



Conferencia de consenso

Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España

Francisco Camarelles Guillem*, Regina Dalmau González-Gallarza, Lourdes Clemente Jiménez, José Luis Díaz-Maroto Muñoz, Adelaida Lozano Polo, María Cristina Pinet Ogué y grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)[◇]

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de julio de 2012

Aceptado el 11 de octubre de 2012

On-line el 13 de diciembre de 2012

Palabras clave:

Tabaco

Deshabitación tabáquica

Prevención del tabaquismo

Consenso

Keywords:

Tobacco

Smoking cessation

Tobacco control

Consensus

RESUMEN

El consumo de tabaco presenta una rara confluencia de circunstancias: es una significativa y alta amenaza para la salud, hay una escasa motivación entre el personal sanitario para intervenir consecuentemente y, sin embargo, disponemos de intervenciones efectivas. Realmente es difícil identificar ningún otro condicionante de la salud que presente esta mezcla de letalidad, prevalencia y desatención, pese a que disponemos de tratamientos eficaces fácilmente disponibles. Por otra parte, la intervención en tabaco está considerada como el patrón oro de las intervenciones preventivas, muy por encima de otras medidas preventivas usadas comúnmente. Todo ello ha motivado al Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo a elaborar un Documento de Consenso para la Atención Clínica al Tabaquismo en España. La finalidad de este trabajo, de carácter técnico y científico, es consensuar una propuesta básica de calidad sobre el abordaje de las personas fumadoras que sirva como guía orientativa en la práctica clínica en el contexto de nuestro país. Los objetivos de consenso son revisar la eficacia de los tratamientos existentes del tabaquismo, sintetizar la evidencia disponible sobre el tratamiento de las personas fumadoras, consensuar unos mínimos básicos que permitan orientar las actuaciones asistenciales de calidad en España, proponiendo recomendaciones clínicas para el manejo del paciente que fuma. El consenso aborda las estrategias y las evidencias que las sustentan, para intervenir sobre los fumadores en la consulta tanto en aquellos que no quieren dejar de fumar, como en el que quiere dejar de fumar, estableciendo los pasos para intervenir de la forma más adecuada.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Consensus report for the clinical care of smoking cessation in Spain

A B S T R A C T

Tobacco use presents an odd confluence of circumstances: it is a significant and high threat to health, and there is a lack of motivation among health workers to act accordingly. Yet we have effective interventions. It is really hard to identify any other determinant of health presenting this mixture of lethality, prevalence, and lack of care, despite having effective treatments readily available. On the other hand, smoking cessation interventions are considered as the gold standard of preventive interventions, far above other preventive measures commonly used. This has prompted the National Committee for Smoking Prevention to develop a consensus document for the Clinical Care of Smoking Cessation in Spain. The purpose of this technical and scientific document is to agree on a basic proposal of quality of care to tackle smokers to quit. This document would serve as a guideline in the clinical practice in our country. The aims of this agreement are to review the effectiveness of the existing therapies for smoking cessation, to synthesize their available evidence, and to set the basic minimum standards of care in the clinical practice of patients who smoke. The consensus sets the strategies, and the evidences that support them, in order to assist both the smokers who want to quit, and the smokers who do not, setting out the steps to intervene in the most adequate.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fcamarelles@telefonica.net (F. Camarelles Guillem).

◇ Información sobre el grupo disponible en el anexo 1.

Justificación del documento de consenso

La finalidad de este trabajo, de carácter técnico y científico, es consensuar una propuesta básica de calidad sobre el abordaje de las personas fumadoras, que sirva como guía orientativa en la práctica clínica en el contexto de nuestro país. Los objetivos de consenso son revisar la eficacia de los tratamientos existentes del tabaquismo, sintetizar la evidencia disponible sobre el tratamiento de las personas fumadoras y consensuar unos mínimos básicos que permitan orientar las actuaciones asistenciales de calidad en España, proponiendo recomendaciones clínicas para el manejo del paciente que fuma.

Este documento de consenso complementa y completa, desde el enfoque clínico práctico, el Documento Técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, trabajo conjunto del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España publicado en el año 2009¹. Los principales argumentos que justifican la unificación de criterios para dar respuestas asistenciales de calidad dirigidas a personas que fuman son: el tabaquismo es un trastorno adictivo que produce enfermedad crónica, discapacidad y muerte e incrementa las desigualdades sociales y de sexo en materia de salud; disponemos de tratamientos efectivos para abandonar el consumo de tabaco; ayudar a dejar de fumar es una actividad coste-efectiva, y que las actuaciones asistenciales complementan al resto de medidas de prevención y control¹.

Para la elaboración de este documento nos hemos basado en la estructura del artículo publicado por Fiore y Baker en *The New England Journal of Medicine* en septiembre de 2011 sobre atención clínica al tabaquismo, adaptándolo a la evidencia disponible en España².

Magnitud del problema

La prevalencia del tabaquismo en España ha bajado en los últimos años, pasando del 36% en mayores de 16 años (personas fumadoras que afirman fumar a diario) en el año 1995³, al 26,4% en 2006⁴ y al 26,2% en 2009⁵. Aun así, estamos lejos de la prevalencia de tabaquismo de otros países, como EE.UU, donde esta se sitúa en el 20%⁶. Todos los datos apuntan a que el tabaquismo incrementa las desigualdades sociales en salud, ya que se va concentrando en poblaciones con ingresos y niveles educativos bajos, así como en personas con enfermedades psiquiátricas^{1,7,8}.

En el año 2006 se produjeron en España 53.155 muertes atribuibles al tabaquismo en individuos mayores de 35 años, lo que supone el 14,7% (25,1% en varones y 3,4% en mujeres) de todas las muertes ocurridas en el mismo. Una de cada 7 muertes ocurridas cada año en individuos mayores de 35 años en España es atribuible al consumo de tabaco (una de cada 4 en varones y una de cada 29 en mujeres)⁹. El número de personas que fallecen anualmente por causas relacionadas con el tabaquismo, así como el porcentaje de mortalidad que representa, es muy elevado, y posiciona esta problemática como la principal causa de muerte prevenible en nuestro país.

Para evitar las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco no basta con reducir el mismo. Entre las personas fumadoras que reducen su consumo de tabaco significativamente hasta un 50%, el riesgo de infarto agudo de miocardio o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) está más cercano al de las personas que siguen fumando respecto al de las personas que han dejado de fumar¹⁰.

Por sus características y dimensiones actuales, el tabaquismo es el problema sanitario que mayor morbimortalidad causa en España. Por ello, se trata del problema de salud que ocasiona el

coste sanitario y social más elevado al que debe hacer frente la sociedad española¹¹. Se calcula que un fumador pierde de media 10 años de vida y otros tantos en años de vida saludable¹². Dichas pérdidas suponen un coste económico a lo largo del ciclo vital de un fumador típico superior a 100.000 €¹³. A través de la reducción de la morbimortalidad en las personas fumadoras se podría conseguir reducir el gasto en asistencia sanitaria, en medicamentos y en subsidio por enfermedad o discapacidad.

Por otra parte, los gastos del Estado en sufragar el coste sanitario y social derivado del tabaquismo exceden a lo recaudado en impuestos especiales asignados a los productos de tabaco¹⁴. Del conjunto de estudios de coste-efectividad disponibles se puede concluir que, comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales, la detección y tratamiento de la dependencia del tabaco a través de los servicios asistenciales se considera una acción coste-efectiva, en términos de coste por año de vida ganado. Esta intervención se ha considerado varias veces más eficiente que otras intervenciones preventivas y asistenciales ampliamente instauradas, como por ejemplo: la detección y tratamiento clínico de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, o el cribado de cáncer de mama¹⁵.

A partir de la publicación en EE.UU. del informe de *US Surgeon General* titulado *Nicotine addiction*, se establecen las bases para considerar el tabaco como un producto que genera dependencia, debido a su contenido en nicotina que produce una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas de dependencia equiparables a las de otras drogas¹⁶. La nicotina cumple todos los criterios de las definiciones de adicción o de dependencia: consumo compulsivo pese al deseo y a los repetidos intentos de dejar de fumar, efectos psicoactivos debidos a la acción directa de la sustancia sobre el encéfalo y alteración del comportamiento motivado por los efectos de refuerzo de la nicotina como sustancia psicoactiva¹⁷. La dependencia al tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD-10)¹⁸ y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR)¹⁹.

