, tras cinco años sin fumar. Cuanto antes se deje, mejor
- Se iguala el riesgo de padecer cáncer de pulmón y otros tumores al de los no fumadores, pasados 10-15 años sin fumar
- En mujeres que toman anticonceptivos se reduce el riesgo de infarto o embolias
- Si está embarazada, se eliminan algunos riesgos graves para su hijo

CUÁNDO SE SIENTA PREPARADO PARA DEJAR DE FUMAR, PIDA AYUDA A SU MÉDICO O ENFERMERO. ELLOS PUEDEN HACERLE EL PROCESO MUCHO MÁS FÁCIL

ANEXO 10

Adaptado de la Guía Práctica de la SEPAR

Para el fumador

GUÍA PRÁCTICA PARA DEJAR DE FUMAR

Consejos prácticos que le ayudarán a superar la dependencia del tabaco

Prepárese para dejar de fumar:

- Puede fumar, pero cada vez que encienda un cigarrillo piense por qué lo hace y si verdaderamente es del todo imprescindible
- Trate de hacerse un registro personal como fumador. Descubra las situaciones que asocia con la necesidad de fumar y evítelas. Comprobará que disminuye el número de cigarrillos que fuma y que empieza a controlar la urgencia de fumar. Felicítese por ello
- Si le ha sido prescrito tratamiento farmacológico, adquiéralo y comience a usarlo en el momento y de la forma que le ha indicado su médico o enfermero

¿Qué hacer el primer día sin fumar?

- Procure levantarse un poco antes de la hora habitual y haga el firme propósito de dejar de fumar sólo por hoy
- Haga un poco de ejercicio respirando aire puro. Note cómo el aire puro y oxigenado invade tus pulmones. Aire puro, no humo
- Procure no comer abundantemente y, sobre todo, después de comer no se tome un descanso para leer o ver la TV. No se le ocurra quedarse quieto. Haga algo
- Piense que este cambio de sus hábitos diarios no durará toda la vida

Una docena de consejos que no debe olvidar:

- Piense en dejar de fumar sólo por el día presente
- Dejar de fumar es difícil, pero no imposible. Merece la pena el esfuerzo
- Procure comer muchas veces y poco cada vez. Evite el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes (café, té, etc.). Los zumos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán sus mejores alimentos durante este periodo
- Durante los primeros días sentirá un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero no se preocupe, existe una forma de enfrentarse y vencer este deseo: «relájese, respire profundamente y sienta cómo el aire puro y limpio invade sus pulmones. Reténgalo todo el tiempo que pueda en su interior y sáquelo lentamente, concéntrese en lo que está haciendo. Repita esto varias veces

ANEXO 10 (CONTINUACIÓN)

Para el fumador

- Tenga presente que el deseo imperioso de fumar disminuye considerablemente después de la segunda a tercera semana
- Su riesgo de padecer enfermedades como el cáncer de pulmón, el infarto de miocardio y la bronquitis está disminuyendo vertiginosamente cada día que supera sin fumar
- El estado de su piel y su capacidad para distinguir los sabores y olores mejorará notablemente con el abandono del consumo de tabaco
- Descubra que en las situaciones de tensión, usted es el único capaz de dominarlas, no necesita para nada el cigarrillo. Ahora es usted quien domina al tabaco
- Ahorre todo el dinero que antes derrochaba en el tabaco. Cuando tenga una buena cantidad, regálese eso que tantas veces ha querido comprar
- Tenga cuidado, puede engordar. No obstante, si vigila su dieta, sólo ganará escasos kilos que después puede eliminar fácilmente
- Felicítese cada día que pasa, porque esta vez seguro que va a conseguir dejar el tabaco
- No ceda nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo

ANEXO 11

Útil para el fumador y el terapeuta

CONSEJOS PARA LOS DÍAS PREVIOS AL ABANDONO DEL TABACO

Los siguientes consejos, o algunos de ellos, deben ser puestos en práctica hasta el día elegido para dejar de fumar. Ayudarán al fumador a ir rompiendo lazos con el tabaco y a que el fumar no le sea tan placentero. Eso le ayudará posteriormente, cuando llegue el día D

- Comprar los paquetes de uno en uno. No acumular tabaco
- Fumar el primer cigarrillo del día después del desayuno. Si ya era así, retrasarlo 10 minutos más
- No aceptar los cigarrillos que le ofrezcan. Tampoco pedirlos
- Hacerse incómodo fumar: guardar tabaco y mechero después de cada cigarrillo y limpiar el cenicero. No dejarlos a su alcance
- Romper lazos «afectivos». Cambiar de marca al acabar cada paquete, vigilando que el contenido en nicotina no sea mayor que el de su marca habitual
- Limitar las zonas para fumar: nunca en la cama, en el coche ni con niños o con no fumadores. En casa fumar sólo en un sitio fijo, que sea algo incómodo (la cocina, el balcón; no en su sillón favorito)
- Cuando sienta hambre, en vez de fumar, ingerir agua, fruta o chicle sin azúcar
- Nunca llevar fuego, para que siempre tenga que pedirlo
- Cuando desee fumar, esperar al menos cinco minutos para hacerlo. A veces las ganas pasan
- No fumar inmediatamente después de comer. Levantarse, caminar o hacer algo
- Informar de que va a dejar de fumar a sus amigos y familiares. Pedirles colaboración y paciencia. Advertirles que a partir de esa fecha no le den tabaco aunque se lo pida. Si alguien de su entorno quiere dejar de fumar, proponerle hacerlo juntos. Se ayudarán mutuamente
- La noche anterior a la fecha elegida, tirar el tabaco que le quede y esconder ceniceros y mecheros

¿QUÉ HACER EL PRIMER DÍA SIN FUMAR?

Procure levantarse un poco antes de lo habitual y haga el propósito firme de no fumar hoy. Haga un poco de ejercicio respirando aire puro. Note cómo el aire invade sus pulmones: aire puro, no humo. Unos consejos que no debe olvidar:

1. Piense en dejar de fumar sólo por hoy. Dejar de fumar es difícil pero no imposible, merece la pena que le dedique un tiempo y un esfuerzo adicional

ANEXO 11 (CONTINUACIÓN)

Útil para el fumador y el terapeuta

2. Procure hoy hacer una comida más ligera, coma muchas veces y poco cada vez. Beba agua y zumo natural. Evite bebidas excitantes, como el alcohol o el café. Después de comer no se tome un descanso para leer o ver la TV; no se quede quieto, haga algo, muévase
3. Si tiene deseo muy fuerte de fumar, no se preocupe, relájese, respire profundamente varias veces
4. Descubra que, en las situaciones de tensión, usted es el único capaz de dominarlas, no necesita para nada al cigarrillo
5. Los primeros días evite las situaciones de riesgo. Vaya pronto a dormir
6. Piense en el dinero que ahorra y antes derrochaba en tabaco. Cuando tenga una buena cantidad ahorrada, regálese eso que tantas veces ha querido comprar
7. Felicítese cada día que pasa sin fumar, porque esta vez seguro que va a conseguir dejar de fumar
8. No ceda nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo

