

Recursos disponibles para el abandono del hábito tabáquico

M. C. Martín Calle

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Ángeles. IMSALUD. Área 11. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La nicotina, principal componente del tabaco, es una sustancia con gran poder adictivo, que presenta las características de cualquier droga (dependencia física, psicológica y síndrome de abstinencia), siendo la principal responsable de la dependencia física en los fumadores.

Hoy en día el tabaquismo se define como una enfermedad adictiva crónica, que en más del 80% de los casos se inicia antes de los 18 años de edad y que causa la muerte prematura de más del 50% de aquellos que la padecen, a través de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y tumorales¹.

El consumo de tabaco está considerado como la causa aislada más importante de morbilidad prevenible en los países desarrollados, en los que es responsable de dos millones y medio de muertes al año. El 50% de ellas son personas de mediana edad (35-69 años), lo que supone una pérdida muy grande en años potenciales de vida.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1995, el 36,9% de la población española mayor de 15 años es fumadora. En la actualidad, la proporción de mujeres jóvenes fumadoras iguala a la de los hombres². Aproximadamente el 80% de exceso de mortalidad está relacionada con la cardiopatía isquémica y otras enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón y enfermedad obstructiva crónica. El 20% restante se relaciona con patología tumoral de diversa localización³⁻⁵. El tabaquismo pasivo es causa de diversas enfermedades en los no fumadores. La exposición continuada en el lugar de trabajo y en el hogar, y la exposición pasiva de los niños son los aspectos más preocupantes⁶.

Un 50% de las muertes que se producen en relación con el tabaco en España y otros países desarrollados son debidas a enfermedades cardiovasculares, siendo el tabaco por sí solo el responsable del 25% de mortalidad por cardiopatía⁶. Se espera que en los próximos años la tasa de

mortalidad atribuible al consumo de tabaco siga aumentando progresivamente. Se sabe que todas las acciones que se lleven a cabo en la actualidad, en pro del tratamiento del tabaquismo tendrán sus efectos beneficiosos en los próximos 10-15 años. Por todo ello, el tratamiento del tabaquismo debe ser un tema prioritario en salud pública. Es necesario considerar al fumador como un enfermo portador de una enfermedad crónica, susceptible de recibir siempre tratamiento por parte de un profesional sanitario^{7,8}. El médico de familia, por tener un contacto continuado con el paciente, va a tener un papel fundamental.

En los últimos años el tratamiento del tabaquismo ha sido una de las disciplinas en las que más importantes avances se han producido. El tipo de tratamiento vendrá determinado por las características del tabaquismo que cada fumador padezca⁹.

ACTITUD DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL TABACO

Según las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS), al menos cada dos años se tiene que preguntar a los pacientes sobre el hábito tabáquico⁴.

Todos los fumadores se encuentran en alguna de las siguientes fases de abandono descritas por Prochazka y Di Clemente¹⁰.

- 1) Fase de precontemplación. Los fumadores no desean dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- 2) Fase de contemplación. Los fumadores comienzan a plantearse dejar de fumar en los próximos 6 meses. En esta fase se encuentran entre el 50%-60% de los fumadores.
- 3) Fase de preparación. Los fumadores desean dejar de fumar en los próximos 15 días.
- 4) Fase de acción. Se encuentran en la fase que están dejando el tabaco.
- 5) Fase de mantenimiento. El fumador ha dejado el tabaco y tiene que continuar sin volver a consumirlo.

El médico de Atención Primaria, ante el paciente no fumador, deberá reforzarle positivamente su actitud ante el tabaco, y ante el paciente fumador deberá realizar previamente el abordaje terapéutico^{11,12}:

Correspondencia:
M. C. Martín Calle.
C/ Cimarra n.º 4.
El Plantío. 28023 Madrid.

Recibido el 15-11-2002; aceptado para su publicación el 25-03-2003.

– Anamnesis sobre cantidad de tabaco que consume (número cigarrillos/día o número de paquetes de tabaco/año) y sobre el tiempo que lleva fumando. Las dificultades para dejar de fumar serán mayores cuanto mayor sea el consumo y/o más tiempo lleve fumando el paciente.

– Conocer en cuál de las 5 fases de abandono se encuentra.