El consumo de tabaco presenta una rara confluencia de circunstancias: es una significativa y alta amenaza para la salud, hay una escasa motivación entre el personal sanitario para intervenir consecuentemente^{20,21} y, sin embargo, disponemos de intervenciones efectivas. Realmente es difícil identificar ningún otro condicionante de la salud que presente esta mezcla de letalidad, prevalencia y desatención, pese a que disponemos de tratamientos eficaces fácilmente disponibles²².

Hay que considerar que alrededor del 70% de las personas que fuman refieren el deseo de dejar de fumar, y un 27,4% lo ha intentado en el último año²³. Sin embargo, anualmente, solo entre un 3 y un 5% de quienes fuman y realizan intentos de cesación sin apoyo de los profesionales lo consiguen con éxito²⁴. Esta baja tasa de éxito puede ser explicada en parte por el hecho de que la mayoría de los intentos de abandono se realizan sin ayuda, lo que popularmente se conoce como el ejercicio espontáneo de la «fuerza de voluntad». Hasta muy recientemente, la mayoría de quienes consiguieron dejar de fumar abandonaron el consumo de tabaco sin ningún tipo de asistencia²⁵. La adicción al tabaco es una condición clínica crónica, difícil de superar si no se dispone del apoyo y del tratamiento adecuados^{26,27}.

Por otra parte, cerca del 70% de los fumadores que quieren dejar de fumar tienen pensado hacerlo próximamente. De los que quieren dejar de fumar, un 60% piensa hacerlo durante los próximos 6 meses y, de ellos, el 27% tiene la intención clara de dejarlo en el próximo mes²³. Finalmente, la no adherencia a la medicación para dejar de fumar y a las intervenciones psicológicas es común y reduce las probabilidades de éxito. Muchos pacientes toman solo el 50% de las dosis recomendadas de medicación²⁸ y a

menudo completan menos de la mitad de las visitas de seguimiento²⁹.

Desde un punto de vista de ética profesional, todos los profesionales sanitarios, sin distinción, y en cualquier ámbito de actuación, deben implicarse en ayudar a dejar de fumar a sus pacientes fumadores; para ello se requiere un mínimo de entrenamiento y de recursos, sobre todo tiempo³⁰.

Estrategias y evidencia

Identificación de pacientes fumadores

Se estima que un 70% de la población acude al menos una vez al año a su médico de familia, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. Este hecho ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz a quienes han decidido intentarlo³¹.

La inclusión del consumo de tabaco como uno de los signos vitales identifica al 80% o más de los fumadores que visitan las consultas³². En nuestro país, la asistencia al tabaquismo está incluida en la cartera de servicios de atención primaria de salud. Por otra parte, el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clínica. La periodicidad mínima de esta detección debe ser de una vez cada 2 años. No es necesario volver a interrogar a las personas mayores de 25 años en los que se tenga constancia en la historia clínica de que nunca han fumado^{33,34}.

Motivar al paciente que no quiere dejar de fumar

Muchas personas fumadoras carecen de la motivación suficiente para hacer un intento de abandono del tabaco. Una intervención que puede aumentar el número de fumadores que hacen un intento de abandono, y que consiguen dejar de fumar, es la entrevista motivacional. La entrevista motivacional es aquella que, centrada en la persona fumadora, trata de ayudarla a desarrollar sus propias habilidades, con vistas a animarla al cambio respecto a un estilo de vida no saludable, ayudando a los pacientes a explorar y resolver su ambivalencia respecto a su conducta³⁵. Un metaanálisis de 14 ensayos clínicos aleatorizados ha mostrado que, comparada con el consejo breve o el cuidado habitual, la entrevista motivacional incrementa las tasas de abandono del tabaco a los 6 meses en un 30%³⁶. Los principios de la entrevista motivacional son: expresar empatía, crear discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia (tabla 1).

La guía americana de la *US Public Health Services* de 2008 recomienda los contenidos de las áreas que deberían ser abordadas en la entrevista motivacional en personas fumadoras, que pueden estar basadas en las 5 «R» (Relevancia, Riesgos, Recompensas, Reconsiderar obstáculos y Repetición) (tabla 2)³⁷.

La intervención y el consejo breve es una actuación oportunista cuya finalidad es hacer reflexionar a la persona fumadora sobre su conducta y motivarla para el cambio. Debe utilizarse con toda persona fumadora en la práctica diaria para interrogarla sobre el hecho de fumar, y en tal caso informarla de los efectos del tabaco, motivarla a dejar de fumar y ofrecerle ayuda en sucesivas consultas de seguimiento, en las que mediante la educación para la salud³⁸ se proporcione asesoramiento, así como tratamiento farmacológico, en caso de que lo precise.

Otra aproximación novedosa a la persona fumadora que no quiere dejar de fumar es animarla e instruírla para reducir sustancialmente y de forma persistente su consumo diario de tabaco (todo lo que sea posible), proponiéndole para conseguirlo el uso de tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN). Un metaanálisis de 7 ensayos clínicos aleatorizados, con un total de 2.676 fumadores incluidos que no querían dejar de fumar, mostró que las tasas de abandono a los 6 meses eran significativamente mayores en aquellos fumadores a los que se les proporcionó TSN durante 6 meses o más mientras intentaban reducir su consumo de tabaco que en el grupo control (9 frente a 5%)³⁹. Otro estudio publicado en 2011 sobre 1.154 fumadores que inicialmente no querían dejar de fumar mostró un beneficio del uso de TSN durante solo 2 meses (tasas de abstinencia del 17 frente al 10% en el grupo control)⁴⁰. Carpenter et al. han evaluado si añadir TSN a una intervención para motivar a dejar de fumar consigue que las personas fumadoras intervenidas dejen en mayor proporción el tabaco; los resultados muestran mayor incidencia de intentos de abandono (49 frente a 40%) entre las personas que usaron TSN. Aunque la abstinencia a los 6 meses fue mayor en el grupo de TSN (16 frente a 14%), la diferencia no fue significativa⁴¹.

Además, estos estudios han demostrado que una quinta parte de los fumadores que no querían dejar de fumar redujeron su consumo de tabaco en un 50% o más con el tratamiento. Otro de los hallazgos del metaanálisis citado es la ausencia de un incremento en los efectos adversos serios con la combinación de TSN y consumo de tabaco; el único efecto adverso más frecuente en el grupo que recibió el TSN que en el grupo placebo fueron las náuseas (8,7 frente a 5,3%).

Michael Fiore, primer autor de la guía americana de la *US Public Health Services* de 2008, ha introducido esta aproximación al abordaje del paciente fumador que no quiere dejar de fumar en un artículo publicado en *The New England Journal of Medicine* en septiembre de 2011². Los resultados de los estudios anteriores y la magnitud de lo conseguido nos obligan a ser cautos en la

Tabla 1
Principios de la entrevista motivacional

Expresar empatía	La aceptación del fumador facilita el cambio de conducta, por lo que es fundamental una escucha reflexiva adecuada, siendo la ambivalencia del fumador ante el tabaco normal
Crear la discrepancia	Es importante que el fumador tome conciencia de las consecuencias de seguir fumando; el clínico debe intentar crear una discrepancia en el fumador entre las consecuencias de seguir fumando y las razones para dejar de fumar, siendo el fumador el que debe presentar sus propias razones para el abandono del tabaco
Evitar la discusión	Las discusiones del clínico con el fumador son contraproducentes. En muchas ocasiones, el clínico, al argumentar contra el tabaco, provoca la defensa del fumador, aflorando las resistencias. Estas resistencias nos indican que debemos cambiar las estrategias que se han estado utilizando previamente
Darle un giro a la resistencia	Las percepciones que tienen los fumadores sobre su conducta de fumar se pueden cambiar. El clínico debe sugerir nuevos puntos de vista sobre la conducta de fumar, sin imposiciones. El fumador es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas de su conducta
Fomentar la autoeficacia	La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante. El fumador es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal. Si el terapeuta cree en la capacidad de cambio del paciente, el cambio se facilita

Fuente: *Entrevista motivacional en fumadores*. Libro de la semFYC.

