

Recomendaciones de buena práctica clínica en tabaquismo

J.L. Díaz-Maroto Muñoz^a, C.A. Jiménez Ruiz^{a,b}, M. Alonso Fernández^{a,c},
J. Alonso Moreno^{a,d}, P.P. Iglesias Dorado^{a,e} y À. Bassa Massanas^{a,f}

^aCoordinador del Grupo de tabaquismo de SEMERGEN. Médico rural. Pozo de Guadalajara. España.

^bUnidad especializada de Tabaquismo. Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Madrid. España.

^cCentro de Salud de La Eria. Oviedo. Asturias. España.

^dCentro de Salud de Sillería. Toledo. España.

^eCentro de Salud de San Juan de la Cruz. Pozuelo. Madrid. España.

^fUnidad de Tabaquismo. Centro de Atención Primaria (CAP) Vila Olímpica. Barcelona. España.

El tabaquismo es una enfermedad crónica. Es la primera causa evitable de muerte en todo el mundo. Las enfermedades cardiovasculares, varios tipos de tumores y enfermedades pulmonares se relacionan con el consumo de tabaco. En España el consumo de tabaco causa 56.000 muertes cada año. Todos los profesionales de la salud, especialmente los médicos de Atención Primaria, tienen un importante papel para controlar el consumo de tabaco y para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. La intervención mínima (dar consejos para dejar de fumar) es un enfoque fundamental que todos los médicos de Atención Primaria deben realizar ante los fumadores. Los fumadores que quieren hacer un intento serio para dejar de fumar deben recibir asesoramiento personal y tratamiento farmacológico. Los medicamentos de primera línea para ayudar a los fumadores a dejar de fumar son los siguientes: la terapia sustitutiva con nicotina, bupropión y vareniclina. Hay nuevos medicamentos que están en estudio.

Palabras clave: tabaquismo, recomendaciones, tratamiento del tabaquismo.

Smoking is a chronic relapsing disorder. It is the first preventable cause of death worldwide. Cardiovascular disease, several kind of tumors and pulmonary disorders have been directly associated with tobacco consumption. Smoking causes more than 56.000 deaths every year in Spain. All health professionals, especially Primary Care physicians, play an important role in the control of tobacco consumption and in helping their patients to quit. Minimal intervention (giving advice to quit) is a crucial approach that all Primary Care physicians should perform with their patients who smoke. Those smokers who want to make a serious attempt to quit must receive personal advice and pharmacological treatment. First-line medications to help smokers quit are the follows: Nicotine replacement therapy, bupropion and varenicline. Several new medications are being investigated.

Key words: smoking, guidelines for treating tobacco consumption, smoking cessation.

CONCEPTO

El consumo de tabaco ocasiona un grave problema de salud pública en España. Causa el 90% de la mortalidad por cáncer de pulmón, el 95% de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 50% de la mortalidad cardiovascular.

Correspondencia: J.L. Díaz-Maroto Muñoz
Consultorio médico 19161
Pozo de Guadalajara

Correo electrónico: jdiazmarotom@semergen.es

Recibido el 26-6-2008; aceptado para su publicación el 1-7-2008.

El tabaquismo queda definido por la OMS como una enfermedad adictiva crónica, que además en muchas ocasiones presenta recidivas.

En España cada día fallecen 150 pacientes fumadores por las enfermedades asociadas al consumo de tabaco, fundamentalmente cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Pese a este panorama un tanto desalentador, el tabaquismo es la primera causa prevenible de mortalidad y de morbilidad en nuestro país.

Los profesionales sanitarios que ejercen su trabajo en el ámbito de la Atención Primaria se deben implicar en pre-

venir, diagnosticar y tratar el tabaquismo, que se constituye como una terrible epidemia.

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), que engloba a un elevado número de profesionales médicos que pertenecen al primer escalón asistencial, como sociedad científica, está muy sensibilizada respecto a esta amenaza y pone a disposición de sus socios y demás médicos todas las herramientas necesarias para ayudar a intervenir en el tabaquismo.

Actualmente se encuentra en fase de desarrollo el ambicioso proyecto denominado Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y, como no podía ser de otra forma, el tabaquismo estará perfectamente representado en dicho proyecto.

DIMENSIÓN DEL PROBLEMA: PREVALENCIA

El tabaco es la primera causa de muerte evitable en países desarrollados. Se estima que en el mundo causa el 21% de las muertes por cáncer¹ y que el 10% de los fallecimientos por causas cardiovasculares ocurridos en el año 2000 se debieron al tabaco². En España se estima que en 2001 se produjeron 49.072 muertes por enfermedades que tenían una relación causal establecida con el tabaco³.

Las Encuestas Nacionales de Salud ponen de manifiesto una disminución en el consumo de tabaco en nuestro país en los últimos años, pasando del 39% en 1987⁴ al 26% en 2006⁵. En la tabla 1 se observa la distribución de fumadores por edad y sexo según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud.

La prevalencia de consumo de tabaco en nuestro país ha sido clásicamente menor en las mujeres, si bien es cierto que en los últimos años se constata un mayor consumo entre las mujeres jóvenes y adolescentes que entre los varones. En cuanto a la relación del consumo de tabaco con la edad, hay un claro recorrido descendente en el consumo de tabaco desde los más jóvenes hasta los mayores, con un notable descenso a partir de los 55 años.

La entrada en vigor en enero de 2006 de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo ha disminuido la permisividad y la visión positiva que se tenía del hábito de fumar y ha sido beneficiosa para proteger a los no fumadores, aunque los programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en Atención Primaria no se han desarrollado de forma generalizada en todos los equipos de Atención Primaria (EAP) a pesar de que está ampliamente documentada la eficiencia de las intervenciones encaminadas a ayudar a los fumadores a lograr abandonar el hábito, tanto si son intervenciones breves como más intensivas^{6,7}, e incluso su coste-efectividad es muy superior al de las intervenciones realizadas en otras enfermedades crónicas como la hipertensión o la hiperlipemia⁸.