ANEXO 12

Útil para el fumador y el terapeuta

PRINCIPALES BENEFICIOS DEL ABANDONO DEL TABACO

- **Dejará de estar sometido a una adicción (nicotina)**
- **Mejorará su salud**
 - Se normalizarán su tensión arterial y frecuencia cardiaca, y se normalizará la temperatura de manos y pies a los 20 minutos del último cigarrillo
 - Los niveles de monóxido de carbono y oxígeno se normalizarán pasadas ocho horas
 - Disminuye el riesgo de muerte súbita pasadas 24 horas
 - Se normalizan los sentidos del gusto y olfato pasadas 48 horas
 - Mejora la función respiratoria pasadas 72 horas
 - Aumentará la capacidad física y se cansará menos con cualquier actividad pasados 1-3 meses
 - Mejora el drenaje bronquial y se reduce el riesgo de infecciones pasados 1-9 meses
 - Se iguala el riesgo de padecer infarto y otras enfermedades cardiovasculares al de los no fumadores pasados cinco años sin fumar
 - Se iguala el riesgo de padecer cáncer de pulmón al de los no fumadores pasados 10-15 años sin fumar
 - Sufrirá menos catarros y molestias de garganta
 - Tendrá menos probabilidades de padecer un cáncer
 - Disminuye el riesgo de trombosis o embolias cerebrales
 - En las mujeres que toman anticonceptivos se reduce mucho el riesgo de infarto o embolias
 - Si está embarazada, se eliminan algunos riesgos de enfermedades graves para su hijo
- **Mejorará su economía: con lo que se ahorrará de tabaco podrá darse un capricho. Calcule el precio de un paquete del tabaco que usted fuma, por el número de paquetes que fuma al día, por 365 días. Se asombrará de lo que puede ahorrar si consigue dejar de fumar**
- **Mejorará su seguridad por el menor riesgo de incendios o de accidentes de tráfico**
- **Mejorará su aspecto físico y estético**
 - Desaparecerá el mal aliento
 - Mejorará el olor de su ropa y de la casa en general
 - Desaparecerá el color amarillento de manos y uñas
 - Mejorará la hidratación de su piel, mejorará su tersura y tendrá menos arrugas
- **Si tiene hijos, será buen ejemplo para ellos y no perjudicará su salud (fumadores pasivos). Puede hacerles partícipes de sus dificultades para abandonar el consumo y pedirles su apoyo, con lo que contribuirá a que entiendan que el consumo de tabaco es una adicción y posiblemente les ayudará a prevenir que en el futuro ellos se hagan fumadores**

ANEXO 13

Útil para el fumador y el terapeuta

SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Estos efectos les suceden a la mayoría de quienes intentan dejar de fumar y son la principal causa de recaída. NO son signo de debilidad o de que no se puede dejar el tabaco. Estos efectos son desagradables, pero pasajeros, y serán menos intensos si está en tratamiento con parches, chicles u otros fármacos para ayudarle a dejar de fumar

En todo caso, merece la pena soportar estos síntomas, comparado con las ventajas que obtendremos al lograr dejar de fumar

Si alguno de estos síntomas es tan molesto como para poner en peligro el éxito de su cesación tabáquica, CONSULTE A SU MÉDICO

SÍNTOMAS PSÍQUICOS

- *Craving* (deseo de fumar)
- Intranquilidad, ansiedad
- Irritabilidad, nerviosismo
- Frustración, rabia
- Tristeza, melancolía
- Dificultad de concentración
- Cansancio, inapetencia por las labores habituales
- Insomnio

SÍNTOMAS SOMÁTICOS

- Estreñimiento
- Cefalea
- Alteraciones del EEG
- Bradicardia
- Hipotensión
- Aumento de apetito
- Ganancia de peso

ANEXO 14

Uso exclusivo por el terapeuta

APOYO PSICOLÓGICO PARA FUMADORES EN FASES DE PREPARACIÓN Y ACCIÓN

- Felicitar al paciente por la decisión. Hacerle ver que su decisión es la correcta
- Motivarle para que no ceda ante las dificultades que, a buen seguro, se presentarán durante la fase de acción
- Reforzar su autoeficacia para dejar de fumar
- Persuadirle de que puede dejar de fumar porque no es menos que nadie
- Hacerle recordar a personas de su entorno que ya lograron dejar de fumar y personajes relevantes no fumadores o ex fumadores
- Hacerle recordar algunos de sus logros personales
- Recomendarle medidas que mejoren su forma física y alimentación
- Orientarle sobre la consecución de metas a corto y medio plazo
- Identificar situaciones de riesgo para fumar: éstas son distintas para cada fumador. Conocerlas ayuda a anticiparse o a evitarlas
- Identificar las presiones externas que incitan a fumar: publicidad, fumadores del entorno... No se debe ceder. Los equivocados son ellos
- Entregar hoja de autorregistro y revisarla en cada revisión: hacer consciente el nivel de consumo antes del día D reduce el consumo. Apuntar en la hoja un 0 cada día durante el periodo de acción es un premio, un refuerzo positivo que aumenta la autoestima del fumador
- Hacerle ver que los síntomas del SAN no son sinónimo de debilidad: su presencia no indica que sea más vulnerable. Es algo normal. Indica que el cuerpo se va librando de la nicotina. En todo caso, cada día serán menos intensos
- Repasar las ventajas que va notando desde que dejó de fumar. No todos los beneficios de la cesación tabáquica se perciben desde el principio. Ir comprobando a medida que avanza el proceso las ventajas o la mejoría de salud que el fumador va percibiendo. Esto refuerza la motivación del fumador y le ayuda a perseverar cuando hay momentos de debilidad
- Recordarle que su decisión de dejar de fumar también beneficia a otras personas: será un buen ejemplo para otros y evitará que las personas de su entorno se vean perjudicadas por el efecto nocivo del tabaquismo pasivo
- Hacerle repasar con frecuencia las razones por las que decidió dejar de fumar. Ello refuerza la decisión y ayuda a superar los momentos difíciles
- Oferta de apoyo, disponibilidad y una próxima cita de seguimiento. Saber que puede recurrir en cualquier momento a su terapeuta; en caso de dificultad, puede evitar un desliz

ANEXO 15

Uso exclusivo por el terapeuta

FALSAS CREENCIAS ACERCA DEL TABACO Y SU CONTRAARGUMENTACIÓN	
Todos los no fumadores son unos intolerantes con los fumadores	Todas las personas tienen derecho a respirar un aire libre de humo. El intolerante es el fumador, que no modifica su actitud aunque sea perjudicial para los que tiene a su lado
Mi abuelo fumó como una chimenea toda su vida y vivió 90 años	Tuvo mucha suerte. No todos los fumadores desarrollan un cáncer de pulmón, pero millones de fumadores pierden la vida prematuramente a causa del tabaco
De algo hay que morir	¿Comerías deliberadamente un alimento con un componente cancerígeno? Por supuesto que no. Mas bien al contrario, te tomas la molestia de informarte bien de los componentes de los alimentos antes de comprarlos
Estoy sano, el tabaco no me hace daño	El tabaco hace daño a todos. Si gozas de buena salud, consérvala, deja de fumar
Después de años fumando, el daño ya está hecho	Vale la pena dejar de fumar a cualquier edad. La mejora de la función respiratoria, la desaparición de la tos y la expectoración son beneficios que se obtienen rápidamente
Si dejo de fumar, pierdo el único placer de mi vida	Espera a saber que bien se está sin fumar. El auténtico placer es el de sentirse libre por haber superado la dependencia del tabaco
Necesito el tabaco para concentrarme	La dificultad de concentración es un síntoma del síndrome de abstinencia que dura pocos días; pasados éstos, las funciones del cuerpo y cerebrales son más eficientes sin fumar
Perjudica más la contaminación de la ciudad	El humo del tabaco tiene una concentración de productos tóxicos 400 veces superior al permitido internacionalmente en el medio ambiente y, por tanto, a la contaminación existente en las grandes ciudades
Fumar es relajante	Tu cuerpo se ha acostumbrado a la nicotina y es natural que te sientas más relajado cuando obtienes la nicotina de la que te has hecho dependiente. Pero la nicotina es un estimulante. Pasadas unas semanas sin fumar, comprobarás que te sientes menos nervioso y tienes un mejor autocontrol

ANEXO 15 (CONTINUACIÓN)