Tabla 2

Las 5 «R» para el fumador que no desea dejar de fumar

Relevancia	La intervención motivacional tiene un mayor impacto si es relevante para el estado de salud/enfermedad del fumador, de su familia o situación social (por ejemplo, si hay niños en casa), si el tabaco le produce problemas de salud en la actualidad, según la edad, el sexo y otras características del fumador
Riesgos	El clínico debe pedir al fumador que identifique posibles consecuencias negativas del fumar, sugiriendo y clarificando aquellos problemas más relevantes para el fumador, enfatizando que fumar cigarrillos bajos en nicotina o usar el tabaco de otras formas (puros, fumar en pipa, mascar tabaco) no elimina los riesgos. Estos pueden ser a corto plazo (por ejemplo, exacerbación del asma o más problemas respiratorios), a más largo plazo (trombosis, infartos, distintos tipos de cáncer, etc.) y riesgos para el entorno (repercusiones en los hijos)
Recompensas	El clínico debe pedir al fumador que identifique posibles beneficios de dejar de fumar, sugiriendo y enfatizando aquellos que son más relevantes para el fumador: mejora de la salud, ahorro de dinero, recuperación del gusto y del olfato, mejor forma física, más salud para los hijos y otros
Reconsiderar impedimentos y dificultades	El clínico debe pedir al fumador que identifique barreras, impedimentos y dificultades para dejar de fumar, e intentar dar una solución apropiada. Las típicas barreras incluyen: síntomas del síndrome de abstinencia, miedo a fallar en el intento, ganancia de peso, falta de apoyo, depresión y gusto por fumar
Repetición	La intervención motivacional debe ser repetida cada vez que el fumador que no está motivado para dejar de fumar acuda a la consulta, siempre en un ambiente de empatía y de respeto hacia el fumador. A los fumadores que han fallado en intentos previos de dejar de fumar se les debería informar de que muchos fumadores hacen varios intentos de abandono antes del éxito final

Fuente: Fiore³¹.

implementación de esta nueva forma de abordaje de la persona que no quiere dejar de fumar.

La investigación también demuestra que la fácil accesibilidad a los tratamientos para dejar de fumar y reducir las barreras para el inicio de los mismos incrementan su aceptación. Cuando el acceso al tratamiento se demora o existen barreras de acceso, disminuye el número de pacientes que lo inician⁴².

Tratamiento basado en la evidencia del fumador que quiere dejar de fumar

La nicotina es una potente sustancia psicoactiva que en apenas 10 seg, tras ser inhalada, llega al cerebro, donde se une a los receptores colinérgicos nicotínicos, produciendo liberación de neurotransmisores, fundamentalmente dopamina.

La nicotina es una sustancia altamente adictiva y la interrupción de su consumo genera una serie de síntomas desagradables que constituyen el síndrome de abstinencia a la nicotina (ansiedad, disminución de la capacidad de concentración, nerviosismo, insomnio, cambios de humor, hambre y deseo imperioso de fumar). Evitar estos síntomas pasa por el consumo repetido de la sustancia, generando en la persona fumadora una clara dependencia física. Por otro lado, con el consumo repetido se producen fenómenos de tolerancia por un aumento de receptores nicotínicos, que condicionan una tendencia al aumento del consumo de la sustancia. Los circuitos de recompensa se encargan de convertir el consumo de tabaco en una conducta placentera reforzada, que se asocia a distintas situaciones (después de comer, con el café, con una copa, al hablar por teléfono, etc.) que, a su vez, se convierten en detonantes del consumo²⁵.

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar supone, por lo tanto, superar la adicción a la nicotina (mediante soporte psicológico y fármacos cuando no estén contraindicados), desaprender una conducta (mediante estrategias conductuales) y modificar la influencia del entorno^{25,33}. A la hora de abordar el tabaquismo en el paciente que quiere dejar de fumar, la evidencia avala tanto el asesoramiento o apoyo motivacional como el tratamiento farmacológico, siendo la combinación de ambos lo más efectivo. En el caso del tratamiento no farmacológico, existe una relación exponencial entre la intensidad del consejo (número de sesiones y duración de las mismas) y la tasa de abstinencia, desde el consejo mínimo, hasta programas estructurados con visitas repetidas e intervención psicosocial^{43,44}. También han demostrado ser eficaces las terapias de grupo, las líneas telefónicas (*quit lines*) y los programas basados en Internet^{45,46}.

La educación para la salud, proceso sistemático de enseñanza-aprendizaje⁴⁷, es la principal herramienta para establecer estilos de vida saludables o, en su caso, cambiar conductas, como fumar. Se puede utilizar tanto para la prevención del tabaquismo en la población juvenil como en la persona fumadora para promover el abandono del consumo de tabaco. Debe ofertarse siempre a la persona que quiere dejar de fumar, bien de forma individual, bien grupal. Incluye conocer los factores personales, sociales y familiares que hacen que la persona continúe fumando, motivarla a dejar de fumar y proporcionarle asesoramiento que la capacite para el abandono³⁸.

El asesoramiento más eficaz para ayudar a dejar de fumar consiste en el aumento de la motivación del fumador, personalizando los riesgos y costes del consumo de tabaco (consecuencias del tabaco en su salud, en la economía personal, o cómo afecta a su familia). El asesoramiento también es una oportunidad para analizar los obstáculos y barreras en el intento de abandono del tabaco, y buscar habilidades para evitar o manejar los deseos de fumar cuando se está intentando el abandono. Además, el personal sanitario debería aconsejar y asesorar a la persona fumadora sobre las dificultades y retos para el abandono del tabaco que supone el consumo excesivo de alcohol, el miedo a coger peso cuando se deja el tabaco, o la convivencia con un fumador²² (tabla 3).

El asesoramiento debe ser empático y con ánimo de apoyo al fumador, evitando la confrontación. El asesoramiento para el abandono del tabaco por parte del profesional sanitario está infrutilizado, siendo un reto su incremento en la práctica clínica, tanto en persona como a través de la derivación a una línea telefónica de ayuda, si está disponible.

El tratamiento farmacológico debe ofrecerse a toda persona fumadora que quiera hacer un intento de dejar de fumar, salvo en circunstancias especiales²². El principal objetivo del tratamiento farmacológico del tabaquismo es paliar los síntomas de la abstinencia, que son el más frecuente motivo de recaída tras interrumpir el consumo. Por ello se recomendará su uso independientemente del tipo de terapia de seguimiento que quiera realizar el paciente (terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo, etc.).

Siete fármacos han sido aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) para su uso en la deshabituación tabáquica: parches de nicotina, chicles y comprimidos de nicotina, inhalador de nicotina, *spray* nasal, bupropion y vareniclina. Un metaanálisis de 83 estudios aleatorizados sobre la eficacia en obtener la abstinencia a los 6 meses demuestra que la mayoría de estos fármacos duplican aproximadamente esta a los 6 meses (14% con placebo frente a 19-26% con estos tratamientos). Vareniclina y la

Tabla 3

Asesoramiento para el fumador que quiere dejar de fumar

Dar apoyo al fumador	Proporcionar un ambiente de apoyo al fumador en su intento de abandono Animar al paciente y ponerse a su disposición en el intento de abandono
Dar consejos breves para el abandono del tabaco	Fijar una fecha de abandono: idealmente de 2-3 semanas Comunicar la decisión al entorno próximo, buscando apoyo y comprensión Anticipar dificultades en el abandono del tabaco y pensar en cómo superarlas Retirar del entorno todos los productos que recuerden al tabaco (mecheros, publicidad, ceniceros y otros) Discutir con el fumador posibles retos a superar en el intento de abandono del tabaco como son el estrés, el consumo de alcohol, la convivencia con fumadores o la ganancia de peso. Pedirle que piense en cómo evitarlos o cómo afrontarlos. Poner énfasis en una alimentación sana y un estilo de vida activo Recomendar abstinencia total: «no se puede permitir ni un solo cigarrillo en su intento de abandono»
Asesorar sobre la medicación para dejar de fumar	Analizar intentos previos de abandono: qué ayudó y qué perjudicó Informar sobre la medicación disponible para dejar de fumar y su eficacia Recomendar el uso de medicación para ayudar a dejar de fumar, teniendo en cuenta las contraindicaciones y las preferencias del paciente Explicar el uso de la medicación, y animar a su cumplimiento y adherencia
Proporcionar información y materiales suplementarios	Líneas telefónicas si están disponibles Recursos web Folletos para dejar de fumar y prevenir recaídas

combinación de sustitutos de nicotina obtienen una tasa de abstinencia algo más alta (33 y 37%, respectivamente)³⁷.