– Valoración del grado de dependencia física a la nicotina utilizando para ello el test de Fagerström¹³. Este test modificado consta de 6 preguntas de opción múltiple, pudiendo alcanzarse una puntuación máxima de 10 puntos (tabla 1). Cuanto mayor puntuación se obtenga en el test mayor será la probabilidad de tener que utilizar tratamiento farmacológico para dejar de fumar, al igual que de desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco. Cuanto menor sea el tiempo que transcurre desde que el paciente se levanta por la mañana hasta que fuma el primer cigarrillo, mayor será la dependencia a la nicotina. Podemos clasificar la dependencia a la nicotina en tres grupos: *dependencia leve* (de 1 a 3 puntos o consumo de menos de 20 cigarrillos/día); *dependencia moderada* (de 4 a 6 puntos o consumo de 20-30 cigarrillos/día); *dependencia alta* (más de 7 puntos o más de 30 cigarrillos/día).

– Valoración de la motivación para dejar de fumar. El test más utilizado para realizar esta valoración, será el test de Richmond que consta de 4 preguntas de opción múltiple (tabla 2). Este test es un instrumento de uso fácil, seguro y eficaz que permite conocer en poco tiempo si un fumador está realmente preparado para hacer un serio intento de abandono. Si la puntuación obtenida en el test es menor de 9 puntos no estaría justificado ofertar al fumador un programa de deshabituación tabáquica¹⁴.

– Historial previo de abandonos y recaídas.

Tabla 1. Valoración del grado de dependencia a la nicotina (test de Fagerström modificado)

Preguntas	Respuestas	Puntos
¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?	10 o menos	0
	De 11 a 20	1
	De 21 a 30	2
	31 o más	3
¿Qué tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?	Sí	3
	No	0
¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	Sí	1
	No	0
¿Fuma cuando está enfermo?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarro le produce mayor satisfacción?	El primero del día	1
	Otros	0

Valoración:
De 0 a 3 puntos: dependencia baja
De 4 a 6 puntos: dependencia moderada
De 7 a 10 puntos: dependencia alta

Tabla 2. Cuestionario de motivación para dejar de fumar de Richmond

Preguntas	Respuestas
¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	0 no 1 sí
¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?	Desde 0 en absoluto Hasta 3 muy seriamente
¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	Desde 0 definitivamente no Hasta 3 definitivamente sí
¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador?	Desde 0 definitivamente no Hasta 3 definitivamente sí

Valoración:
De 0 a 6 puntos: motivación baja
De 7 a 9 puntos: motivación moderada
10 puntos: motivación alta

La valoración de los 5 puntos anteriores va a ser fundamental a la hora de realizar el abordaje terapéutico del paciente fumador.

Los fumadores que se encuentren en las fases de precontemplación y contemplación deberán recibir en consulta, la llamada *intervención mínima* en tabaquismo, que consta de consejo sanitario motivacional (que será breve con un máximo de tres minutos y personalizado), además de la entrega de documentación de refuerzo de la información recibida por escrito y de apoyo psicológico¹⁵⁻¹⁷.

Los fumadores que se encuentren en fase de preparación se deben citar en visitas programadas, realizándose una visita inicial donde se fijará el día para dejar de fumar y se entregará la documentación de apoyo por escrito. Se valorará individualmente la necesidad de utilizar los diferentes recursos de que disponemos para abandonar el hábito tabáquico¹⁴.

Fase de acción y de mantenimiento. Control en la consulta de Atención Primaria.

Durante los 6 primeros meses de abstinencia (fase de acción) el riesgo de recaídas es alto, por lo que debe realizarse un seguimiento del proceso mediante visitas a la semana, a los 15 días y mensuales hasta el sexto mes tras el cese del consumo de tabaco, realizándose después una visita al año. La principal función del profesional en esta fase es reducir la dependencia, estimular su motivación y autoconfianza y reafirmar al paciente en su decisión de abandonar el hábito de fumar como una decisión acertada.

En cada visita de seguimiento se valorará el cumplimiento de objetivos, la abstinencia y los síntomas de ésta, las actitudes en las situaciones difíciles, el control dietético y el ejercicio físico, las ventajas encontradas con el abandono del tabaco y en caso de utilizar algún tratamiento farmacológico de apoyo, valorar su empleo y efectos¹⁸.