ASPECTOS CLÍNICOS: ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO

Sin lugar a dudas, debido a las más de 4.000 sustancias tóxicas que hay en el humo del tabaco, el cuerpo humano

Tabla 1. Distribución porcentual de fumadores por edad (población de 16 y más años) y sexo en España. Encuesta Nacional de Salud 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo)

	Fumador diario	Fumador ocasional	Ex fumador	Nunca ha fumado
Ambos sexos				
Total	26,44	3,06	20,53	49,97
De 16 a 24 años	26,89	4,98	5,98	62,15
De 25 a 34 años	35,33	4,73	13,98	45,95
De 35 a 44 años	34,13	3,46	22,06	40,34
De 45 a 54 años	33,62	2,63	27	36,76
De 55 a 64 años	19,87	1,93	27,01	51,18
De 65 a 74 años	10,3	1,21	25,79	62,7
De 75 y más años	4,52	0,22	25,63	69,62
Varones				
Total	31,56	3,77	28,14	36,52
De 16 a 24 años	24,96	6,12	5,3	63,63
De 25 a 34 años	40,16	5,82	12,03	41,99
De 35 a 44 años	37,41	3,65	22,74	36,21
De 45 a 54 años	38,83	2,65	34,86	23,66
De 55 a 64 años	28,45	2,89	44,37	24,28
De 65 a 74 años	18,64	1,92	51,55	27,89
De 75 y más años	8,93	0,37	57,46	33,23
Mujeres				
Total	21,51	2,37	13,2	62,92
De 16 a 24 años	28,93	3,78	6,7	60,59
De 25 a 34 años	30,16	3,57	16,08	50,19
De 35 a 44 años	30,73	3,28	21,35	44,64
De 45 a 54 años	28,47	2,6	19,21	49,72
De 55 a 64 años	11,77	1,02	10,61	76,6
De 65 a 74 años	3,86	0,66	5,92	89,57
De 75 y más años	1,37	0,12	2,89	95,62

se afecta prácticamente en su totalidad. Habrá que estar muy atentos en las consultas de Atención Primaria para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Además hay que valorar que los fumadores pasivos también se pueden ver implicados en adquirir procesos patológicos, fundamentalmente respiratorios y circulatorios. Cuatro sustancias son clave para comprender las enfermedades asociadas al consumo de tabaco: nicotina, alquitranes, monóxido de carbono y sustancias oxidantes.

La nicotina es la sustancia que causa la adicción al tabaco, por su acción en el sistema nervioso central, de tal forma que cuando un fumador da una calada a su cigarrillo, en tan sólo 8 segundos dicha sustancia actúa en los receptores nicotínicos y produce sus efectos.

Otros efectos de la nicotina por su acción en los sistemas nerviosos simpático y parasimpático son: incremento de la frecuencia cardíaca, incremento de la presión arterial, incremento de la vasoconstricción cutánea, náuseas, vómitos, etc.

El monóxido de carbono, por ligarse a la hemoglobina, causa enfermedad cardiovascular.

Los alquitranes y las sustancias cancerígenas son precursores de las afecciones tumorales.

Las sustancias oxidantes junto con la inflamación crónica del aparato respiratorio causan enfermedades pulmonares crónicas.

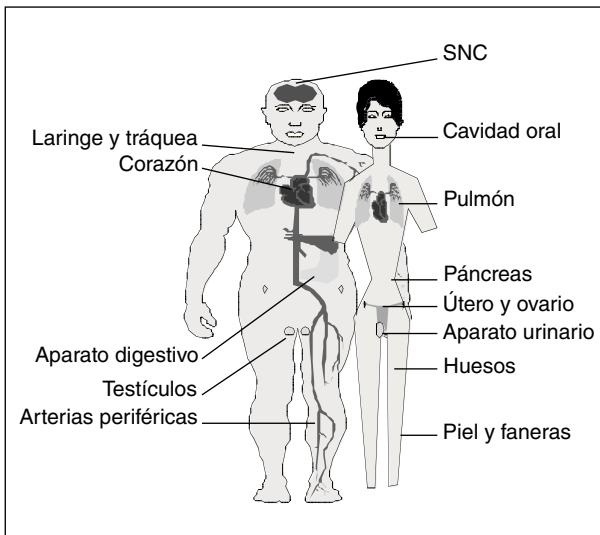


Figura 1. Enfermedades relacionadas con el tabaco. SNC: sistema nervioso central.

A continuación, de una forma muy rápida, se enumeran las principales enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (fig.1).

- Sistema nervioso central (SNC): adicción, accidente vascular cerebral, asociación entre tabaquismo y enfermedades psiquiátricas (ansiedad, depresión, esquizofrenia), demencia vascular.
- Cavidad oral: carcinoma escamoso, leucoplasia, alteraciones en el olfato y gusto, periodontitis, gingivitis, gingivitis ulceronecrosante aguda, fracaso de los implantes dentales, melanosis, caries.
- Otorrinolaringología (ORL)-laringe-tráquea: leucoplasia laríngea, cáncer de laringe, carcinoma nasosinusal, edema de Reinke, otitis media seromucosa, otitis media aguda, otitis recurrente, hipoacusia neurosensorial.
- Corazón: enfermedad coronaria, muerte súbita, insuficiencia cardíaca.
- Aparato digestivo: enfermedad por reflejo gastroesofágico, cáncer de esófago, gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, cáncer gástrico, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, enfermedad vascular intestinal, pólipos, cáncer de colon y recto, tumor carcinoide, hepatitis crónica, cirrosis hepática, interferencia con la metabolización hepática de fármacos, hepatocarcinoma, tumores de vías biliares.
- Páncreas: pancreatitis aguda y crónica, adenocarcinoma.
- Pulmón: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer, asma, infecciones respiratorias, hemorragia pulmonar, neumotórax espontáneo, granulomatosis de células de Langerhans, enfermedad intersticial, fibrosis pulmonar, asbestosis.
- Testículos: disfunción eréctil, infertilidad.
- Útero y ovarios: infertilidad, abortos, fetos con bajo peso, partos prematuros.
- Enfermedades infantiles: muerte súbita del lactante, hiperreactividad bronquial, infecciones recurrentes de vías

respiratorias superiores, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), asma, cáncer.