El objetivo de la TSN es el de suministrar nicotina en dosis decrecientes y en una forma de administración distinta al tabaco para paliar los síntomas de abstinencia mientras la persona fumadora afronta el cese del consumo de tabaco. La TSN está exenta del monóxido de carbono y las sustancias oxidantes responsables en gran parte del daño cardiovascular del tabaco, así como de carcinógenos. En nuestro medio están comercializados los parches, los chicles y los comprimidos de nicotina. Los parches proporcionan una liberación lenta y sostenida de nicotina, mientras los chicles y los comprimidos producen picos más recortados, rápidos e intensos de nicotina en sangre, similares a los que produce el cigarrillo. Lo más efectivo es combinar ambas formas con el fin de mantener un nivel de nicotemia suficiente para evitar los síntomas de abstinencia con el parche, y que la persona fumadora pueda autosuministrarse una dosis adicional de nicotina en momentos puntuales de necesidad imperiosa de fumar (*craving*) en forma de chicles o comprimidos de nicotina. La dosificación dependerá del número de cigarrillos fumados y del grado de adicción de la persona fumadora, siendo importante pautar una dosis adecuada, especialmente al inicio del tratamiento, para calmar los síntomas de abstinencia. Debe programarse una reducción progresiva de la dosis hasta completar 2 a 3 meses de tratamiento, aunque también han demostrado ser eficaces y seguras pautas más largas. En casos aislados puede producirse cierta dependencia a la TSN (productos de liberación rápida), que en cualquier caso siempre es menos nociva que el tabaco. La TSN es generalmente bien tolerada, los efectos adversos más frecuentes son las náuseas, el insomnio o las pesadillas, reacciones cutáneas locales con los parches, ardor, pirosis, dolor abdominal, hipo y dolor de mandíbula con las formas orales (sobre todo si no se utiliza una correcta técnica de mascado del chicle). La TSN es segura en pacientes con cardiopatía estable⁴⁸.

Bupropion es un antidepresivo que actúa a nivel del sistema nervioso central inhibiendo la recaptación de catecolaminas (noradrenalina y dopamina). Aunque el mecanismo por el que favorece la abstinencia tabáquica no queda del todo claro, bupropion prácticamente duplica la tasa de abstinencia frente a placebo⁴⁹. Bupropion debe iniciarse una semana antes de la fecha prevista de cese con una dosis de 150 mg/d los 3 primeros días, y continuar con 2 dosis de 150 mg, separadas por un período de al menos 8 h. Puede ser necesario distanciar la segunda dosis de la hora de ir a acostarse para evitar así el insomnio, que es el efecto secundario más común de bupropion. La duración de tratamiento recomendada es de 7 a 12 semanas, pudiendo optarse por tratamientos más largos en determinados casos. También ha

demostrado ser eficaz la pauta de 150 mg/d, que además reduce la posibilidad de efectos secundarios. Además del insomnio, bupropion puede producir sequedad de boca, irritabilidad y cefalea. Otro efecto raro, pero potencialmente grave, son las convulsiones (0,1%), por lo que bupropion está contraindicado en pacientes con antecedentes de epilepsia o patologías que puedan condicionar una disminución del umbral convulsivo. En 2008, basándose en estudios de farmacovigilancia post-*marketing*, la FDA añadió una advertencia de seguridad por la notificación de algunos casos de síntomas neuropsiquiátricos graves como hostilidad, agitación, depresión, ideación suicida o suicidio, en pacientes bajo tratamiento con bupropion o vareniclina, incluso en ausencia de patología psiquiátrica previa. Aun tratándose de casos aislados, se recomienda realizar seguimiento para detectar la aparición de estos síntomas en pacientes tratados con vareniclina o bupropion, y ponderar el riesgo-beneficio de su uso en pacientes con patología psiquiátrica previa. Bupropion es seguro en pacientes con cardiopatía estable⁵⁰, en los que padecen EPOC⁵¹, y también hay estudios de su seguridad en pacientes psiquiátricos^{52,53}.

Vareniclina es un agonista parcial del receptor $\alpha 4\beta 2$ nicotínico, implicado en los procesos de adicción y dependencia a la nicotina. Por su efecto agonista mantiene unos valores suficientes de dopamina como para evitar los síntomas de abstinencia, y por su efecto antagonista evita la sensación de recompensa que produce fumar. En una revisión sistemática reciente de 10 ensayos clínicos⁵⁴, vareniclina a dosis de 1 mg 2 veces al día aumentó la tasa de abstinencia a los 6 meses frente a placebo (*odds ratio* [OR] 2,3, intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 2,01-2,66). A dosis de 1 mg, vareniclina también fue eficaz (OR 2,09, IC 95% 1,56-2,78). Comparativamente con bupropion, la abstinencia al año es superior con vareniclina (OR 1,52, IC 95% 1,22-1,88). Frente a TSN, la tendencia fue a obtener una mayor tasa de abstinencia con vareniclina, aunque sin alcanzar la significación (OR 1,13, IC 95% 0,94-1,35). El efecto secundario más frecuente de vareniclina son las náuseas, sobre todo al inicio del tratamiento. La pauta de incremento progresivo de la dosis (desde 0,5 mg/24 h los primeros días hasta 1 mg/12 h a partir de la segunda semana) facilita la tolerancia a vareniclina. En ese sentido también es importante evitar tomar el fármaco con el estómago vacío, y si a pesar de todo las náuseas son importantes, puede optarse por reducir la dosis a 1 mg/24 h o utilizar fármacos protectores o antieméticos. Vareniclina debe iniciarse una semana antes de la fecha prevista de cese, y la duración del tratamiento recomendada es de 3 meses, aunque hay estudios de hasta 6 meses y un año de tratamiento. Pese a que se han descrito casos aislados de depresión, agitación, ideación suicida, suicidio y alteraciones del comportamiento con vareniclina, los análisis secundarios de los ensayos clínicos y los estudios

Tabla 4

Tratamiento con fármacos: utilizar salvo contraindicaciones o poblaciones especiales (embarazadas, fumadores ligeros, adolescentes)

Fármaco	Vareniclina		
Presentaciones	Comprimidos de 0,5 y 1 mg		
Dosis/duración	Los días 1 a 3: 0,5 mg una vez al día Los días 4 a 7: 0,5 mg 2 veces al día Del día 8 hasta el final del tratamiento: 1 mg 2 veces al día Duración del tratamiento: 12 semanas		
Instrucciones	Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar Los comprimidos deben tomarse durante las comidas Acompañar de apoyo psicológico y seguimiento		
Efectos adversos	Náuseas Cefalea Insomnio y sueños anormales Estreñimiento y flatulencia Vómitos		
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al producto		
Precauciones	No se recomienda su uso en < 18 años No usar en embarazo ni lactancia No existen interacciones clínicamente significativas En insuficiencia renal grave disminuir dosis a 1 mg/d (iniciar dosis con 0,5 mg una vez al día durante los 3 primeros días y evitar durante este tiempo el uso de cimetidina) No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia Precaución en pacientes con alteraciones psiquiátricas subyacentes con seguimiento más frecuente, y en caso de que aparezcan ideación o comportamiento suicida debe suspenderse el tratamiento inmediatamente		
Fármaco	Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidos para chupar de nicotina
Presentaciones	Parches de 24 y de 16 h	Chicles de 2 y 4 mg	Comprimidos de 1 mg (equivale a un chicle de 2 mg) y de 2 mg (equivale a un chicle de 4 mg)
Dosis/duración	Un parche al día Si parches de 24 h: 4 semanas 21 mg; 2 semanas 14 mg; 2 semanas 7 mg Si parches de 16 h: 4 semanas 15 mg; 2 semanas 10 mg; 2 semanas 5 mg <i>Usar más de 8 semanas no aumenta la efectividad^a</i>	Dar el de 2 mg inicialmente Dar el de 4 mg si: alta dependencia (≥ 5 en test de Fagerström), o recaída previa con el de 2 mg	
Instrucciones	Durante su uso NO SE DEBE FUMAR; son un complemento a la intervención psicosocial Utilizar sobre piel sana y sin vello en el tronco, parte superior del brazo o cadera. En mujeres no aplicar sobre el pecho Empezar a usar al levantarse el día de dejar de fumar y retirar: el de 24 h, al día siguiente; el de 16 h, por la noche Cambiar de localización cada día y no repetir en 7 días	Probar pautas de dosificación fijas (un chicle cada hora mientras se está despierto) ^b . No pasar de 25 chicles/d de 2 mg, ni de 15 chicles/d de 4 mg Disminuir gradualmente después de 3 meses	Probar pautas de dosificación fijas (un comprimido cada 1-2 h) ^b Dosis habitual: 8-12 comprimidos/d. No pasar de 30 comprimidos/d Disminuir gradualmente después de 3 meses
Efectos adversos	Reacciones dermatológicas locales Insomnio y pesadillas Cefalea	Utilizar cada chicle o comprimido durante 30 min Absorción limitada por la ingesta de café, bebidas ácidas o refrescos, por lo que deben evitarse durante los 15 min anteriores Dolor muscular en la mandíbula Gástricos: náuseas, vómitos, pirosis, hipo Cefalea Locales: hipersalivación, irritación y/o úlceras leves en la boca y/o garganta	Chupar el comprimido lentamente hasta percibir un sabor «picante», colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor, volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle)
Contraindicaciones	Dermatitis generalizada Enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, ACV reciente, insuficiencia cardíaca avanzada		
Precauciones	En embarazo y lactancia: se debe recomendar siempre el abandono COMPLETO del tabaco sin TSN, no obstante, en caso de no conseguirse en mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes, puede recomendarse la TSN bajo supervisión médica valorando siempre la relación riesgo-beneficio No recomendado su uso en niños, puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico Utilizar con precaución en: hipertensión no controlada, úlcera péptica activa, feocromocitoma, hipertiroidismo, daño hepático o renal grave Se pueden combinar parches de nicotina con chicles o comprimidos en fumadores con alta dependencia a la nicotina o con antecedentes de síndrome de abstinencia importante		
Fármaco	Bupropion		
Presentaciones	Comprimidos de 150 mg		
Dosis/duración	150 mg cada mañana durante 6 días; después, 150 mg/2 veces al día separadas al menos por un intervalo de 8 h Empezar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar Prolongar el tratamiento de 7 a 9 semanas desde el día que deja de fumar		
Instrucciones	Si se olvida una dosis no recuperarla, esperar a tomar la siguiente Fijar el día D de dejar de fumar después de 1-2 semanas del inicio del tratamiento Acompañar de apoyo/seguimiento		
Efectos adversos	Insomnio Cefalea Sequedad de boca y alteraciones del sentido del gusto		

