

Tratamiento del tabaquismo: situación actual y perspectivas de futuro

Miguel Barrueco

Servicio de Neumología. Hospital Universitario. Salamanca.

Tabaquismo; Tratamiento farmacológico; Bupropión

La Encuesta Nacional de Salud de 1997¹ señala una prevalencia del consumo de tabaco en España del 35,7% en la población con edad igual o superior a los 16 años, un amplio porcentaje de los cuales desearía dejar de fumar si ello les resultase fácil. Sin embargo, a pesar de la magnitud del problema de salud pública que el consumo de tabaco supone para las sociedades occidentales en general y para España en particular, y de los indudables beneficios potenciales derivados de su control², en nuestro país el tratamiento del tabaquismo no ha sido asumido aún como una prioridad ni por las administraciones con responsabilidades sanitarias ni por la mayoría de los profesionales.

A pesar de las limitaciones metodológicas de los numerosos estudios realizados, así como de la dificultad de trasponer estos métodos a la práctica clínica habitual, existe ya suficiente información y se ha alcanzado entre los profesionales y sociedades científicas suficiente grado de consenso respecto de las intervenciones que se deben realizar y de su rentabilidad³ como para que el principal objetivo sea incluir el tratamiento del tabaquismo en la práctica asistencial de la mayor parte de los médicos españoles, y en especial, de los médicos de atención primaria.

El tratamiento del tabaquismo es multifactorial, y los resultados obtenidos mejoran cuando los programas de tratamiento incluyen apoyo psicológico y tratamiento farmacológico de la dependencia de la nicotina. Los porcentajes de éxito publicados por distintos autores son muy variables, dependiendo de la intervención realizada, y disminuyen con el tiempo. Únicamente un 6% de las personas que lo intentan logran mantener la abstinencia a medio plazo⁴. Sin embargo, a pesar de los bajos porcentajes de éxito, es indudable la necesidad de conseguir trasladar el tratamiento del tabaquismo desde los estudios clínicos a la asistencia rutinaria. El concepto de intervención mínima, aunque en revisión constante, incluye la realización de un consejo antitabaco sistemático, acompañado de la entrega de documentación escrita y apoyo psicológico, así como el seguimiento del paciente en su proceso de deshabituación. Este consejo debe ser serio, firme, amigable, breve (no debe sobrepasar los 3 min) y personalizado, es decir, ajustado a las características del fumador, y dependerá en parte de la fase en la que se encuentre⁵. Se trata, por tanto, de una intervención mínima, sistematizada e integrada en la práctica médica.

En aquellos pacientes que por sus características personales y su historia de fumador no se considere adecuada o suficiente la intervención mínima, se pueden realizar otras intervenciones destinadas a favorecer el abandono del tabaco,

siendo el tratamiento farmacológico la más adecuada, y la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) la más utilizada hasta la fecha, aunque las perspectivas que ofrece el tratamiento con bupropión parecen excelentes⁶.

La TSN se aplica a los pacientes fumadores con una dependencia nicotínica media-alta, que son el grupo con mayor dificultad para abandonar el consumo y en el que los porcentajes de éxito son aún reducidos. En estudios controlados, las tasas de abstinencia publicadas se sitúan entre el 30% al final del tratamiento y el 20% a los 6 meses y al año^{7,8}. Sólo en raras ocasiones se obtienen porcentajes de abstinencia superiores al 30% al año de seguimiento⁹. Con la TSN estándar se consiguen porcentajes de sustitución nicotínica de entre el 30 y el 50%, y ello puede explicar el elevado porcentaje de fracasos existentes¹⁰. Recientemente, se ha introducido el concepto TSN a altas dosis, que pretende conseguir porcentajes de sustitución de entre el 90 y el 100%, con lo que se logra mejorar los porcentajes de éxito¹¹, pero su aplicación de forma generalizada resulta difícil, pues se aconseja realizar determinaciones previas de cotinina para el cálculo exacto del porcentaje de sustitución, lo que limita considerablemente su utilidad.

La eficacia de la TSN es variable, y en un metaanálisis realizado por Silagy et al¹² en el que se valoran 47 ensayos clínicos que incluyen a más de 23.000 pacientes, se recogen porcentajes de éxito que oscilan entre el 15% con el inhalador bucal y el 24% con el nebulizador. A pesar del uso generalizado de la terapia sustitutiva durante los últimos años y de la eficacia demostrada por la TSN, el número de abstinentes conseguidos con ella es relativamente bajo¹³.

La baja abstinencia conseguida con este tipo de terapia ha contribuido al interés por desarrollar otras terapias farmacológicas. La disponibilidad de fármacos sin nicotina proporciona nuevas opciones y capacidad de decisión a los médicos, así como la posibilidad de valorar otros aspectos como la forma de administración, el cumplimiento o los efectos adversos derivados de cada medicamento¹⁴.