- Aparato urinario: cáncer de riñón.
- Arterias periféricas: arteriosclerosis.
- Huesos: osteoporosis.
- Piel y faneras: arrugas, sequedad, pigmentación amarilla, caída de cabello.
- Enfermedades alérgicas: asma, atopia.

DIAGNÓSTICO DEL TABAQUISMO

Como ante cualquier enfermedad crónica, es imprescindible realizar un correcto diagnóstico para después instaurar un tratamiento adecuado. Conscientes de que en las consultas de Atención Primaria disponemos de poco tiempo, es muy importante hacer un diagnóstico del paciente fumador en poco tiempo, pero con rigor científico; para ello será muy interesante aplicar el documento de consenso elaborado por cuatro sociedades científicas nacionales: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

En este documento de consenso⁹ queda recogido el conjunto mínimo de datos diagnósticos del tabaquismo. Lógicamente habrá que hacer previamente una historia clínica, con anamnesis, antecedentes personales y familiares, en la que se recogerán datos como presión arterial, peso, talla, etc. Las preguntas imprescindibles del conjunto de datos diagnósticos son:

Cantidad de tabaco que se consume

Paquetes-año = N.º de cigarrillos día × N.º de años de fumador / 20

El número de paquetes-año nos da una progresión mucho mejor que simplemente el número de cigarrillos que se fuma al día. A más paquetes-año, mayor probabilidad de contraer enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

Fase de abandono del consumo de tabaco

El fumador no se inicia ni finaliza en el consumo de tabaco en un momento determinado, sino que se establece lo que se denomina carrera del fumador con sus diferentes fases:

- Fase de precontemplación. Son los fumadores que no se plantean dejar de fumar ni a corto ni a largo plazo. Se les informará del tabaquismo, los perjuicios del humo del tabaco y los beneficios que se obtienen al dejar de fumar. Es muy interesante ofrecerles un folleto informativo sobre tabaquismo¹⁰.
- Fase de contemplación. Son los fumadores que se plantean dejar de fumar en los próximos 6 meses. Se les ofrecerá consejo sanitario y una guía para dejar de fumar y se concertará una nueva cita, en 4-6 semanas¹¹.
- Fase de preparación. Son los fumadores que se plantean dejar de fumar en el próximo mes. Se debe realizar el plan diagnóstico y la oferta terapéutica¹².

– Fase de acción. Es cuando el fumador ha conseguido no fumar durante 6 o menos meses¹³.

– Fase de mantenimiento. Es cuando el fumador ha conseguido superar los 6 meses sin fumar.

– Fase de recaídas. Se puede presentar la recaída de forma puntual o definitiva y, por lo tanto, volver a ser fumador activo. Las principales causas de recaídas son: aparición del síndrome de abstinencia, aumento de peso y aparición de la depresión¹⁴.

Grado de dependencia física por la nicotina

Se puede averiguar mediante el test de Fagerström, completo o simplificado. Con tres preguntas clave, obtendremos el grado de dependencia física por la nicotina. Preguntamos al fumador cuándo se fuma el primer cigarrillo, qué cigarrillo es el que más necesita y qué número de cigarrillos fuma al día. Si nos responde que fuma 20 o más cigarrillos por día, que se fuma el primer cigarrillo nada más levantarse y éste es el que más necesita, nos encontramos con un fumador con dependencia intensa o elevada por la nicotina.

Grado de motivación

Para que un fumador abandone el consumo de tabaco es muy importante que se encuentre motivado por diferentes circunstancias; por ello le pedimos que posicione en una línea del 1 al 10 su grado de motivación.

Intentos previos de abandono y motivos de las recaídas

Ya se ha explicado que el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que presenta en muchas ocasiones recidivas y, por lo tanto, será imprescindible conocer cuáles fueron los motivos que ocasionaron las recaídas.

Medida del CO en aire espirado del fumador.

Cooximetría

Aunque es una prueba complementaria, no obligatoria en Atención Primaria, es muy útil su realización porque será una medición palpable por el propio fumador, incruenta, de fácil realización y de poco coste.

El aparato que mide la concentración del CO en partes por millón se denomina cooxímetro, y se establece como medida para ser fumador activo 6-10 partes por millón (ppm). A mayor concentración de CO, mayor posibilidad de enfermedades asociadas al consumo del tabaco. Esta medición también sirve como refuerzo positivo para el propio fumador que está dejando de fumar, cuando observe que las cifras de CO se hacen normales en las visitas de seguimiento.

Realizado el conjunto mínimo de datos diagnóstico del tabaquismo, podemos clasificar al fumador en los siguientes estadios:

– Fumadores con bajo grado de dependencia y leve intensidad de tabaquismo. Se considera que estos fumadores son los que tienen de 1-3 puntos en el test de Fagerström y que consumen menos de 5 paquetes-año y tienen menos de 15 ppm CO en el aire espirado.

– Fumadores con moderado grado de dependencia y moderada intensidad de tabaquismo. Se considera que estos fumadores son los que tienen 4-6 puntos en el test de Fagerström y que consumen entre 5 y 15 paquetes-año y tienen 15-25 ppm CO en el aire espirado.