Tabla 4 (Continuación)

Fármaco	Bupropion
Contraindicaciones	Reacciones cutáneas/hipersensibilidad Hipersensibilidad al producto Trastorno convulsivo actual o antecedentes Tumor SNC Cirrosis hepática grave Deshabitación brusca de alcohol o benzodiacepinas Diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia Uso de IMAO en los 14 días previos Historia de trastorno bipolar Embarazo y lactancia Niños y adolescentes
Precauciones	En insuficiencia hepática leve-moderada o insuficiencia renal y ancianos la dosis recomendada es de 150 mg/d Si el umbral convulsivo está disminuido (tratamiento con medicación que baja el umbral de convulsiones ^c , uso abusivo de alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos) NO DEBE USARSE SALVO que exista una causa clínica justificada donde el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo de convulsiones. En estos casos la dosis será de 150 mg/d Interacciones con otros medicamentos

IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; SNC: sistema nervioso central; TSN: tratamiento sustitutivo con nicotina

^a Y no existen pruebas de que el tratamiento de disminución progresiva sea mejor que el abandono de forma brusca.

^b Se pueden ofrecer pautas de dosificación a demanda (en estos casos, se debe advertir al paciente para que no use una dosis insuficiente).

^c Antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas, antihistamínicos sedantes.

de farmacovigilancia no han demostrado una asociación sólida entre el uso de vareniclina y estos efectos. Dado que algunos de estos efectos pueden presentarse en el contexto del síndrome de abstinencia a la nicotina, existe una dificultad añadida a la hora de establecer su posible relación con el uso de vareniclina. Como ya se ha comentado con bupropion, la FDA en 2008 solicitó a los fabricantes incluir una advertencia de seguridad en la ficha técnica, instando al facultativo a informar al paciente y a sus familiares sobre la importancia de suspender el tratamiento en caso de observarse alteraciones del comportamiento, y a monitorizar la evolución de dichas alteraciones si se dieran. Más recientemente, el uso de vareniclina en pacientes con cardiopatía ha levantado una nueva polémica a raíz de la publicación de un controvertido metaanálisis por un grupo canadiense⁵⁵ poniendo en duda la seguridad cardiovascular de vareniclina. En el contexto de esta polémica, la FDA revisó exhaustivamente el único ensayo clínico aleatorizado de vareniclina frente a placebo en pacientes con cardiopatía estable⁵⁶, en el que dicho fármaco fue eficaz aumentando más del doble la tasa de abstinencia frente a placebo, y en el que a pesar de reportarse escasos episodios cardiovasculares, estos fueron más frecuentes en el grupo tratado con vareniclina. A la espera de nuevas evidencias, siendo el tabaquismo un importante factor de riesgo cardiovascular, la FDA recalca la importancia de ponderar este pequeño aumento del riesgo sobre el beneficio del cese tabáquico en pacientes con cardiopatía. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y la Agencia Europea de Medicamentos también se han pronunciado en favor de que un ligero aumento del riesgo de problemas cardiovasculares no sobrepasa los beneficios que vareniclina proporciona, ayudando a las personas que desean dejar de fumar.

Son varios los factores a considerar a la hora de seleccionar el tratamiento farmacológico, como la experiencia previa del paciente, sus comorbilidades y el perfil de posibles efectos secundarios⁵⁷. Una vez más, hay que recalcar la importancia del seguimiento a la hora de monitorizar la tolerancia y adherencia al tratamiento, así como el beneficio añadido de la combinación del tratamiento farmacológico con el apoyo motivacional y psicosocial, siendo sin duda la intervención que combina ambas herramientas la más eficiente. En las *tabla 4a*, *4b* y *4c* se especifican la posología, las instrucciones de uso, los efectos adversos, las contraindicaciones y las precauciones de vareniclina, TSN y bupropion.

A pesar de la eficacia documentada de los fármacos y consejos para dejar de fumar, el número absoluto de pacientes que se mantienen abstinentes a los 12 meses es bajo; consecuentemente,

tenemos la necesidad de desarrollar nuevos tratamientos e identificar estrategias de cesación óptimas, así como formas alternativas de usar los fármacos ya existentes.

Adherencia al tratamiento

Una de las principales dificultades en el abordaje del tabaquismo es la baja adherencia tanto al tratamiento farmacológico como al no farmacológico. Esta baja adherencia está directamente relacionada con el riesgo de recaída. Las personas poco motivadas son más propensas a abandonar el tratamiento y, en general, la recaída es considerada por la mayoría como un fracaso, que desalienta al paciente en su voluntad de intento de cese. Por ello es muy importante centrar nuestra intervención en aumentar la motivación de la persona que va a intentar dejar de fumar, mediante la entrevista motivacional. Por otra parte, el profesional sanitario debe hacer entender al paciente que dejar de fumar es un proceso, que no debe darse por interrumpido por el hecho de tener un desliz o una recaída, dado que siempre se puede volver a intentar. Aunque la intensidad del consejo está directamente relacionada con la tasa de abstinencia, es muy importante individualizar las estrategias, y dar una opción a todos los pacientes. Hay personas que se adhieren mejor a programas menos presenciales (*quit lines*, programas *online*), estrategias que deben facilitar aun así algún tipo de seguimiento como pieza clave para aumentar la probabilidad de éxito.

La baja adherencia al tratamiento farmacológico suele ir relacionada con falsas creencias sobre el mismo, como que no es seguro, que es inefectivo o que no debe usarse en caso de recaída. Es muy importante aclarar estos aspectos con el paciente antes de iniciar un tratamiento farmacológico, así como monitorizar la tolerancia y la efectividad de la estrategia propuesta.