Uso exclusivo por el terapeuta

No tengo suficiente fuerza de voluntad para dejar de fumar	Cada día más fumadores lo consiguen, algunos a la primera, pero muchos necesitan varios intentos; no obstante, a veces es más fácil de lo que uno piensa
Yo puedo dejar de fumar cuando quiera	La nicotina es una droga y no siempre se puede dejar cuando uno quiere. Cuanto más se fume, más dependencia se generará. No rechaces la ayuda que se te ofrece
Dejar de fumar me pone de tan mal humor que prefiero fumar	El mal humor es debido al síndrome de abstinencia, que es temporal; después, toda la familia disfrutará de una vida más sana y un ambiente más limpio
Fumar poco no perjudica	No hay ningún nivel saludable. Reducir es un buen comienzo para dejarlo, pero no resuelve el riesgo de enfermar. Por ello, es mejor dejarlo completamente
El tabaco <i>light</i> hace menos daño	Los cigarrillos <i>light</i> sólo han reducido los niveles de nicotina y alquitrán, pero contienen el resto de sustancias tóxicas de todos los cigarrillos
Algún día lo dejaré, pero ahora es mal momento	Es importante escoger un buen momento, pero es fácil encontrar excusas para no dejarlo. Decídate pronto
Mi compañero fuma	El tabaquismo es un problema personal, aunque sería bueno intentarlo juntos
Si dejo de fumar engordaré	Con un poco de cuidado en la dieta no siempre se engorda y más adelante se podrá perder el peso ganado. El beneficio de no fumar es más importante
Podría recaer	Puede ser. Pero con un seguimiento médico es más improbable
Fumar mejora mi imagen, me hace más interesante	Fumar no es atractivo, se respira mal, tu aliento huele a tabaco, tus dientes se vuelven amarillos, tu ropa huele a humo y la piel se arruga más
Si se hace deporte, se eliminan las «toxinas» del tabaco	El deporte hace sentirse mejor, pero no anula el efecto nocivo del tabaco

ANEXO 16

Para el fumador

SITUACIONES CON MAYOR RIESGO DE FUMAR

En estas situaciones es más fácil caer en la tentación de fumar. No son las mismas para todas las personas. Cada uno debe **identificar** en qué situaciones es más probable sentir deseos de fumar para evitarlas o para estar prevenidos y tener prevista la respuesta o la actitud alternativa. Pueden añadirse otras no reflejadas en la lista

- Tomando té o café
- Tomando bebidas alcohólicas
- Al levantarse o después de desayunar
- Después de comer
- Viendo la televisión
- Conduciendo
- En presencia de otros fumadores
- Cuando le ofrecen tabaco
- Leyendo
- Esperando a algo o a alguien
- En situaciones de tensión o nerviosismo
- Estando aburrido
- Trabajando (para concentrarse)
- Estando enfadado o irritable
- Cuando se está en grupo o de fiesta
- _____
- _____

ANEXO 17

Para el fumador

CONTRATO DE CONTINGENCIAS

Prepárese para dejar de fumar. Recuerde las razones que tiene para ello y anótelas de nuevo. Elija un día para dejar de fumar y escríbalo:

Esto es un «contrato de contingencia». Si ha establecido una fecha para dejar de fumar, debe tratar de respetarla como haría con cualquier otro contrato que firmase. Mucho más en este caso, ya que se trata de un contrato beneficioso para su salud y su calidad de vida

RAZONES PERSONALES PARA DEJAR DE FUMAR

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Día:

Mes:

Año:

Firma:

Una vez establecidos los motivos para dejar de fumar y la fecha fijada, haga varias fotocopias de este contrato y póngala en lugares que usted vea frecuentemente (en su baño, en la puerta del frigorífico, en su mesa de trabajo, en el interior de la puerta de su taquilla). Se trata de que usted la vea frecuentemente

ANEXO 18

Para el fumador

HOJA DE REGISTRO DEL CONSUMO DE TABACO Y DE VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Fecha:

Día: Mes: Año:

Escriba el número de cigarrillos que ha fumado hoy

Para contestar a las preguntas acerca del síndrome de abstinencia, utilice la siguiente escala:

Nada = 0; insignificante = 1; leve = 2; moderado = 3; alto = 4

Deseo de fumar un cigarrillo					
Estado de ánimo deprimido					
Dificultad para dominarse					
Despertarse por la noche					
Irritabilidad, frustración o rabia					
Ansiedad					
Dificultad para concentrarse					
Inquietud					
Aumento del apetito					
PUNTUACIÓN TOTAL					

NOTA: pueden elaborarse documentos similares en base a columnas únicas para cada día, que recojan la misma información y que permitan en una sola hoja recoger la información de una o dos semanas. Lo importante es que recojan el consumo de cigarrillos y la puntuación en los síntomas del SAN cada día

ANEXO 19

Para el fumador

CONSEJOS PARA MANTENER LA ABSTINENCIA TABÁQUICA Y PREVENIR LAS RECAÍDAS

- No es raro que durante mucho tiempo sienta en ocasiones deseos de fumar. Recuerde que son sensaciones temporales que terminarán por desaparecer. No se sienta débil por ello. Es lo normal
- Los deseos de fumar cada vez durarán menos y le será más fácil controlarlos
- Retire de su entorno todo lo que le recuerde el tabaco (mecheros, ceniceros, etc.).
- Cuando sienta deseos de fumar, ingiera fruta o líquidos, emprenda alguna actividad o utilice los dispositivos que le recomiende su médico
- Recuerde que su salud y su ánimo mejorarán progresivamente. Cada día se sentirá mejor que el anterior
- No olvide vigilar su alimentación y su tiempo de ejercicio físico diario
- No se preocupe de vivir en adelante sin tabaco. Al fin y al cabo, dejando de fumar no se renuncia a nada importante de la vida
- En ciertos momentos recibirá presiones para que fume, pero ahora ya está capacitado para rechazarlas. Recuerde que los equivocados son quienes continúan fumando
- Si en algún momento siente dudas o debilidad, consulte de nuevo a su médico. No tire por la borda el esfuerzo realizado ahora que tiene a su alcance dejar el tabaco para siempre
- Si finalmente fuma algún cigarrillo, se sentirá mal y además le sabrá mal. Analice por qué ha fumado ese cigarrillo y si ha merecido la pena. En todo caso, considérela algo aislado que no se repetirá. **Repase** los motivos por los que ha decidido dejar de fumar
- Un desliz NO es una recaída, pero algo no marcha bien del todo. Analice las causas y evítelas en el futuro. Considérela como una lección. Un cigarrillo o varios aislados no tienen capacidad para convertirle de nuevo en adicto. No desista por ello
- Si ha ganado algo de peso, revise su dieta y haga algo más de ejercicio. No coma entre horas, evite el pan, la bollería y el alcohol o consulte a su terapeuta. El riesgo para la salud del tabaco es mayor que el del aumento de peso, y siempre podrá perder ese peso más adelante. NO es un motivo para abandonar el intento
- Ya se ha demostrado a sí mismo que puede vivir sin fumar. El continuar depende de usted, pero no dude en solicitar ayuda de nuevo si cree que la precisa

ANEXO 20

Para el fumador

CONSEJOS PARA UNA CORRECTA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Estas medidas le ayudarán a evitar o a limitar el aumento de peso que tiende a ganarse durante los periodos de cesación tabáquica

- Haga una dieta variada. No deje de comer de todo lo que comía antes
- Coma despacio y mastique bien los alimentos
- Aumente el consumo de aquellos alimentos ricos en fibra (frutas, verduras) y en hidratos de carbono (arroz, pasta, pan integral, etc.)
- Reduzca la ingesta en 200-300 kcal/día. Elimine la bollería industrial, coma poco pan (sobre todo use pan integral), consuma todos los productos lácteos (leche, yogurt, queso) desnatados
- Reduzca los alimentos con más calorías (grasas animales, azúcares refinados, repostería, pasteles, helados, etc.). Estos alimentos aportan demasiadas calorías y pueden hacerle ganar excesivo peso
- Reduzca el consumo de alcohol. Muchos fumadores lo asocian al tabaco y reduce su voluntad para mantenerse sin fumar. Además, aporta unas calorías adicionales
- Ingiera abundantes líquidos, sobre todo agua, ya que no tiene calorías. Beba 250-500 ml antes de cada comida (esto le hará sentir saciedad y comer menos)
- Cuando sienta ganas de fumar, puede tomar 1-2 piezas de fruta o 1-2 vasos de agua o zumo
- Intente mantener el orden y la normalidad en las comidas. No debe adelantar la hora ni aumentar lo que toma entre horas, excepto lo ya referido. No debe incrementar la cantidad de comida que venía tomando antes de dejar de fumar
- Durante un tiempo no compre alimentos de «picar», como patatas fritas, cacahuets, aceitunas. Es la mejor forma de evitar la tentación
- No tenga en la nevera alimentos que le gusten demasiado, y así la visitará con menor frecuencia
- Recuerde que durante algún tiempo será necesario que observe estas recomendaciones. De lo contrario, más tarde le costará más perder peso
- **ES POSIBLE QUE AHORA PIENSE QUE NO LE IMPORTA GANAR ALGÚN KILO, PERO MÁS ADELANTE SEGURO QUE LE IMPORTA. PREVÉNGALO HACIENDO UNA DIETA ADECUADA Y EJERCICIO**