– Fumadores con alto grado de dependencia y severa intensidad de tabaquismo. Se considera que estos fumadores son los que tienen 7 o más puntos en el test de Fagerström y que consumen más de 15 paquetes-año y tienen más de 25 ppm CO en el aire espirado.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tratamiento no farmacológico

De todos los tratamientos no farmacológicos existentes, sólo nos referiremos a los que cuentan con estudios controlados de eficacia^{15,16} y puedan aplicarse en el ámbito de la Atención Primaria en nuestras condiciones actuales.

Intervenciones de autoayuda individual

Algunos fumadores dejan de fumar por sí solos, pero se sabe que los materiales con información y consejos para ayudarles a dejar de fumar aumentan el número de los que lo consiguen¹⁵. Se ha comprobado que si los materiales de autoayuda están diseñados para la población diana donde serán distribuidos, la eficacia de esta intervención será mayor¹⁷.

El consejo sanitario

La intervención breve es una estrategia de abordaje oportunista que realizar con todo paciente fumador que acude a las consultas de Atención Primaria. Se sustenta en cinco pasos:

- 1) Preguntar sistemáticamente a todos los pacientes sobre el consumo de tabaco, y registrarlo en la historia clínica.
- 2) Aconsejar a todos los fumadores que dejen de fumar. El consejo debe ser claro, firme y personalizado.
- 3) Valorar la disposición del fumador a hacer un intento de abandono:

- Es capaz de hacer un intento sólo: ayudar.
- Solicita ayuda intensiva: proporcionársela o derivarlo.
- No es capaz de dejar de fumar en ese momento: intervención motivacional.

- 4) Ayudar al paciente a dejar de fumar:

- Fijar una fecha.
- Comunicarlo al entorno (familia, trabajo).
- Dar consejos prácticos.
- Ofrecer apoyo desde el Centro de Salud.
- Ofrecer tratamiento farmacológico.

- 5) Fijar visitas de seguimiento.

Mediante la entrevista motivacional, ayudamos al fumador a avanzar en el proceso de abandono del tabaquismo. Se basa en cinco principios:

Expresar empatía: aceptar al fumador como es, entender sus sentimientos y forma de ver las cosas.

Crear discrepancia: crear en el fumador una discrepancia entre las consecuencias de seguir fumando y las razones para dejar de fumar.

Evitar la discusión: para evitar la defensa y la resistencia del fumador.

Dar un giro a la resistencia: facilitar un cambio en la percepción de su conducta de fumar.

Fomentar la autoeficacia: exploramos y aumentamos la confianza del fumador en el proceso.

Como intervención breve está considerada como una de las intervenciones esenciales y más coste-efectivas en el tratamiento del tabaquismo. El consejo sanitario (médico, de enfermería, del farmacéutico) para dejar de fumar es un motivo importante para iniciar el proceso de abandono del consumo de tabaco. El éxito y la consolidación de la abstinencia dependen fundamentalmente del grado de motivación personal, el nivel de dependencia de cada persona, la confianza personal en el éxito y la disponibilidad de recursos de apoyo del entorno personal, social y sanitario¹⁴. Una intervención efectiva de asistencia al tabaquismo debe combinar la oferta del consejo médico sistemático desde la Atención Primaria de salud ("intervención mínima") con una oferta de apoyo especializado intensivo para pacientes en alto riesgo o con alto grado de dependencia.

Esta intervención se ha mostrado altamente efectiva. Se estima que un 75% de la población acude al médico al menos una vez al año. Esto ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz a aquéllos que han decidido intentarlo. Se estima que si cada médico general realizara un breve consejo sistemático protocolizado en las consultas de Atención Primaria, se podría conseguir la cesación en un 5% de los fumadores al año. Esta estimación teórica significaría que hasta 450.000 fumadores podrían dejar de fumar en España al año, lo cual supondría triplicar el número de fumadores que han abandonando el consumo de tabaco cada año durante la última década¹⁴. Cuanto más intensa es la intervención, mayor es la eficacia, si bien las medidas de seguimiento y refuerzo presentan un efecto especialmente relevante en las tasas de cesación alcanzadas^{18,19}.

Otras actuaciones que han mostrado eficacia en el tratamiento del tabaquismo

Intervenciones psicológicas¹⁵: intervenciones educativas (individuales o grupales); tratamiento psicológico especializado técnicas de reestructuración cognitiva, de reducción progresiva, de aversión-saciedad, etc.; consejo telefónico por persona entrenada; terapia individual; terapia grupal; terapia aversiva; programas multicomponente; reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.

Existen numerosas modalidades y variedades de intervención grupal en función de los componentes de tratamiento utilizados, el número y la duración de las sesiones, el número de integrantes del grupo, el contexto, el tipo de profesional sanitario que lo dirige, etc. En nuestro medio se los ha denominado talleres de deshabituación tabáquica o terapia especializada multicomponente de grupo, muchos ofrecidos en el ámbito de la Atención Primaria¹⁵.

Consisten en ofrecer a los individuos que están en el proceso de dejar de fumar el apoyo mutuo y la oportunidad de aprender técnicas de comportamiento para conseguir su objetivo, la abstinencia tabáquica. Su utilidad puede estar limitada por el nivel de reclutamiento y de mantenimiento de los participantes en el grupo²⁰.

En cuanto a la composición de los grupos, parece aconsejable que sean de unas 20 personas (teniendo en cuenta que habrá ausencias desde la primera sesión), llevado por dos terapeutas, en un número mínimo de cinco sesiones, con intervalo semanal.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La principal causa de recaída en el tabaquismo es el síndrome de abstinencia; por este motivo es muy importante ofrecer un tratamiento farmacológico que, junto con la ayuda psicológica, se presentan con evidencia científica de grado A^{16,21}.

Utilización de la terapia sustitutiva con nicotina en Atención Primaria

En las tablas 2-4 se reseñan la eficacia, las dosis, los efectos secundarios y las contraindicaciones de los chicles y parches de nicotina, así como los tipos de parches.