Pasos para intervenir

En el abordaje de la persona fumadora, el deseo de intentar el abandono del tabaco debe ser la pregunta guía para desarrollar la intervención. Las *figuras 1* y *2* muestran las respectivas intervenciones para los pacientes que quieren y que no quieren dejar de fumar en el momento de la visita. Por eso, la realización de la intervención breve, que incluye preguntar sobre el consumo de tabaco, informar sobre los efectos del tabaquismo motivando al cambio de conducta, e interrogar sobre la disposición a abandonar el consumo de tabaco facilitando

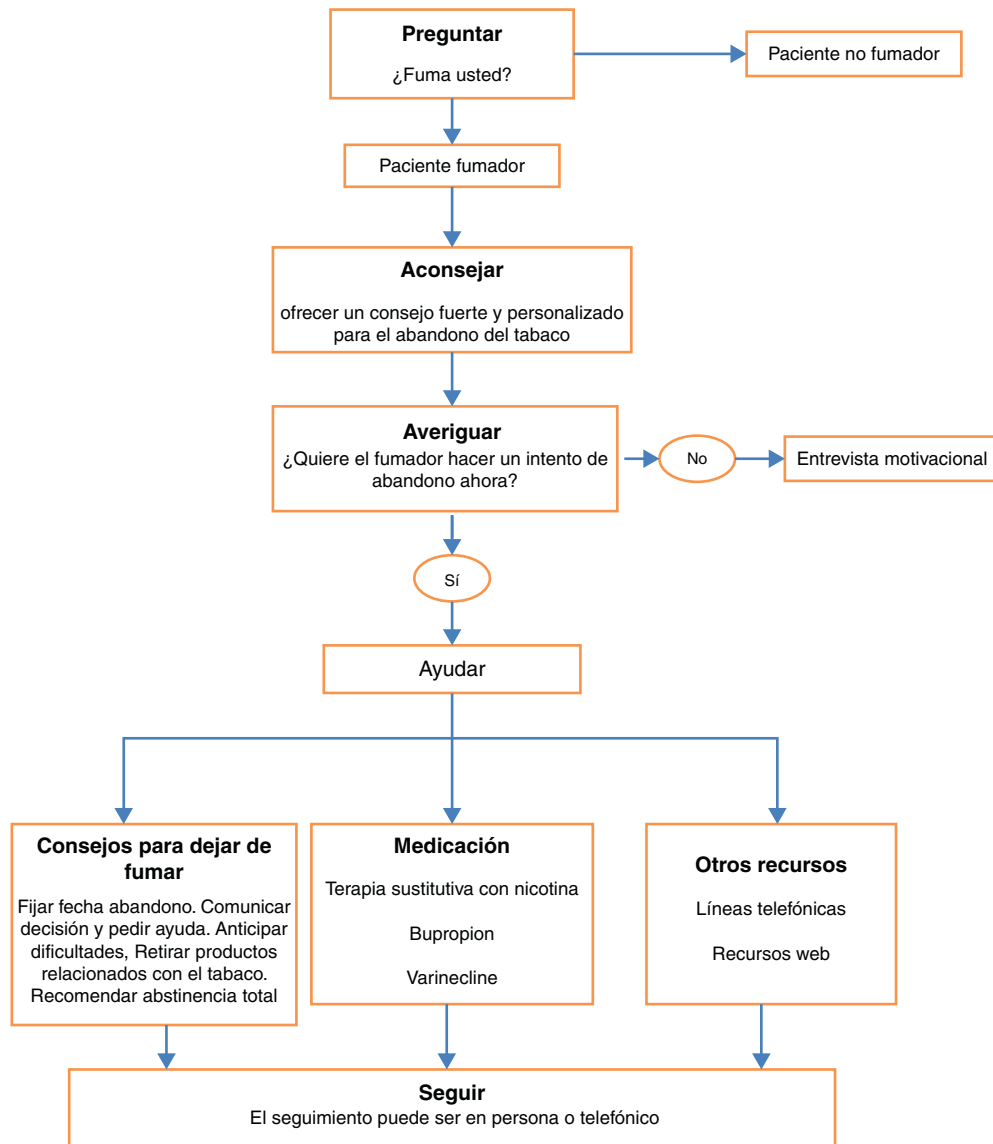


Figura 1. Intervenciones en el paciente fumador que quiere hacer un intento de abandono del tabaco en el momento de la visita. Adaptada de Fiore y Baker².

ayuda, es una intervención que debe incluirse en la práctica asistencial diaria, sea cual sea el nivel de asistencia: primaria o especializada.

Aunque algunos fumadores van a fumar durante su intento de abandono, hay que considerar que de un 30 a un 40% de estos no van a tener una recaída total. El personal sanitario deberíamos animar a nuestros pacientes a permanecer el mayor tiempo posible abstinentes del tabaco⁵⁸. A los que no quieran hacer un intento de abandono se les debería animar a fumar lo menos posible, ya que una reducción del consumo se ha asociado con un posterior cese⁴¹. La intervención como sanitarios no debería quedarse aquí, sino que convendría explicar los efectos de la exposición al humo ambiental de tabaco en las personas no fumadoras con la finalidad de concienciarles y prevenir el tabaquismo pasivo.

Papel del sistema sanitario

El tabaquismo es nuestro principal problema de salud pública, y por ello el sistema sanitario tiene que asumir un papel prioritario en su prevención y tratamiento:

- Favoreciendo y promoviendo la formación del personal sanitario en el abordaje del tabaquismo.
- Promoviendo programas de deshabituación tabáquica tanto en los centros de salud (atención primaria, salud laboral) como en los hospitales.
- Creando una red de unidades especializadas en tabaquismo, multidisciplinares, donde se puedan atender los casos más difíciles (pacientes con comorbilidades psiquiátricas, otras dependencias, pacientes con alta dependencia, recalcitrantes, y pacientes con patologías en cuyo pronóstico el cese tabáquico es prioritario).
- Implantando programas de deshabituación del tabaquismo en los centros de trabajo como parte de las actividades de salud laboral.
- Financiando los tratamientos que han demostrado ser coste-efectivos.
- Promoviendo el desarrollo de material educativo y programas de apoyo no presencial (*quit lines*, programas *online*, etc.), así como folletos de autoayuda.
- Colaborando activamente en la implementación y cumplimiento de las leyes que restringen el consumo de tabaco en lugares públicos y en el entorno laboral.

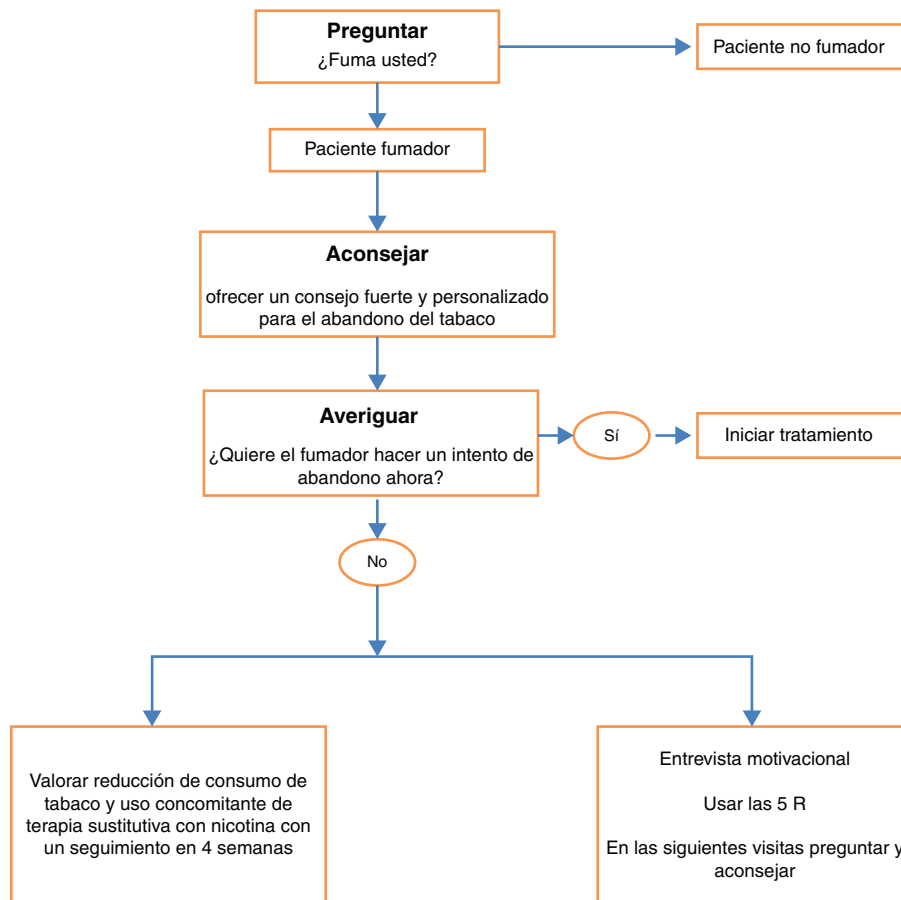


Figura 2. Intervenciones en el paciente fumador que no quiere hacer un intento de abandono en el momento de la visita. Adaptada de Fiore y Baker².