ANEXO 21

Para el fumador

CONSEJOS PARA MANTENERSE EN FORMA. ESTILO DE VIDA SALUDABLE

El **ejercicio físico** moderado y regular presenta indudables ventajas para los ex fumadores y para quienes tratan de dejar de fumar

- Ayuda a consumir calorías y, por tanto, a mantener el peso ideal
- Normaliza los niveles de colesterol y de tensión arterial
- Es una distracción que hará que no se acuerde tanto del tabaco
- Es relajante. Se elimina la tensión y, con ella, la ansiedad que produce el no fumar. Le hará estar menos irritable
- Produce sensación de bienestar. Ayuda a sentirse bien y mejora el estado de ánimo. Previene la depresión

Comience caminando 15-30 minutos. Aumente este tiempo progresivamente a medida que lo tolere mejor. Debe caminar a un paso en el que note que su frecuencia cardiaca aumenta ligeramente. No sirve pasear despacio ni pararse a mirar escaparates. Debe mantener un ritmo uniforme

- Pruebe a caminar en compañía de alguien. Eso hará menos aburrido el paseo, ayudará a mantener el ritmo y le dará motivación. Debe mantener un ritmo que le permita hablar con su acompañante
- Evite de momento aquellos deportes que requieran demasiado esfuerzo (*squass*, por ejemplo), ya que su organismo puede no estar preparado aún y puede ser peligroso
- La práctica de ejercicio debe ser habitual y rutinaria, todos los días, e intentar que sea a la misma hora. Es una parte más de su tratamiento, tan importante como la alimentación o los parches o chicles
- Hacer deporte en grupo (tenis, natación, fútbol sala, etc.) puede ser beneficioso, pues es más divertido y aumenta nuestra motivación. Debe tenerse la precaución de no intentar a toda costa seguir el ritmo de los que están más en forma

ES POSIBLE QUE AHORA PIENSE QUE NO LE IMPORTA GANAR ALGÚN KILO, PERO MÁS ADELANTE SEGURO QUE LE IMPORTA. PREVÉNGALO HACIENDO UNA DIETA ADECUADA Y EJERCICIO

ANEXO 22

Para el fumador

CONSEJOS PARA AFRONTAR SITUACIONES PARTICULARES

Además de los consejos expuestos en el anexo 11, que generalmente sirven para todas las circunstancias, los siguientes se adaptan a las características del consumo de distintos tipos de fumadores. Identifique su modelo predominante de consumo y lea los consejos propuestos

Para quienes usan el tabaco fundamentalmente como tranquilizante:

- Identifique las situaciones que le provocan mayor tensión para evitarlas o estar prevenido
- Mire siempre el lado positivo de las cosas. Piense qué es lo peor que puede pasar si algo sale mal (seguro que no es tan malo)
- Respire profundamente al sentir deseos de fumar
- Si le es posible, al sentir tensión descargue ansiedad con algún ejercicio improvisado (recorrer el pasillo, breve paseo, flexiones de piernas, etc.)
- Si se le ha recetado nicotina en forma de chicles, *spray* nasal o inhalador bucal, úselo según las recomendaciones que le han dado
- Siga estos consejos más los del anexo 11 al sentir deseos de fumar

Para quienes usan el tabaco fundamentalmente como un hábito o costumbre:

- Esté atento para no fumar de forma inconsciente
- Lo mejor es no tener tabaco a mano
- En cambio, tenga otros objetos que pueda manipular (pipa de mentol, llaves, pelota de goma, etc.).

Para quienes usan el tabaco fundamentalmente como objeto de manipulación placentera:

- Tenga siempre a mano pequeños objetos para manipular cuando sienta deseos de fumar (bolígrafo, llavero, etc.).
- No deje las manos desocupadas hasta que no le apetezca fumar

ANEXO 23

Para el fumador

EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

En los momentos en los que sienta mayor necesidad de fumar, puede hacer alguno de los siguientes ejercicios, que son muy sencillos y se pueden realizar en cualquier lugar o situación:

1. Relájese, afloje su ropa en la cintura y respire profundamente varias veces. Asegúrese de que realiza inspiraciones profundas. Compruebe que al meter el aire en sus pulmones su vientre aumenta de tamaño
2. Utilice una pelota de espuma. Tenga la pelota en sus manos y comprímala fuertemente al comienzo y menos fuerte después
3. Trate de modificar su pensamiento actual. Cierre los ojos y cuente hasta 25 acompañando su respiración a los números. Repita el procedimiento si es preciso
4. Trate de modificar su pensamiento. Dedique unos minutos a cerrar los ojos y piense en alguna situación agradable, en algo que esté pendiente de realizar y que nunca tiene tiempo para hacerlo. Propóngase hacerlo
5. Abra la ventana y respire profundamente unas bocanadas de aire. Trate de ver cómo llega a sus pulmones
6. No piense que ha dejado de fumar para siempre. Simplemente piense que está consiguiendo hacer desaparecer las ganas de fumar ese cigarrillo (ya lleva algunos minutos y no lo ha fumado). Recuerde que el impulso de fumar dura pocos minutos

ANEXO 24

Para el fumador

RECOMENDACIONES SOBRE EL SUEÑO

Al dejar de fumar, usted puede sufrir insomnio, que en la mayoría de las ocasiones está producido por el síndrome de abstinencia de la nicotina y sólo en raras ocasiones por el tratamiento para dejar de fumar. De cara a resolver el insomnio, le recomendamos que siga la siguientes recomendaciones:

1. Evitar el consumo excesivo de alcohol, especialmente después de cenar (el alcohol puede facilitar el comienzo del sueño, pero después el sueño se interrumpe)
2. Evite en lo posible el consumo de bebidas estimulantes (café, té y bebidas de cola), especialmente por la tarde y por la noche
3. Evite costumbres desordenadas del sueño: establezca horarios regulares para acostarse y para despertarse. Procure no realizar muchos cambios en el horario del sueño los fines de semana
4. Refuerce la asociación de la cama con el sueño: evite permanecer mucho tiempo despierto en la cama. no vaya a la cama a ver la TV, cenar o trabajar con documentos. Es aceptable leer un poco o escuchar música si eso se asocia con el sueño
5. Si no puede conciliar el sueño, no se quede en la cama; realice alguna actividad que le distraiga y vuelva a la cama sólo si tiene sueño
6. Evite cenas copiosas o muy pesadas próximas a la horas de dormir

ANEXO 25

Para el fumador

TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA

Consiste en la administración de nicotina por vía diferente a la de los cigarrillos, para evitar la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia. Usted recibe nicotina (que es lo que le hacía adicto al tabaco), pero no recibe los otros productos nocivos del tabaco (alquitrán, monóxido de carbono, cancerígenos, etc.) que inhala al fumar. La nicotina es aquí un medicamento destinado a ayudarle a dejar de fumar

Esta terapia es útil para vencer la dependencia física y también le ayudará a vencer la dependencia psíquica, pero tenga en cuenta que, para esta última, debe poner en práctica las recomendaciones encontradas en otros anexos y que finalmente es su voluntad la que hará que tenga éxito o no. Ni los parches ni los chicles le protegen de las presiones que le incitan a fumar. Sólo le hacen más fácil conseguir dejar de fumar a lo primero y permanecer sin fumar después

Es recomendable tener presente que **mientras utiliza algún producto con nicotina** (chicles, comprimidos, parches, etc.) **NO DEBE FUMAR**, pues usted ya recibe nicotina; en todo caso, siga las instrucciones de su médico. Como regla general, debe conocer que no sucede nada si, estando en tratamiento con nicotina, usted fuma algún cigarrillo. No se alarme por lo que pueda leer en los prospectos de estos productos. Si está utilizando parches, no se lo quite para fumar ni tampoco por haber fumado con el parche puesto. Si tiene dudas, consulte a su médico