Tabla 2. Chicle de nicotina

Eficacia

Odds ratio = 1,66 (intervalo de confianza del 95%, 1,52-1,81)

Dosis

La dosis de chicle debe ajustarse al grado de dependencia física del fumador. Para aquéllos que consumen menos de 20 cigarrillos diarios o encienden su primer cigarrillo después de los 30 min de levantarse, se recomienda la utilización de chicles de 2 mg a dosis de una pieza cada 1-2 h mientras el sujeto esté despierto. Por el contrario, en fumadores de 20 o más cigarrillos diarios o que consumen el primer cigarrillo antes de los 30 min, se utilizarán chicles de 4 mg de nicotina con similar pauta. La duración del tratamiento debe oscilar entre 8 y 12 semanas. Se recomienda la utilización de chicles durante 8 a 10 semanas en los fumadores menos dependientes y en los de mayor grado de dependencia es aconsejable prolongar el tratamiento hasta 3 meses, si bien es cierto que en éstos la utilización de chicles puede llegar hasta los 6 a 12 meses. La dosis se irá reduciendo progresivamente a partir de las 4 a 8 semanas de tratamiento

Efectos adversos

Dolor de la articulación temporomandibular (4-12%)
Mal sabor de boca (2-20%)
Molestias orofaríngeas (1-5%)
Meteorismo (3-15%)
Náuseas (3-8%)
Pirosis (3-14%)
Hipo (2-14%)

Nota aclaratoria: la correcta utilización del chicle de nicotina contribuye a la reducción de la aparición de estos efectos adversos. Son más frecuentes durante los primeros 15 días.

Contraindicaciones

Absolutas

Infarto de miocardio de menos de 4 semanas de evolución
Angina inestable
Arritmias cardíacas severas

Relativas

Embarazo y lactancia

Tabla 3. Tipos de parches de nicotina

	Novartis	Johnson&Johnson	GSK
Tiempo de aplicación (horas)	24	16	24
Tamaño (cm ²)	30	30	21
	20	20	15
	10	10	7
Contenido total de nicotina (mg)	52,5	24	114
	35	16,6	78
	17,5	8,3	36
Nicotina absorbida (mg)	21	15	20,6
	14	10	14
	7	5	7

Fumadores con bajo grado de dependencia y tabaquismo leve

En caso de utilizar chicles de nicotina de 2 mg, la dosis sería 1 pieza cada 90-120 min durante 8-10 semanas, reduciendo la dosis progresivamente a partir de la sexta semana.

En caso de utilizar parches de nicotina de 16 h de liberación, la dosis sería 15 mg/día durante 6 semanas; después 10 mg/día durante 2 semanas, y después 5 mg/día durante 2 semanas.

En caso de utilizar parches de nicotina de 24 h de liberación, la dosis sería 21 mg/día durante 6 semanas; después 14 mg/día durante 2 semanas, y después 7 mg/día durante 2 semanas.

Fumadores con moderado grado de dependencia y moderado tabaquismo

En caso de utilizar chicles de nicotina, éstos serían de 4 mg y la dosis, 1 pieza cada 90-120 min durante 10-12 semanas, reduciendo la dosis progresivamente a partir de la octava semana.

En caso de utilizar parches de nicotina de 16 h de liberación, la dosis sería 25 mg/día durante 6 semanas; después 15 mg/día durante 2 semanas, y después 10 mg/día durante 2 semanas.

En caso de utilizar parches de nicotina de 24 h de liberación, la dosis sería 21 mg/día durante 6 semanas; después 14 mg/día durante 4 semanas, y después 7 mg/día durante 2 semanas.

Este grupo de fumadores, y sobre todo en aquéllos que a pesar de la utilización correcta del tratamiento padezcan síntomas del síndrome de abstinencia, debería consumir tratamiento combinado: chicles más parches de nicotina.

Fumadores con alto grado de dependencia y tabaquismo intenso

En caso de utilizar chicles de nicotina, éstos serían de 4 mg: 1 pieza cada 60-90 min durante 12 semanas, reduciendo la dosis progresivamente a partir de la décima semana. En algunos casos es conveniente mantener el tratamiento hasta 3, 6 e incluso 12 meses.

En caso de utilizar parches de nicotina de 16 h de liberación, la dosis sería 25 mg/día durante 6 semanas; des-

Tabla 4. Parche de nicotina

Eficacia
<i>Odds ratio</i> = 1,81 (intervalo de confianza del 95%, 1,63-2,02)
Efectos adversos locales:
Eritema
Exantema
Prurito
Eccema
Nota aclaratoria: aparecen durante los primeros 15 días de tratamiento.
Su frecuencia es escasa: un 3-18%. Suelen autolimitarse y no obligan a retirar el tratamiento
Efectos adversos sistémicos:
Cefalea
Insomnio. Sueños vívidos
Náuseas. Hipo
Mal sabor de boca
Palpitaciones
Mareos
Parestesias
Mialgias
Nota aclaratoria: aparecen con menor frecuencia que los efectos adversos locales (1-9%). Se autolimitan y no obligan a retirar tratamiento
Contraindicaciones
Absolutas:
Infarto de miocardio de menos de 4 semanas de evolución
Angina inestable
Arritmias cardíacas severas
Relativas:
Embarazo
Lactancia

pués 15 mg/día durante 2 semanas, y después 10 mg/día durante 4 semanas.

En caso de utilizar parches de nicotina de 24 h de liberación, la dosis sería 21 mg/día durante 6 semanas; después 14 mg/día durante 4 semanas, y después 7 mg/día durante 4 semanas.

Este grupo de fumadores, y sobre todo aquéllos que a pesar de la utilización correcta del tratamiento padezcan síntomas del síndrome de abstinencia, debería consumir tratamiento combinado: chicles más parches de nicotina.