El bupropión es la primera medicación no nicotínica que la Food and Drugs Administration ha aprobado para el tratamiento del tabaquismo¹⁵. La utilidad de bupropión, solo o asociado a nicotina, se ha demostrado en estudios controlados. Su eficacia oscila entre abstinencias del 44,2% a las 6 semanas, con una *odds ratio* de 3,4 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,2-5,7), y del 23,1% al año, con una *odds ratio* de 2,0 (IC del 95%, 1,1-3,5) en el estudio de Hurt et al¹⁶, hasta el 60,2% a las cuatro semanas y el 30,3% al año en el estudio de Jorenby et al⁶, porcentajes que se incrementan en este último hasta el 66,5% a las 4 semanas y el 35,5% al año en la terapia combinada de bupropión y nicotina.

El tratamiento con bupropión parece presentar una ventaja añadida: en el estudio de Jorenby et al⁶, a la dosis de 300 mg/día, permitió controlar de forma eficaz la ganancia de peso, aspecto muy importante para muchos fumadores que desean dejar el tabaco y que constituye una de las causas más frecuentes de recaída.

Recientemente Nielsen y Fiore¹⁷ han publicado los resultados de un programa de deshabituación tabáquica en el marco laboral, realizando un análisis coste/beneficio desde la perspectiva del empleador y comparando la terapia sustitutiva con parches de nicotina, bupropión y la combinación de ambos frente a placebo. Los autores encontraron que el bupropión presenta una mejor relación, con un beneficio neto de 338 dólares por empleado, en comparación con la terapia sustitutiva con nicotina (26 dólares), la combinación de ambos (178 dólares) y el placebo (248 dólares) al año del inicio del programa.

Correspondencia: Dr. M. Barrueco Ferrero.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario.
Paseo de San Vicente, 58-182. 37007 Salamanca.
Correo electrónico: mibafe@gugu.usal.es

Recibido el 25-5-2000; aceptado para su publicación el 9-6-2000

Med Clin (Barc) 2000; 115: 341-342

La posibilidad de incorporar terapias sin nicotina, administradas por vía oral, bien toleradas, con escasos efectos adversos, y con una buena relación coste/beneficio, a los tratamientos utilizados hasta la fecha permite pensar que el tratamiento farmacológico del tabaquismo podrá, si no generalizarse, romper al menos las barreras y dificultades a las que se ha enfrentado durante los años pasados, y ser puesto en práctica no sólo por especialistas, sino también por los médicos de atención primaria. Cuanto más médicos de atención primaria se convenzan de la simplicidad del tratamiento del tabaquismo, de su utilidad y rentabilidad, más cerca estaremos de la solución del más importante problema de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
2. Banegas JR, Rodríguez F, Martín-Moreno JM, González J, Villar F, Guasch A. Proyección del impacto tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 644-649.
3. Plana P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta RG et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 49-53.
4. Smoking cessation during previous year among adults. United States, 1990 and 1991. *MMWR* 1993; 42: 504-507.
5. Fiore C, Wetter DW, Bailey WC, Bennett G, Cohen SJ, Dorfman J et al. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996; 275:1270-1280.
6. Jorenby D, 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. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
7. Hughes JR, Goldstein MG, Huert RD, Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA* 1999; 281: 72-76.
8. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TD. The effectiveness of nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *JAMA* 1994; 263: 2760-2765.
9. Jiménez Ruiz CA. Avances terapéuticos en la deshabituación tabáquica. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 415-416.
10. Tang JL, Law M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *Br Med J* 1994; 308: 21-26.
11. Dale LC, Hurt RD, Offord KP, Lauson GM, Croghan IT, Schroeder DR. High-dose nicotine patch therapy. Percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995; 274: 1353-1358.
12. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. En: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D, editores. *Tobacco addiction. Module of the Cochrane database of systematic reviews (actualizada el 1 de diciembre de 1997)*. The Cochrane Collaboration; Issues 1. Oxford: Update Software, 1998.
13. Covey LS, Sullivan MA, Johnston JA, Glassman AH, Robinson MD, Adams DPP. Advances in non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. *Drugs* 2000; 59: 17-31.
14. Benowitz NL. Treating tobacco addiction. Nicotine or no nicotine? *N Engl J Med* 1997; 337: 1230-1231.
15. Henningfield JE, Fant RV, Gopalan L. Non-nicotine medications for smoking cessation. *J Respir Dis* 1988; 19 (Supl): 533-542.
16. Hurt R, Sachs D, Glover E, Offord KP, Johnston JA, Dale LC et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-1202.
17. Nielsen K, Fiore MC. Cost-benefit analysis of sustained-release bupropion, nicotine patch, or both for smoking cessation. *Prev Med* 2000; 30: 209-216.