ANEXO 26

Para el fumador

USO CORRECTO DE LOS PARCHES DE NICOTINA

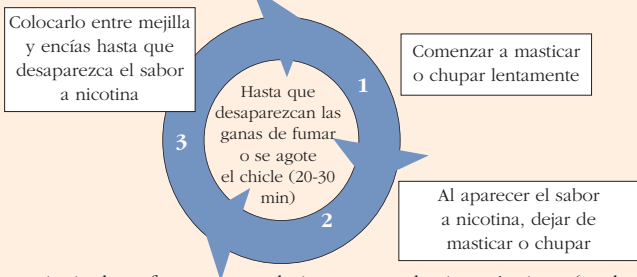
- Aplicarlo sobre piel sin pelo de una zona que sude poco (brazo, hombro, espalda, etc.). Es para que se adhiera mejor a la piel
- Cada día aplique el parche sobre un lugar diferente para no dañar la piel. Puede rotar entre pecho, espalda, brazos, abdomen, etc.; donde le resulte más cómodo
- Cada día debe sustituir el parche por otro nuevo, según las recomendaciones de su médico. Recuerde que, en función de su duración, hay dos tipos de parches, de 16 y de 24 horas, y cada uno de ellos con distintas dosis. Utilice el que le han recomendado que se ajusta a sus necesidades de horas y de dosis
- Puede producir picor o enrojecimiento, que suele ser leve y desaparecer al cabo de unos días. Si no cede, comuníquese a su médico, pues una crema suave de corticoides puede ser suficiente para que desaparezca
- Para reducir este efecto, a veces es útil airear el parche durante 2 o 3 minutos una vez retirado el protector adhesivo, antes de pegarlo en la piel. Hágalo correctamente para que funcione bien
- Puede producir más raramente otros síntomas, como dolores musculares. Si además fuma, es más probable que sienta náuseas, palpitaciones, insomnio, etc. **RECUERDE QUE SI ESTÁ EN TRATAMIENTO CON PARCHES, DEBE INTENTAR NO FUMAR** (ni siquiera tras varias horas de haberse retirado el parche), pero no se alarme si ha fumado, no se quite el parche. No se alarme por lo que pueda leer en los prospectos de estos productos. Si tiene dudas, consulte a su médico
- Si le diagnostican alguna enfermedad nueva o queda embarazada, comuníquese a su médico. El tratamiento con parches puede estar contraindicado

ANEXO 27

Para el fumador

USO CORRECTO DE LOS CHICLES O COMPRIMIDOS DE NICOTINA

- No proporcionan una sensación tan agradable ni tan rápida como un cigarrillo, pero le van a ayudar a evitar utilizar cigarrillos. Téngalo presente y no espere milagros
- Le ayudan a vencer la dependencia física, disminuyendo o eliminando los síntomas del síndrome de abstinencia, pero tenga en cuenta que para la dependencia psíquica debe poner en práctica las recomendaciones encontradas en otros anexos, y que finalmente es su voluntad la que hará que tenga éxito o no. No le protegen de las presiones que le incitan a fumar. Sólo le hacen más fácil permanecer sin fumar, ya que con los comprimidos o chicles usted recibe la nicotina que le demanda su cuerpo
- Pueden servir para abortar las ganas de fumar en situaciones concretas, en las que, además, no han sido efectivos otros métodos. Téngalos a mano para estas situaciones
- Puede que su médico le haya pautado los chicles o comprimidos o, en cambio, le haya indicado que los tome cuando sienta intensos deseos de fumar. Siga sus recomendaciones
- **MODO DE EMPLEO:** mastique o chupe despacio el chicle o comprimido hasta que note su sabor o picor. En ese momento ya no mastique o chupe más, y déjelo «aparcado» entre la mejilla y la encía hasta que el sabor desaparezca. Cuando eso suceda, vuelva a masticarlo o a chupar igual, repitiendo este ciclo hasta que las ganas de fumar desaparezcan



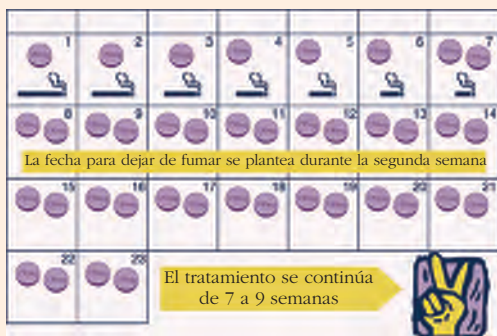
- Los principales efectos secundarios son molestias gástricas (suelen indicar que ha masticado demasiado rápido el chicle), molestias dentales o de garganta, ardor, hipo o dolor de mandíbula. Consulte a su médico
- **RECUERDE QUE SI ESTÁ EN TRATAMIENTO CON CHICLES, DEBE INTENTAR NO FUMAR** (usted ya recibe nicotina), pero, en todo caso, el hecho de fumar algún cigarrillo no invalida el tratamiento. No se alarme por lo que pueda leer en los prospectos de estos productos. Consulte a su médico

ANEXO 28

Para el fumador

TRATAMIENTO CON BUPROPIÓN

- Es un medicamento que actúa sobre los mismos receptores cerebrales de la nicotina, reduciendo la necesidad de fumar
- Debe seguir el tratamiento como le indique su médico. Podría combinarse con otros productos con nicotina si su médico lo estima oportuno
- **Modo de empleo:** los días antes del día elegido para dejar de fumar, tome un comprimido diario por las mañanas (150 mg). Al séptimo día debe tomar dos comprimidos diarios, separados al menos 10 horas y tomando el último del día al menos cuatro horas antes de acostarse. Por ejemplo, uno al levantarse y otro a media tarde. A partir del octavo día de iniciado el tratamiento, o antes si ya no le apetece, no fume. El tratamiento dura unas nueve semanas. En caso de aparición de efectos adversos, podría usarse un solo comprimido de 150 mg por la mañana (en ocasiones, al bajar la dosis, desaparecen los efectos adversos) durante el resto del tratamiento



Informe a su médico si le diagnostican alguna enfermedad o le prescriben un nuevo tratamiento. Podría haber incompatibilidades

- El efecto secundario más frecuente que puede producirse es el insomnio. Pida ayuda a su médico si no cede en pocos días con una adecuada higiene del sueño
- Si conduce o maneja maquinaria pesada, sea prudente y advierta a su médico al menor síntoma de mareos o somnolencia. Esto podría ser causa de un accidente
- Al igual que sucede con el resto de tratamientos del tabaquismo, es una ayuda, pero su voluntad y firmeza es lo que finalmente le hará tener éxito en el objetivo de abandonar el tabaco

ANEXO 29

Para el fumador

RECOMENDACIONES PARA LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE VARENICLINA (CHAMPIX®)

Es un medicamento que actúa sobre los receptores cerebrales de la nicotina, reduciendo la necesidad de fumar y previniendo las recaídas. Por un lado, durante las primeras semanas, le ayudará a dejar de fumar. Por otro, más adelante, le ayudará a prevenir las recaídas cuando lleve varias semanas sin fumar

Existen diversas dosis. Debe utilizar la que se adecúe más a usted. Para ello, debe seguir el tratamiento como le indique su médico