Utilización de bupropión en Atención Primaria

En la tabla 5 aparece reseñada la eficacia de bupropión, dosis, efectos adversos, contraindicaciones y precauciones de uso. El bupropión es un fármaco indicado para cualquier fumador que haga un intento serio de abandono del consumo del tabaco, consuma más de 10 cigarrillos al día y no tenga contraindicaciones.

Utilización de la vareniclina en Atención Primaria

La vareniclina es un nuevo fármaco de reciente introducción en España; ha sido aprobado por la Agencia Europea del Medicamento como tratamiento específico para dejar de fumar. En España está disponible para ser utilizado con la misma indicación desde enero de 2007. Es un fármaco que, como el bupropión, requiere prescripción médica para que se dispense en las oficinas de farmacia.

La vareniclina tiene un mecanismo de acción diferente de la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y el bupro-

Tabla 5. Bupropión**Eficacia**

Odds ratio = 2,06 (intervalo de confianza del 95%, 1,77-2,4)

Dosis

Bupropión debe ser utilizado durante un periodo de 7 a 9 semanas a dosis de 300 mg diarios en dos tomas de 150 mg cada una. El tratamiento se iniciará de 7 a 15 días antes de abandonar definitivamente el consumo del tabaco. Durante la primera semana, el sujeto consumirá sólo un comprimido de 150 mg cada día y después se incrementará la dosis a dos comprimidos de 150 mg. Conviene tomar un comprimido a primera hora de la mañana en el momento de levantarse y el segundo 8 h después. En fumadores de 65 o más años de edad o con insuficiencia renal o hepática significativa o con bajo peso (menos de 45 kg), se recomienda bajar la dosis a la mitad

Efectos adversos:

Sequedad de boca (7-12%)
 Insomnio (10-31%)
 Inestabilidad (3-8%)
 Cefalea (3-17%)
 Náuseas (3-5%)
 Manifestaciones alérgicas cutáneas (2-14%)
 Convulsiones (0,1%)

Nota aclaratoria: la reducción de dosis ayuda a reducir la aparición de estos efectos adversos

Contraindicaciones:

Epilepsia
 Trastornos convulsivos
 Bulimia o anorexia nerviosa
 Uso simultáneo de IMAO
 Cirrosis hepática
 Trastorno bipolar

Precauciones de uso

Bupropión debe ser utilizado con precaución en las siguientes circunstancias:

Fumadores en situaciones que reducen el umbral convulsivo (antecedentes de alcoholismo, antecedentes de traumatismo craneoencefálico, fumadores en proceso de retirada de benzodiacepinas, etc.)
 Fumadores que están utilizando medicación que reduce el umbral convulsivo (antipsicóticos, teofilina, corticoides sistémicos, quinina, antidepresivos, antidiabéticos orales, etc.)

Tabla 6. Vareniclina**Eficacia**

Frente a placebo: OR = 3,22 (IC del 95%, 2,43-4,27)

Frente a bupropión: OR = 1,66 (IC del 95%, 1,28-2,16)

Dosis

Durante la primera semana los sujetos podrán fumar y deberán utilizar el fármaco a dosis de 0,5 mg una vez al día durante los primeros 3 días y después a dosis de 0,5 mg dos veces al día hasta completar la primera semana. Pasado este tiempo, el sujeto deberá abandonar el consumo de tabaco y comenzar a utilizar el fármaco a dosis de 1 mg dos veces al día hasta completar 12 semanas de tratamiento

Efectos adversos:

Náuseas (28%)
 Flatulencia (2-5%)
 Insomnio (13-15%)
 Sueños anormales (11-13%)

Nota aclaratoria: las náuseas suelen aparecer en la primera semana de tratamiento. En más del 70% de los casos son leves y no obligan a suspender el tratamiento. Se autolimitan y no suelen requerir tratamiento

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad a vareniclina

objeto de advertir a los profesionales sanitarios de que se ha notificado la aparición de síntomas depresivos en pacientes que estaban intentando dejar de fumar con vareniclina, entre ellos ideación suicida.

Guía americana de práctica clínica sobre tabaquismo

El 7 de mayo de 2008 se actualizó la Guía Americana de Práctica Clínica sobre Tabaquismo, en la que se incluyen los fármacos de primera elección para el tratamiento del tabaquismo: TSN, bupropión y vareniclina.

En la tabla 6 aparece reseñada la eficacia de vareniclina, dosis, efectos adversos más frecuentes, y contraindicaciones.

Reducción del consumo de tabaco como paso previo a la cesación completa utilizando TSN

Se define como reducción del consumo de tabaco la disminución del número de cigarrillos diarios en al menos el 50% y mantener esa reducción al menos durante 4 meses. La reducción debe ser verificada por un descenso sostenido de la concentración de CO en el aire espirado²². Recientemente, el Ministerio de Sanidad y Consumo de nuestro país ha aprobado la utilización de chicles de nicotina (Nicorette 2 mg) para reducir progresivamente el consumo de cigarrillos como paso previo a la cesación completa.

Existen tres tipos de fumadores en los que estaría indicado un planteamiento terapéutico de esta índole: fumadores que no quieren dejar de fumar pero se muestran proclives a reducir significativamente el número de cigarrillos consumidos al día; 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 por último fumadores que, queriendo dejar de fumar, no quieren hacerlo de forma brusca y prefieren una reducción progresiva del número de cigarrillos que consumen diariamente.

pión, ya que actúa como agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. Al ser agonista parcial, cumple características de los agonistas y de los antagonistas. Por ser un agonista tiene la capacidad de estimular el receptor nicotínico, y por ello es capaz de controlar el *craving* y el síndrome de abstinencia. Pero por ser un antagonista es capaz de bloquear los efectos de la nicotina en el receptor. Por ello la utilización de vareniclina en un fumador que está dejando de fumar facilita que las recaídas que pueda tener no se acompañen de sensación placentera y recompensa, y ayuda a evitar que una recaída se convierta en fracaso.