Áreas de incertidumbre

Necesitamos más investigación para establecer estrategias efectivas que incrementen la aceptación y el uso de la medicación y el asesoramiento para dejar de fumar por parte de las personas fumadoras, para identificar cuál es la mejor combinación de los tratamientos, y para prevenir la recaída entre los fumadores que han dejado de fumar. Por otra parte, la nueva tecnología para ayudar a dejar de fumar basada en entornos web, líneas telefónicas y aplicaciones para móviles es un campo prometedor en la ayuda para dejar de fumar.

El hecho de que la mayoría de los abandonos del consumo de tabaco sean no asistidos, y los riesgos de medicalización que implica el abordaje farmacológico o médico del abandono del tabaco, han sido motivo de controversia⁵⁹ en los últimos tiempos. Igualmente, la eficacia a largo plazo de la TSN cuando se usa en población general no seleccionada ha sido puesta en duda recientemente⁶⁰. Incluso en las comunidades con mayor disponibilidad de tratamientos farmacológicos, más del 80% de las cesaciones se producen entre personas que no han tenido soporte profesional ni el acceso a los mismos. La evidencia actual es que los tratamientos farmacológicos, los consejos y las terapias psicológicas intensivas son una ayuda eficaz, aunque no son imprescindibles para que la gente deje de fumar. Es necesario tener en cuenta los factores sociales, culturales y ambientales que favorecen un entorno propicio a la cesación.

Muchos pacientes fumadores usan otras técnicas para dejar de fumar, como la acupuntura, la digitopuntura, la hipnosis, diversos tipos de electroestimulación, láser y otros. Las revisiones

de los estudios disponibles hasta ahora sobre la eficacia de estas técnicas indican que su aplicación no consigue resultados superiores a los alcanzados por cualquier procedimiento placebo^{61,62}.

Para asegurar un adecuado empleo de los recursos, es importante la formación de los profesionales sanitarios en tabaquismo, para promover la intervención en personas fumadoras como práctica clínica habitual, así como para evitar un uso indiscriminado de la prescripción farmacológica. Por ello, la formación no solo debe centrarse en el uso de tratamientos farmacológicos, sino que debe capacitar al personal sanitario para realizar consejo breve y educación para la salud individual y grupal, entrevista motivacional, así como técnicas cognitivo-conductuales que aseguren un abordaje del tabaquismo de calidad.

La financiación completa del tratamiento del tabaquismo podría incrementar la proporción de abstinentes, intentos de abandono y utilización de fármacos. Aunque los resultados conseguidos no son altos, los costes por fumador que deja de fumar son bajos⁶³.

Los tratamientos de la deshabituación tabáquica deben adaptarse en función de las características personales o factores contextuales. La comorbilidad de los fumadores con patología cardiovascular, EPOC, cáncer, enfermedad mental, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, hospitalización y consumo de otras drogas, obliga a tener en cuenta aspectos de eficacia y seguridad de los tratamientos a emplear. Debido a los graves riesgos que fumar conlleva tanto para la embarazada fumadora como para el feto, las intervenciones para ayudar a estas mujeres a dejar de fumar deben ser sistemáticas,

específicamente diseñadas para ellas. Los jóvenes son más vulnerables a fumar que la población general y deben ser objeto de especial atención.

Guías clínicas de abordaje del tabaquismo

Dos son las guías de práctica clínica de referencia en el abordaje del tabaquismo. La guía clínica *Treating Tobacco Use and Dependence*, desarrollada y financiada por el *US Public Health Service*, actualizada en 2008³⁷ y traducida al español (*Guía del tratamiento del tabaquismo*) por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica en mayo de 2010⁶⁴, ofrece una herramienta útil basada en la evidencia para el abordaje del tabaquismo en la práctica clínica; y la guía NICE británica, también actualizada en 2008⁶⁵. En nuestro país, la *Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo* de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria es un referente en cómo intervenir sobre los pacientes fumadores atendidos en la consultas de atención primaria³⁴. Dentro del ámbito hispano, hay que destacar la *Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco* de Argentina⁶⁶.

Conclusiones y recomendaciones

- El tabaquismo es un trastorno adictivo crónico, causante de enfermedad y muerte.
- La intervención en tabaco está considerada como el patrón oro de las intervenciones preventivas, muy por encima de otras medidas de prevención usadas comúnmente.
- Se recomienda preguntar y registrar el consumo de tabaco de todos los pacientes atendidos en las consultas.
- A todos los pacientes fumadores que acuden a consulta se les debería proporcionar una intervención breve: aconsejar el abandono del tabaco, preguntarles sobre su intención de abandono del mismo y ofertarles apoyo.
- A aquellos fumadores que no quieren dejar de fumar en el momento actual se les debería motivar para el abandono del tabaco mediante técnicas de entrevista motivacional.
- El consejo antitabaco a la persona fumadora, inserto en la atención sanitaria rutinaria, es una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo, existiendo una fuerte relación dosis-respuesta entre la intensidad de la intervención para dejar de fumar y los resultados obtenidos, habiendo evidencia de que a mayor intensidad se producen tasas más altas de éxito.
- A aquellos fumadores que quieren hacer un intento de abandono del tabaco, el personal sanitario debe ofrecerles ayuda mediante educación para salud individual y/o grupal, y proveerles de consejos prácticos para el abandono del mismo, y/o aconsejarles recursos disponibles como materiales educativos, líneas telefónicas y técnicas *online*.
- Existen tratamientos farmacológicos coste-efectivos para abordar la deshabituación tabáquica que deben ofrecerse a aquellos fumadores con voluntad de cese. El profesional sanitario debería informar a la persona fumadora de los beneficios y riesgos asociados con el tratamiento farmacológico disponible para ayudar a dejar de fumar, y consensuar con ella el más adecuado a su circunstancia.
- Disponemos de revisiones sistemáticas que han demostrado la eficacia de los siguientes fármacos en su uso clínico para ayudar a dejar de fumar: TSN, antidepressivos (bupropion y nortriptilina), vareniclina, clonidina y citisina. Los fármacos considerados de primera elección son: la TSN, el bupropion y la vareniclina.
- Se aconseja hacer un seguimiento del paciente fumador, tanto del que no quiere dejar de fumar como del que está intentando dejar su adicción.

- Incluso en las comunidades con mayor disponibilidad de tratamientos farmacológicos, más del 80% de las cesaciones se producen entre personas que no han tenido soporte profesional ni el acceso a los mismos. La evidencia actual es que los tratamientos farmacológicos, el consejo sanitario y las terapias psicológicas intensivas son una ayuda eficaz e incluso imprescindible para algunas poblaciones de personas fumadoras. Es necesario tener en cuenta los factores sociales, culturales y ambientales que favorecen un entorno propicio a la cesación. Por ello, conviene apoyar políticas de salud pública tales como el aumento de la carga fiscal del tabaco o la propuesta de empaquetado genérico que actualmente baraja la Comisión Europea. En conjunción con dichas medidas, las intervenciones clínicas podrían resultar mucho más efectivas.
- A pesar de la eficacia documentada de los fármacos y consejos para dejar de fumar, el número absoluto de pacientes que se mantienen abstinentes a los 12 meses es bajo; consecuentemente tenemos la necesidad de desarrollar nuevos tratamientos e identificar estrategias de cesación óptimas, así como formas alternativas de usar los fármacos ya existentes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Los miembros del grupo colaborador del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) son:

María Pilar Cascán Herreros, Andrea Gallego Valdeiglesia, Pilar Garrido López, Rosana Mainar Sancho, Ángel López Nicolás, Eloy Pacho Jiménez y Ángel Plans Cañamares.

El CNPT está formado por miembros de las siguientes sociedades:

- Asociación de Educación para la Salud (ADEPS): María Ángeles Planchuelo Santos y María Sáinz Martín.
- Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA): María del Carmen Fernández Pinilla y Nieves Martel Claros.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España (CGOE): Alfredo Aragües González y Manuel Alfonso Villa Vigil.
- Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (Socidrogalcohol): Elisardo Becoña Iglesias y Julio Bobes García.
- Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA): Víctor López García-Aranda y Juan Pedro Botet Montoya.
- Sociedad Española de Cardiología (SEC): Regina Dalmau González-Gallarza y Vicente Bertomeu Martínez.
- Sociedad Española de Epidemiología (SEE): Manel Nebot Adeell y Fernando G. Benavides.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC): Francisco Camarelles Guillem y Josep Basora Gallisa.
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen): José Luis Díaz-Maroto Muñoz y José Luis Llisterra Caro.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): Carles Ariza i Cardenal y Andreu Segura.
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG): Rosana Mainar Sancho y Pedro Gil Gregorio.
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC): Belén Fernández Sánchez e Isabel Oriol Díaz de Bustamante.
- Educación Experimentación (EDEX): Juan Carlos Melero Ibáñez y Miguel Angel Ortiz de Anda Basabe.

- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI): Eloy Pacho Jiménez y Javier García Alegría.
- Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC): Ana María Quintas Rodríguez y José Ibáñez Fernández.
- Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS): Teresa Salvador Llivina y Mireia Vidal.
- Sociedad Española de Psiquiatría (SEP): María Cristina Pinet Ogué y Jerónimo Sáiz Ruiz.
- Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAI): Ricardo Abengozar Muela y José María Olaguibel Rivera.
- Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET): Francisco Rodríguez Lozano y F. Javier Ayesta.
- Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP): Adelaida Lozano Polo y Marta Pisano Gonzalez.
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): Andrea Gallego Valdeiglesia y Benjamín Abarca Buján.
- Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón (APTA): María Pilar Cascán Herreros.
- Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST): Angel Plans Cañamares y Pedro González de Castro.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (CGCOP): Vicenta Esteve Biot y Francisco Santolaya Ochando.
- Sociedad Andaluza para el Abordaje del Tabaquismo (SANAT): Pilar Espejo Guerrero y Justa Redondo Ecija.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP): Marciano Sánchez Bayle y Carlos Ponte Mittelbrunn.
- Asociación de Economía de la Salud (AES): Angel López Nicolás.
- Sociedad Vasco-Navarra de Prevención del Tabaquismo (SVNPTab): Joseba Zabala y Carlos Cortijo Bringas.
- Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS): Francisco Cañizares de Baya.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM): Antonio Fernández-Pro Ledesma y Juan José Rodríguez Sendín.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH): Josep María Ramón Torrell y Berta María Uriel Latorre.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM): Pilar Garrido López y Emilio Alba Conejo.
- Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD): Victor Manuel Oribe y Juan Enrique Dominguez.
- Sociedad Española de Médicos Extranjeros (SEMEX): Pablo Rubinstein Aguñín.
- 11. Banegas JR, Díez Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:769-71.
- 12. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328:1519.
- 13. Sloan FA, Osterman J, Picon G, Conover C, Taylor Jr DH. *The price of smoking*. Cambridge, MA: MIT Press; 2004.
- 14. Consejo de Estado. Dictamen sobre el anteproyecto de Ley reguladora de la venta, publicidad, promoción y consumo público de tabaco. Madrid: Consejo de Estado; 2005.
- 15. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III; 2003.
- 16. United States Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: Nicotine addiction: A report from the Surgeon General*. Washington, DC: Government Printing Office; 1988 DHHS Publication N (CDC) 88-8406.
- 17. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2010;362:2295-303.
- 18. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva: WHO; 1992.
- 19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 14th ed. (DSM-IV)*. Washington, DC: APA; 1995.
- 20. Rothemich SF, Wolf SH, Jonson RE, Burgett AE, Flores SK, Marsland DW, et al. Effect on cessation counseling of documenting smoking status as a routine vital sign: An ACORN study. *Ann Fam Med*. 2008;6:60-8.
- 21. Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG. Use of smoking-cessation treatments in the United States. *Am J Prev Med*. 2008;34:102-11.
- 22. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public Health Service report. *Am J Prev Med*. 2008;35:158-76.
- 23. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Madrid: Comité Nacional de Prevención del tabaquismo; 2008 [consultado Abr 2012]. Disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/Informe_Encuesta_08.pdf
- 24. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99:29-38.
- 25. Royal College of Physicians. *Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London: Royal College of Physicians; 2000.
- 26. United States Department of Health and Human Services. *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta: DHHS; 2000.
- 27. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;3:CD001118. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001118>.
- 28. Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG. Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: Secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther*. 2008;30:1852-8.
- 29. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med*. 2009;169:2148-55.
- 30. Córdoba R, Alisent R. Ética clínica y tabaco. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:262-6.
- 31. Cabezas C, Robledo T, Marques F, Ortega R, Nebot M, Mejido MJ, et al. Recomendaciones PAPPs sobre estilos de vida. *Aten Primaria*. 2007;39 Supl 3:27-46.
- 32. Fiore MC, Jorenby DE, Schensky AE, Smith SS, Bauer RR, Baker TB. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc*. 1995;70:209-13.
- 33. Marqués F, Cabezas C, Camarelles F, Córdoba R, Gómez J, Muñoz E, et al. Recomendaciones estilos de vida. Programa Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPs). Actualización 2009. Grupo de Educación para la Salud. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2009.
- 34. Camarelles F, Mataix J, Cabezas C, Lozano J, Ortega G. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2011.
- 35. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people for change*. 2nd ed. New York, USA: The Guilford Press; 2002.
- 36. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;1:CD006936.
- 37. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB. *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, US Public Health Service; 2008.
- 38. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoide M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. *Manual de Educación para la Salud*. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2006.
- 39. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009;338:b1024.
- 40. Chan SS, Leung DY, Abdullah AS, Wong VT, Hedley AJ, Lam TH. A randomized controlled trial of a smoking reduction plus nicotine replacement therapy intervention for smokers not willing to quit smoking. *Addiction*. 2011;106:1155-63.
- 41. Carpenter MJ, Hughes JR, Gray KM, Wahlquist AE, Saladin ME, Alberg AJ. Nicotine therapy sampling to induce quit attempts among smokers

Bibliografía

1. Camarelles F, Salvador T, Ramón JM, Córdoba R, Jiménez-Ruiz C, López V, et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:175-200.
2. Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31.
3. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública; 1995.
4. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública; 2006.
5. Encuesta Europea de Salud en España. Año 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública; 2011.
6. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2009-2010*.
7. SESPAS. *La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000.
8. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med*. 2001;33:241-8.
9. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marcos B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:97-102.
10. Godtfredsen NS, Vestbo J, Osler M, Prescott E. Risk of hospital admission for COPD following smoking cessation and reduction: A Danish population study. *Thorax*. 2002;57:967-72.

- unmotivated to quit: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med.* 2011;171:1901-7.
42. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, Zehner ME, Jorenby DE, Mielke M, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study. *Prev Med.* 2004;38:412-20.
 43. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;4:CD000165.
 44. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA.* 2000;283:3244-54.
 45. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;3:CD002850.
 46. Myung SK, McDonnell DD, Kazinets G, Seo HG, Moskowitz JM. Effects of web- and computer-based smoking cessation programs: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2009;169:929-37.
 47. Costa M, López E. Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide; 1996.
 48. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, Prochazka AV, Westman EC, Steele BG, 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.
 49. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;1:CD000031.
 50. 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. *Eur Heart J.* 2003;24:946-55.
 51. 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;165:2286-92.
 52. Kim H, Lee KJ. Effect of bupropion for nicotine dependence in patients with major depressive disorder. *J Cancer Educ.* 2009;24 Suppl. 1:375-6.
 53. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2010;196:346-53.
 54. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;2:CD006103, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub5>.
 55. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2011;183:59-66.
 56. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: A randomized trial. *Circulation.* 2010;121:221-9.
 57. Olano E, Minué C, Ayesta FJ. Tratamiento farmacológico de la dependencia de la nicotina: revisión de la evidencia científica y recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre su elección e individualización. *Med Clin (Barc).* 2011;136:79-83.
 58. Japuntich SJ, Piper ME, Leventhal AM, Bolt DM, Baker TB. The effect of five smoking cessation pharmacotherapies on smoking cessation milestones. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79:34-42.
 59. Chapman S, MacKenzie R. The global research neglect of unassisted smoking cessation: causes and consequences. *PLoS Med.* 2010;7:e1000216.
 60. Alpert HR, Connolly GN, Biener L. A prospective cohort study challenging the effectiveness of population-based medical intervention for smoking cessation. *Tob Control.* 2012. Epub ahead of print.
 61. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;2:CD001008, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001008>.
 62. White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;1:CD000009, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000009>.
 63. Reda AA, Kaper J, Fikrelter H, Severens JL, van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2:CD000435, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000435.pub3>.
 64. Guía de tratamiento del tabaquismo. US Public Health Service. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010.
 65. National Institute for Health and Clinical Excellence. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. Public health guidance, PH10, 2008 [consultado Oct 2012]. Disponible en: www.nice.org.uk/PH10
 66. Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. Ministerio de Salud y Medioambiente de la nación. Argentina, 2005 [consultado Oct 2012]. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/TRATADICCIONTABACO1.pdf>