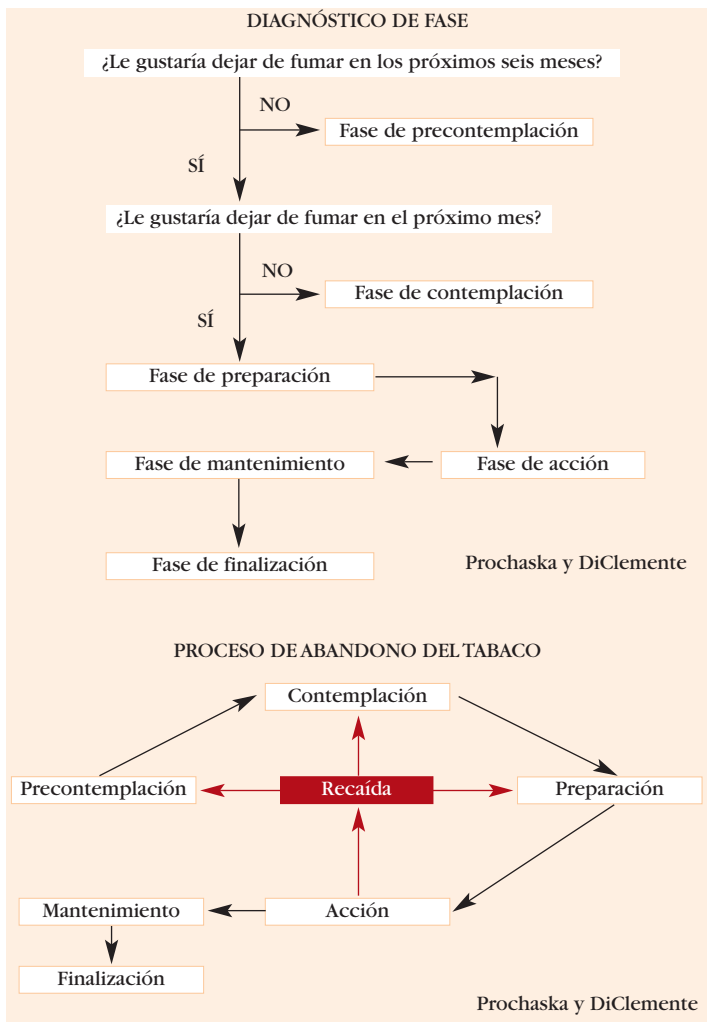
A continuación, le exponemos la pauta más habitual y, por ello, la indicada para la mayoría de los fumadores, pero no olvide que es un medicamento que debe ser prescrito por un médico, y él le puede recomendar esta pauta u otra forma de tomar el medicamento

Modo habitual de empleo:

- Los tres primeros días tome un comprimido de 0,5 mg (blíster azul) por la mañana
- De los días cuatro al siete tome un comprimido de 0,5 mg por la mañana y otro por la tarde
- Desde el octavo día debe tomar un comprimido de 1 mg (blíster verde) por la mañana y otro por la tarde, al menos cuatro horas antes de acostarse. Por ejemplo, uno al levantarse y otro a media tarde. El tratamiento dura 12 semanas
- Al final del tratamiento, la dosis se reduce como al principio
- El efecto secundario más frecuente que puede producir son las náuseas, que suelen desaparecer en pocos días. Para prevenirlas, es mejor tomar los comprimidos al finalizar las comidas (con el estómago lleno) o utilizar un protector gástrico o un antiemético si lo necesita. No obstante, no olvide que normalmente desaparecen en pocos días y no suelen ser causa para interrumpir el tratamiento
- Si conduce o maneja maquinaria pesada, sea prudente y advierta a su médico al menor síntoma de mareos o somnolencia. Esto podría ser causa de un accidente
- Al igual que sucede con el resto de tratamientos del tabaquismo, vareniclina es una ayuda eficaz, pero su voluntad y firmeza es necesaria para tener éxito en su objetivo de abandonar el tabaco

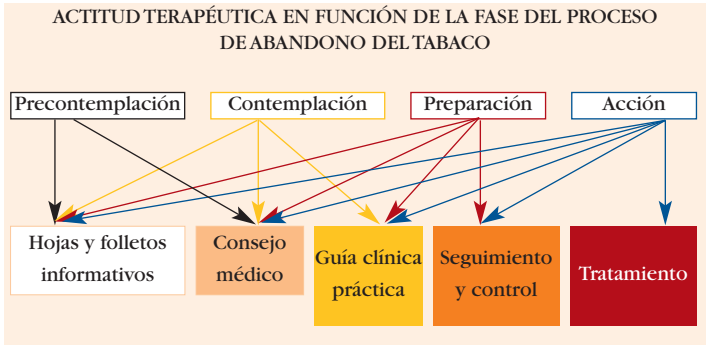
ANEXO 30

Uso exclusivo por el terapeuta



ANEXO 31

Uso exclusivo por el terapeuta



ANEXO 32

Uso exclusivo por el terapeuta

POSOLOGÍAS SIMPLIFICADAS TSN: parches de nicotina

	4 SEMANAS	4 SEMANAS	4 SEMANAS
Fumadores de 20 cigarrillos o más al día	Niquitin Clear® 21 mg Nicotinell® 21 mg o Nicorette® 15	Niquitin Clear® 15 mg Nicotinell® 14 mg o Nicorette® 10	Niquitin Clear® 7 mg Nicotinell® 7 mg o Nicorette® 5
Fumadores de 19 cigarrillos o menos al día		Niquitin Clear® 15 mg Nicotinell® 14 mg o Nicorette® 10	Niquitin Clear® 7 mg Nicotinell® 7 mg o Nicorette® 5

- Usar un parche por día. Colocarlo en zona seca sin vello evitando mamas (hombros, abdomen, etc.)
- Cambiar cada día el lugar de colocación del parche
- Insistir siempre en que lean en el prospecto el correcto modo de empleo

POSOLOGÍAS SIMPLIFICADAS TSN: chicles de 2 mg o comprimidos de 1 mg

Fumadores de 10 a 20 cigarrillos al día												
SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
N.º de piezas/día	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Fumadores de 20 a 40 cigarrillos al día												
SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
N.º de piezas/día	24	22	20	18	16	14	12	10	8	6	4	2

- Pautar inicialmente los chicles o comprimidos repartidos a lo largo del día (p. ej. cada hora o media hora)
- En fumadores de bajo consumo pueden utilizarse a demanda
- Insistir siempre en que lean en el prospecto el correcto modo de empleo

POSOLOGÍA DEL BUPROPIÓN

Primeros seis días	Un comprimido al día al levantarse
Resto del tratamiento	Un comprimido al día al levantarse y otro 8-10 horas después, siempre cuatro horas antes de acostarse

- Elegir el día D en la segunda semana, cuando lleve tomando el bupropión 7-10 días
- Si aparecen efectos adversos leves (cefalea, insomnio, sabor metálico, etc.), utilizar durante todo el tratamiento un solo comprimido de 150 mg al día. Con efectos adversos más serios, retirar el tratamiento

POSOLOGÍA DEL VARENICLINA

Primeros 3 días	Un comprimido de 0,5 mg al día al levantarse
Día 4 al 7	Un comprimido de 0,5 mg al levantarse y otro 8-10 horas después, siendo recomendable siempre que transcurran al menos cuatro horas antes de acostarse
Día 8 en adelante	1 comprimido de 1 mg al levantarse y otro 8-10 horas después, durante 12 semanas

- Elegir el día D en la segunda semana, cuando lleve tomando el bupropión 7-10 días
- Si aparecen efectos adversos leves (náuseas, insomnio, etc.), utilizar durante todo el tratamiento un solo comprimido al día. Con efectos adversos más serios, retirar el tratamiento

ANEXO 33

Uso exclusivo por el terapeuta

SUSTANCIAS TÓXICAS DEL HUMO DEL TABACO Y PATOLOGÍA RELACIONADA

SUSTANCIA	PATOGENIA	PATOLOGÍA
NICOTINA	SISTEMA DOPAMINÉRGICO MESOLÍMBICO	ADICCIÓN
CO	ENDOTELIO PARED VASCULAR	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
NITROSAMINAS	MUTACIONES	TUMORES
BENZOPIRENOS	EPÓXIDOS	TUMORES
OXIDANTES	INFLAMACIÓN BRONQUIAL	BRONQUITIS CRÓNICA
	INFLAMACIÓN ALVEOLAR	ENFISEMA PULMONAR

ANEXO 34

Uso exclusivo por el terapeuta

SITUACIONES IDÓNEAS PARA IMPARTIR CONSEJO SANITARIO ANTITABACO A LOS FUMADORES

- En cualquier consulta, por cualquier motivo, en fumadores disonantes (en fase de fase de contemplación)
- Cada seis meses aprovechando cualquier consulta en fumadores consonantes (en fase de fase de precontemplación)
- Consultas por cuadros respiratorios agudos y cuadros gripales
- Tras el alta hospitalaria por cualquier patología
- En los chequeos rutinarios
- En cada toma de tensión en pacientes hipertensos
- Tras la realización de exploraciones complementarias de cualquier tipo (analíticas, radiografías de tórax, ECG, etc.)
- En las consultas preconcepcionales
- En las gestantes en el momento del diagnóstico del embarazo
- En las revisiones ginecológicas habituales
- Tras la expedición de certificados médicos necesarios para actividades deportivas
- Tras el diagnóstico de enfermedades relacionadas con el tabaco en familiares del fumador
- En consultas pediátricas de cualquier tipo de los hijos del fumador