Seguridad de uso de la vareniclina

El 14 de diciembre de 2007 la Agencia Europea del Medicamento (EMA) hizo públicas las conclusiones del CHMP en relación con la aparición de síntomas depresivos en algunos fumadores que tomaban vareniclina para dejar de fumar. El CHMP considera que debe actualizarse la información del producto (ficha técnica y prospecto) con

Consideraciones clínicas

Es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones en el manejo clínico de los fumadores en proceso de reducción progresiva²³:

1) El fumador iniciará tratamiento para reducir el número de cigarrillos que consume diariamente, pero sabiendo que el objetivo final será el abandono definitivo.

2) Se recomienda que el proceso se realice en tres fases. La primera fase se desarrolla desde el día que se inicia la reducción hasta que se alcanza el 50%. Debe durar 8-10 semanas. Es imprescindible que el fumador utilice chicles de nicotina para ayudarse en este proceso. Se recomienda que sustituya 2 cigarrillos por una pieza de chicle. La segunda fase se extiende hasta el día en que se abandona por completo el tabaco. Debe durar 8-10 semanas. Igualmente se deben utilizar chicles de nicotina. En esta fase se recomienda que cada cigarrillo sea sustituido por una pieza de goma de mascar. La última etapa se corresponde con el tiempo en el cual el sujeto ya no consume tabaco y abandona progresivamente los chicles de nicotina. En general tiene una duración de 2-3 meses.

3) Se recomienda que los fumadores que consumen más de 20 cigarrillos diarios o tienen alto grado de dependencia física por la nicotina utilicen chicles de 4 mg, y que los que consumen 20 cigarrillos o menos o tienen moderado o bajo grado de dependencia utilicen los chicles de 2 mg.

4) Validación de la reducción. En todo proceso de reducción, ésta debe ser correctamente validada. Una buena forma de validar químicamente la reducción en el consumo de tabaco es mediante la cooximetría. A este respecto es necesario saber que las reducciones en el número de cigarrillos diarios se acompañan de reducciones en la concentración de CO en el aire espirado, aunque estas reducciones son siempre menos intensas que las del número de cigarrillos.

5) Si pasados de 2 a 3 meses de utilización concomitante de chicles de nicotina y cigarrillos no se hubiera producido una reducción significativa y validada químicamente de al menos el 50% del consumo basal, está indicado dar por fracasado el intento y suspender el tratamiento.

PRINCIPALES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN TABAQUISMO

Epidemiología

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328:1519.

Ese estudio pone de manifiesto una disminución progresiva de las tasas de mortalidad entre los no fumadores en el último medio siglo (debido a la mejora de la prevención y el tratamiento de la enfermedad). Entre los varones nacidos alrededor del año 1920, el tabaquismo prolongado y temprano en la vida adulta temprana triplicó la tasa de mortalidad específica, pero el cese a los 50 años redujo a la mitad el peligro, y el cese a la edad de 30 años evitó la mortalidad.

Genética

Wright AJ, Aveyard P, Guo B, Murphy M, Brown K, Marteau TM. Is attributing smoking to genetic causes associated with a reduced probability of quit attempt success? A cohort study. *Addiction*. 2007;102:1657-64.

Las causas genéticas que se relacionan con el tabaquismo no se asociaron significativamente con una menor probabilidad de dejar el tabaco con éxito. Los factores genéticos que se relacionan con el tabaco se asociaron con niveles más bajos en la percepción del control del tabaquismo, pero no con tasas de abandono más bajas.

Hung RJ, McKay JD, Gaborieau V, Boffetta P, Hashibe M, Zaridze D, et al. A susceptibility locus for lung cancer maps to nicotinic acetylcholine receptor subunit genes on 15q25. *Nature*. 2008;452:633-7.

Algunos resultados científicos han identificado un área del cromosoma 15 que tiene tres genes receptores de nicotina y parecen incrementar el riesgo de cáncer de pulmón. Este hallazgo ofrece evidencia de que el cáncer de pulmón se relaciona con la genética y no sólo con el tabaquismo. Tras analizar los datos de 11.500 personas, a razón de unos 300.000 marcadores genéticos por cada una, los autores, dirigidos por la Agencia Internacional de Investigación Oncológica (IARC), se centraron en cuatro o cinco marcadores de riesgo. Todos ellos estaban localizados en una zona del cromosoma 15, la 15q25. Las causas genéticas que se relacionan con el tabaquismo no se asociaron significativamente con una menor probabilidad de dejar el tabaco con éxito. Los factores genéticos que se relacionan con el tabaco se asociaron con niveles más bajos en la percepción del control del tabaquismo, pero no con tasas de abandono más bajas.

Intervenciones en la población, sexo, jóvenes y programas escolares

Rosen IM, Maurer DM. Reducing tobacco use in adolescents. *Am Fam Physician*. 2008;77:483-90.

Las intervenciones en la población, entre ellas la prohibición de fumar, y los programas educativos han sido eficaces en la reducción de las tasas de tabaquismo en niños y adolescentes. Las campañas publicitarias para prevenir el tabaquismo y los impuestos sobre las ventas pueden ayudar a disuadir a nuevos fumadores y motivar a los fumadores para intentar dejar de fumar.

Myers MG, Brown SA. A controlled study of a cigarette smoking cessation intervention for adolescents in substance abuse treatment. *Psychol Addict Behav*. 2005;19:230-3.

McCuller WJ, Sussman S, Wapner M, Dent C, Weiss DJ. Motivation to quit as a mediator of tobacco cessation among at-risk youth. *Addict Behav*. 2006;31:880-8.

Algunos ensayos anteriores con pruebas sobre las intervenciones farmacológicas (reemplazo de nicotina y bupropión) no habían sido efectivos en los adolescentes fumadores. Tampoco las intervenciones psicosociales han demostrado hasta el presente ser efectivas en todos los estudios.