ANEXO 35

Uso exclusivo por el terapeuta

CORRELACIÓN ENTRE NIVELES DE CONSUMO DE CIGARRILLOS, CO EN AIRE EXPIRADO (COOXIMETRÍA) Y CARBOXIHEMOGLOBINA

CONSUMO DE CIGARRILLOS/DÍA	NIVELES DE CO	NIVELES COHb
2-6	10 ppm	2%
15-20	20 ppm	4%
20-25	30 ppm	6%
25-35	40 ppm	7%
>40	50 ppm	9%

ANEXO 36

Uso exclusivo por el terapeuta

INDICACIONES PARA LA DERIVACIÓN DE FUMADORES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A UNIDADES DE TABAQUISMO O A TERAPEUTAS EXPERTOS

- Embarazadas
- Cardiopatías no controladas
- Pluripatología
- Enfermos psiquiátricos
- Necesidad de dosis superiores a las habituales de TSN
- Tratamientos con TSN para reducir el consumo
- Varios intentos fallidos en al menos dos intentos previos serios (supervisados por un profesional sanitario)
- Imposibilidad para realizar un tratamiento o seguimiento adecuados

ANEXO 37

Uso exclusivo por el terapeuta

ACTIVIDADES A REALIZAR EN CADA REVISIÓN DURANTE EL PROCESO DE CESACIÓN TABÁQUICA	
<p>PRIMERA VISITA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Filiación • Antecedentes personales y tratamientos concomitantes • Historia de tabaquismo (incluyendo test de Fagerström simplificado) • Tensión arterial • Pesar • Determinación de CO* • Apoyo psicológico • Elección y planificación del tratamiento • Adiestramiento en el empleo de dispositivos • Entrega de material escrito • Cita de la próxima revisión • Disponibilidad de contacto telefónico
<p>VISITAS SUCEESIVAS</p> <p>Semanalmente en los pacientes en reducción progresiva</p> <p>A los 15, 30, 60 y 90 días con TSN</p> <p>A los 7, 15, 30, 60 y 90 días con bupropión y vareniclina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de abstinencia o no • Determinación de la fase actual • Determinar si fumó durante el tratamiento y nivel de consumo actual • Determinación CO* • Determinación tensión arterial • Pesar. Evitar la ganancia de peso. Insistir en la dieta y el ejercicio • Comprobar la correcta cumplimentación del tratamiento • Valoración de efectos adversos si sigue tratamiento farmacológico • Valoración de posibles síntomas del síndrome de abstinencia y dar consejos para minimizarlos • Apoyo psicológico • Ajustar tratamiento si procede • Concretar próxima revisión

* No imprescindible. Realizar si se dispone de cooxímetro

ANEXO 38

Uso exclusivo por el terapeuta

OPCIONES DE TRATAMIENTO EN SITUACIONES ESPECIALES

PATOLOGÍA CONCOMITANTE	OPCIONES TERAPÉUTICAS
Cardiopatía isquémica inestable*	IM, AP, RGINA, B, V
Cardiopatía isquémica estable	IM, AP, RGINA, TSN a mitad de dosis, B, V
Embarazo	IM, AP, RGINA, CHN*, CN*, motivación especial
Patología psiquiátrica*	Igual que población general, control de la enfermedad de base y seguimiento estrecho
Alcoholismo*	IM, AP, RGINA, TSN, V
Úlcus gastroduodenal activo	IM, AP, RGINA, B, V
Úlcus gastro-duodenal controlado	IM, AP, RGINA, PN, SN, B, V
Convulsiones	IM, AP, RGINA, TSN, V
Anorexia nerviosa y bulimia	IM, AP, RGINA, TSN, V
Diabetes mellitus	IM, AP, RGINA, TSN, B, V
Hipertensión	IM, AP, RGINA, TSN, B, V, seguimiento estrecho
Insuficiencia renal y hepática	IM, AP, RGINA, TSN, B o V a la mitad de dosis
Ancianos y enfermos polimedcados	IM, AP, RGINA, TSN, B o V a la mitad de dosis
Niños y adolescentes	IM, AP, RGINA, educación
Conductores y operarios de maquinaria pesada	IM, AP, RGINA, TSN, B o V en casos constatados
Trastornos de la articulación temporomandibular, trastornos dentarios o aftas bucales	IM, AP, RGINA, TSN (excepto CHN y CN), B, V
Enfermedades dermatológicas extensas	IM, AP, RGINA, TSN (excepto PN),
Dermatitis atópica	B, V

IM: Intervención Mínima; AP: Apoyo Psicológico; TSN: Terapia Sustitutiva con Nicotina; CHN: Chicles de Nicotina; CN: Comprimidos de Nicotina; PN: Parches de Nicotina; B: Bupropión; V: Vareniclina, RGINA: Reducción Gradual de la Ingesta de Nicotina y Alquitrán (reducción progresiva)

* Preferiblemente en unidades de tabaquismo y/o por terapeutas expertos

ANEXO 39

Uso exclusivo por el terapeuta

CESACIÓN TABÁQUICA: ALGORITMO DE ACTUACIÓN

CUARTO ESCALÓN

Consejo médico y apoyo psicológico (información oral y escrita) más tratamiento farmacológico más intensivo

- TSN dosis altas
- Combinación de TSN con TNN

TERCER ESCALÓN TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE

Consejo médico y médico y apoyo cognitivo-conductual, ofertando (información oral y escrita) apoyo social intratratamiento más tratamiento farmacológico:

- TSN sola o combinada
- VARENICLINA

SEGUNDO ESCALÓN

- Consejo médico y apoyo cognitivo-conductual, ofertando (información oral y escrita) apoyo social intratratamiento
- RhD como paso previo al abandono

PRIMER ESCALÓN

- Consejo médico (intervención breve y/o intensiva)

TSN: Terapia Sustitutiva con Nicotina; TNN: Terapia No Nicotínica (bupropión o vareniclina)

ANEXO 40

Uso exclusivo por el terapeuta

CONSEJOS PARA COMBATIR LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NICOTÍNICO

Fuerte deseo de fumar (<i>craving</i>)	Respiraciones profundas, técnicas de relajación. Ingesta abundante de agua o zumos. Chicles sin azúcar. Motivación. Saber que pasa pronto. Mantenerse ocupado
Insomnio	Evitar café o té y bebidas con cafeína. Ejercicio. Ejercicios de relajación. Higiene del sueño. Hipnótico o sedante si está indicado
Cefalea	Ducha o baño templado. Técnicas de relajación. Analgésicos habituales
Estreñimiento	Dieta rica en fibra. Abundantes líquidos. Ejercicio, laxantes si es preciso
Dificultad de concentración	Evitar bebidas alcohólicas. Aceptar un menor rendimiento durante 1-2 semanas
Nerviosismo	Ejercicio. Baño. Evitar bebidas excitantes
Hambre	Abundante agua y zumos. Frutas
Astenia	Aumentar las horas de sueño
Irritabilidad	Ejercicio. Baño. Relajación
Disforia	Buscar apoyo de personas en la misma situación o con experiencia previa similar
Ansiedad	Mantenerse ocupado. Aficiones. Aumentar la vida social