Thomas R, Perera R. Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La

Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.).

No existe una prueba fiable de los efectos del suministro de información sobre el hábito de fumar. Hay ensayos controlados y aleatorizados bien realizados para probar los efectos de las intervenciones con influencias sociales: en la mitad de los estudios de mejor calidad los participantes del grupo de intervención fuman menos que los controles, pero muchos estudios no mostraron efectos de la intervención. Hay sólo tres ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad que prueban la efectividad de las combinaciones de intervenciones de influencias sociales y de competencia social, y cuatro que prueban las intervenciones multimodales; la mitad mostró resultados positivos significativos.

Ellis JA, Perl SB, Davis K, Vichinsky L. *Gender differences in smoking and cessation behaviors among young adults after implementation of local comprehensive tobacco control*. *Am J Public Health*. 2008;98:310-6.

Entre los adultos jóvenes, las mujeres han sido sensibles a estrategias generales para el control del tabaco. Los varones pueden necesitar estrategias más intensivas.

Consejo breve para dejar de fumar

NICE public health intervention guidance –Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2006.

La intervención breve para dejar de fumar, realizada por los profesionales de Atención Primaria, es un importante método para conseguir que los pacientes dejen de fumar.

Antagonistas de los opioides para el abandono del hábito de fumar

Revisión Cochrane; 2006.

Epstein AM, King AC. *Naltrexone attenuates acute cigarette smoking behavior*. *Pharmacol Biochem Behav*. 2004;77:29-37.

Lee YS, Joe KH, Sohn IK, Na C, Kee BS, Chae SL. *Changes of smoking behavior and serum adrenocorticotrophic hormone, cortisol, prolactin, and endogenous opioids levels in nicotine dependence after naltrexone treatment*. *Prog Neuro-psychopharmacol Biological Psychiatry*. 2005;29:639-47.

Algunos ensayos sobre la naltrexona cumplieron con los criterios de inclusión para el metaanálisis sobre abandono del hábito de fumar a largo plazo. Ninguno de los ensayos detectó una diferencia significativa en las tasas de abandono del hábito de fumar entre la naltrexona y el placebo. En un análisis agrupado, no se encontró ningún efecto significativo de la naltrexona en la abstinencia a largo plazo, y los intervalos de confianza fueron amplios (*odds ratio* = 1,26; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,8-2,01). Ningún ensayo sobre la naloxona o la buprenorfina informó un seguimiento a largo plazo. No es posible confirmar que la naltrexona ayuda a dejar de fumar, dado que los datos de los ensayos no han sido suficientes. Los intervalos de confianza son compatibles con un beneficio clínicamente significativo y con posibles efectos negativos de la nal-

trexona al promover la abstinencia. Se necesitan datos producidos por ensayos más grandes con naltrexona para resolver la pregunta acerca de su eficacia para dejar de fumar.

Vacuna para dejar de fumar

Granda Orive JI, Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Gutiérrez Jiménez T, Martínez Albiach JM. *La vacuna antinicotina*. *Oto-neumoalergia Práctica*. 2003;12:20-4.

Algunos estudios señalan que, desde el punto de vista práctico, la vacuna podría ser útil en la prevención de recaídas, la preparación para ayudar a dejar de fumar –al reducir la frecuencia de consumo y eliminar la recompensa en el cerebro– y la prevención del consumo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Danaei G, Hoom S, López A, Murray C, Ezzati M. Causes of cancer world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factor. *Lancet* 2005;366:1784-93.
2. Ezzati M, Henley S, Thun M, Lopez A. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation*. 2005;112:489-97.
3. Montes A, Pérez-Ríos M, Gestal J. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad. *Adicciones*. 2004;16 Supl 2:75-82.
4. Encuesta Nacional de Salud, 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
5. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: www.msc.es
6. Alonso Fernández M, Franco Vidal A, López Sampedro P, García Lavandera J. Efectividad a medio plazo de un plan de ayuda al fumador desarrollado en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;30: 541-8.
7. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández JA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria*. 2001;27:629-36.
8. Plans-Rubio P. Cost-effectiveness analysis of treatment to reduce cholesterol levels, blood pressure and smoking for prevention of coronary heart disease: evaluative study carried out in Spain. *Pharmacoeconomics*. 1998;13:623-43.
9. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Semergen*. 2002;28:429-36.
10. Jiménez Ruiz C. El consumo de tabaco como un proceso. *Manual SEPAR*. Vol. 1. Madrid: Aula Médica; 1995. p. 58-62.
11. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and process of self-change of smoking; toward an integrative model of change. *J Cons Clin Psicol*. 1983;51:390-5.
12. Becoña Iglesias E. El abandono del hábito tabáquico como proceso de cambio. *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2001;Supl:9-13.
13. Solana Reina S. Funciones del profesional sanitario y farmacéutico frente al tabaquismo. Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial 1997. p. 109-23.
14. Granda Orive JI. Dependencia por el tabaco. El tabaquismo como enfermedad adictiva crónica. *Monografías Neumomadrid Vol VII*. Madrid: Ergon; 2004. p. 53-69.
15. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III; 2003.
16. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
17. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:CD001118.

18. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2006;(3) CD000165.
19. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Library, N1. Oxford: Update software.2002.
20. May S, West R, Hajek P, McEwen A, McRobbie H. Randomized controlled trial of a social support ('buddy') intervention for smoking cessation. Patient Educ Couns. 2006;64(1-3):235-41.
21. Jiménez Ruiz CA, Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios J, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2003;39:409-18.
22. Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Reducción hasta dejarlo: árbol de decisión. Prev Tab. 2006;8 Supl 1:34-7.
23. Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Un nuevo planteamiento del tratamiento del tabaquismo. Prev Tab. 2006;8 Supl 1:1.
24. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, De Granda Orive JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. Arch Bronconeumol. 2008;44: 213-9.