ANEXO 41

Uso exclusivo por el terapeuta

ACTITUD ANTE EL FRACASO TERAPÉUTICO

- Felicitar al fumador por el esfuerzo realizado
- No culpabilizarle por su fracaso
- Hacerle ver que en un nuevo intento le será más fácil dejarlo
- Analizar las posibles causas del fracaso
 - Valorar las circunstancias personales y del entorno del fumador:
 - Elevado nivel de estrés
 - Poco apoyo de su entorno
 - Reevaluar el nivel de dependencia
 - Reevaluar el nivel de motivación
 - Valorar los posibles fallos de cumplimentación del tratamiento previo:
 - Por la mala cumplimentación por el paciente
 - Por el mal uso de los dispositivos empleados
- Valorar los efectos adversos del tratamiento previo
- Replantearnos el tratamiento previo
- Proponerle, si lo desea, un nuevo plan de tratamiento y seguimiento
- Si aún no desea intentarlo de nuevo, ofrecerle nuestra colaboración para cuando se sienta preparado de nuevo

ANEXO 42

Uso exclusivo por el terapeuta

PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LOS TRATAMIENTOS DE CESACIÓN TABÁQUICA

PROBLEMA	SOLUCIONES
Ansiedad	Controlar el síndrome de abstinencia Apoyo psicológico Técnicas para reducir la ansiedad
Insomnio	Controlar el síndrome de abstinencia No ingerir bupropión justo antes de acostarse Inductores del sueño
Picor (tratamiento con parches)	Rotar el lugar de colocación del parche Ainear el parche. Corticoides tópicos. Cambiar de modalidad de tratamiento
Parches que se despegan	Reforzar la fijación
Úlceras bucales	Cambiar de modalidad de TSN si se emplean chicles o comprimidos de nicotina
Molestias gastrointestinales	Adiestramiento en el empleo de los chicles o comprimidos de nicotina. Protectores gástricos
Irritación nasal	Información previa al paciente si se emplea spray nasal de nicotina
Cefalea	Valorar la dosis de TSN. Reducirla o suspender este tratamiento si es preciso Investigar consumo concomitante de tabaco
Dolores musculares	Valorar intensidad de los dolores. Cambiar de modalidad de TSN si se emplean parches de nicotina
Aumento de peso	Alimentación adecuada Ejercicio Tratamiento farmacológico: TSN, bupropión o vareniclina

ANEXO 43

Uso exclusivo por el terapeuta

CONTENIDOS DE NICOTINA DE LAS PRINCIPALES MARCAS DE TABACO			
BENSON & HEDGES	0,6	KENT	1,0
BISONTE	0,9	KENT Lights	0,5
BN	0,7	KOOL Menthol	0,9
BN Ultra Lights	0,3	KRÜGER	1,2
BONCALO	0,7	LM	0,9
CAMEL	0,9	LM Lights	0,6
CAMEL Filters	0,9	LARK	0,9
CAMEL Lights	0,7	LUCKY STRIKE	0,9
CELTAS Extra	0,8	LUCKY STRIKE Filters	0,9
CHESTERFIELD	0,9	LUCKY STRIKE Lights	0,6
CHESTERFIELD Filters	0,9	MARLBORO	0,9
CHESTERFIELD Lights	0,6	MARLBOTO Lights	0,6
COHIBA	0,9	MERIT	0,5
CONDAL Imperiales	0,9	MORE	0,8
CONDAL Bajo en Nic. y Alq.	0,6	NOBEL Bajo Nicotina	0,7
CORONAS	0,8	NOBLE Ultra Lights	0,2
CORONAS Lights	0,6	PALL MALL	0,9
CORONAS Ultra Lights	0,3	PALL MALL Filter	0,9
CRAVEN "A"	0,9	PARTAGAS	0,8
DAVIDOFF	1,0	PERTER STUYVESANT	0,9
DIANA	0,9	PERTER STUYVESANT Ultra Lights	0,1
DUCADOS	0,8	PHILIP MORRIS Super Lights	0,4
DUCADOS Bajo en Nic. y Alq.	0,6	PIPER Rubio Mentolado	0,9
DUCADOS King Size, Bajo Nic. y Alq.	0,8	R1	0,2
DUNHILL International	1,1	R1 Mínima	0,007
DUNHILL Superior Mild	0,8	REALES	0,8
DUNHILL Menthol	0,9	RECORD	0,8
EXTRA 46	0,7	REX	0,8
FINE 120 Virginia Blend	0,9	REX Lights	0,7
FINE 120 Menthol	0,9	ROTHMANS	0,9
FORTUNA	0,9	ROTHMANS Suave	0,6
FORTUNA Lights	0,6	ROYAL CROWN	1,0
FORTUNA Extra Lights	0,4	ROYAL CROWN Lights	0,7
FORTUNA Menthol	0,9	SILK CUT	0,9
GAULOISES Blondes Ultra Lights	0,2	SOMBRA	0,6
GOALD COAST	0,8	VICEROY	0,9
GOLAD COAST Ultra Lights	0,4	VICEROY Lights	0,6
GOALD COAST Menthol	0,8	VOGUE	0,8
GOLDEN American Classic	0,7	WINNS	0,9
HABANOS	0,8	WINSTON	0,9
KAISER Extra Lujo	0,7	WINSTON Lights	0,7

A	Agonista (de los receptores nicotínicos).
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AC	Adenocarcinoma.
AE	Atención Especializada.
AEM	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
AHCPR	<i>Agency for Health Care Policy and Research.</i>
AN	Antagonista (de los receptores nicotínicos).
ANT	Antidepresivo.
AP	Atención Primaria.
ApP	Apoyo Psicológico.
AS	Ansiolítico.
ATS	<i>American Thoracic Society.</i>
CC	Contrato de Contingencias.
CDC	<i>Center for Diseases Control.</i>
CE	Carcinoma Epidermoide.
CHE	<i>Centre for Health Economics.</i>
CHN	Chicles de Nicotina.
CIE-10	Clasificación Internacional de las Enfermedades.
CMLA	Convenio Marco para la Lucha Antitabaco
C_{max}	Concentración plasmática máxima.
CM	Consejo Médico.
CN	Comprimidos de Nicotina.
CNPT	Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.
CO	Monóxido de carbono.
COHb	Carboxihemoglobina.
CP	Cáncer de Pulmón.
CPC	<i>Clinical Practice Guideline.</i>
CSS	Consejo Sanitario Sistematizado.
CVD	Enfermedad cardiovascular.
DSM IV	Cuarto Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.
EFP/OTC	Especialidad Farmacéutica Publicitaria.
EM	Entrevista Motivacional.

EMEA	Agencia Europea del Medicamento.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ERS	<i>European Respiratory Society.</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration.</i>
FEV₁	Volumen espiratorio forzado en el primer segundo.
FTND	Test de Fagerström.
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.</i>
GPC	Guías de Práctica Clínica.
HEA	<i>Health Education Authority.</i>
IAM	Infarto Agudo de Miocardio.
IARC	Agencia Internacional de Investigación Contra el Cáncer.
IBERPOC	Estudio epidemiológico de base poblacional sobre EPOC.
IC	Intervalo de Confianza al 95%.
ICSI	<i>Institute for Clinical Systems Improvement.</i>
II	Intervención Intensiva.
IMS	Intervención Mínima Sistematizada.
MARC	<i>Medicines Adverse Reactions Committee</i> de Nueva Zelanda.
NHCNZ	<i>National Health Committee</i> de Nueva Zelanda.
NHS	<i>National Health Service</i> del Reino Unido.
NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence.</i>
NID	Neumonía Intestinal Descamativa.
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud.</i>
OR	<i>Odds Ratio.</i>
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud.
PET	Tomografía por Emisión de Positrones.
PN	Parches de Nicotina.
ppm	partes por millón.
RGINA	Reducción Gradual de Ingesta de Nicotina y Alquitrán.
RhD	Reduce hasta Dejarlo.
PS	Profesionales Sanitarios.
SAN	Síndrome de Abstinencia Nicotínica.

SAHS	Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño.
SEDET	Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo.
SEMERGEN	Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista.
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
SEPAR	Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SNC	Sistema Nervioso Central.
SR	liberación controlada.
TA	Tensión Arterial.
TMT	Tratamiento Multicomponente.
TSN	Terapia Sustitutiva con Nicotina.
TTFPC	Tiempo Transcurrido desde que el Fumador se levanta hasta que consume el Primer Cigarrillo.
UET	Unidad Especializada de Tabaquismo.
VLDL	Lipoproteínas de baja densidad.
VPN	Valor Predictivo Negativo.
VPP	Valor Predictivo Positivo.