Una vez concluido el período de seguimiento se debe realizar una despedida abierta en el sentido de poder contar con el profesional de Atención Primaria ante alguna situación que pudiera resultar problemática para el paciente.

RECURSOS DISPONIBLES PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

Se pueden dividir en dos grandes grupos: tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico.

Tratamiento no farmacológico: recomendaciones para afrontar los primeros días sin fumar

Evitar situaciones de riesgo

Es necesario retirar objetos relacionados con el tabaco y evitar actos sociales (reuniones familiares, fiestas...) donde puedan acudir otros fumadores. El paciente deberá estar distraído, realizando actividades que sean de su agrado. Es preciso además que recuerde las recaídas previas si las tuvo.

Alimentación

Sobre recomendaciones dietéticas las más importantes son:

- Tomar comidas sencillas (evitar comidas muy copiosas, fritas, carnes muy sazonadas y comidas fuertemente condimentadas).
- Eliminar café y alcohol durante los primeros días.
- Beber zumos de frutas, especialmente los que son ricos en vitamina C (naranjas, limones, pomelos...) y dos vasos de agua antes de las tres comidas principales.
- Consumir alimentos ricos en vitamina B (cereales, germen de trigo...).
- Levantarse con tiempo suficiente para hacer un desayuno nutritivo que ayudará a calmar la ansiedad.

Ejercicio

Se realizará ejercicio diariamente, pues ayuda a relajarse y sentirse mejor físicamente. Son preferibles los ejercicios al aire libre (caminar, montar en bicicleta, nadar...) y se intentará realizar ejercicio con las actividades de la vida diaria, como evitar utilizar el coche para desplazarse si se puede ir caminando y no utilizar el ascensor y así subir escaleras.

Hábitos de vida

Por la mañana:

- Desayunar tranquilamente después de una ducha tibia, terminando con agua fría.
- Beber agua y zumo de frutas entre horas.

Después de las comidas:

- Lavarse inmediatamente los dientes.
- No sentarse a ver la TV.
- Hacer un poco de ejercicio o alguna actividad: lavar los platos, secarlos, ir al trabajo en transporte colectivo, dar un paseo, etc.

Tiempo libre:

- Hacer ejercicio: comenzar a practicar un nuevo deporte.
- Mantener las manos ocupadas durante el tiempo libre: bricolaje, música, pintar, hacer puzzles, jardinería, cocina, etc.
- Procurar que las actividades realizadas sean lo más relajantes posibles¹⁴.

Apoyo psicológico

Hacer una lista con los motivos y ventajas para dejar de fumar y recordarla varias veces al día.

Repetirse que merece la pena el esfuerzo que se está realizando.

Relajación

Es útil aprender mecanismos de apartamiento de situaciones estresantes y emociones negativas y realizar técnicas de relajación sencillas.

Apoyo social

Será de gran ayuda comunicar a las personas cercanas que se va a dejar de fumar y explicarles lo importante que será su ayuda. El apoyo social de amigos y familiares está muy relacionado con el éxito de dejar de fumar.

Apoyo sanitario

Se realizarán campañas sanitarias antitabaco, y en el centro de salud se realizarán diversas actividades enfocadas a ayudar a pacientes fumadores para dejar el tabaco (charlas, talleres, etc.).

Apoyo institucional

Será fundamental la restricción del consumo de tabaco en lugares públicos y el uso adecuado de la publicidad¹⁶.

Un resumen del tratamiento del síndrome de abstinencia mediante técnicas no farmacológicas se puede ver en la tabla 3.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

Existen diversos fármacos de apoyo para dejar de fumar: unos son de primera elección, entre los que se encuentran la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y el bupropión, y otros son de segunda elección que se reservarían para casos especiales, entre los que se encuentran la clonidina y la nortriptilina⁹.

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE NICOTINA

Mediante este tratamiento se administran cantidades de nicotina controladas a un fumador que quiere dejar de fumar, por vía distinta a la del consumo de cigarrillos y en una cantidad suficiente para reducir los síntomas de la abstinencia, pero insuficiente para provocar dependencia. Se alcanzarán, por tanto, niveles de nicotina en sangre más bajos (30% – 50%) de los alcanzados con los cigarrillos. Además, carece del resto de sustancias nocivas (monóxido de carbono, alquitranes, irritantes) y permite deshacerse paralelamente de la necesidad psicológica de fumar. El paciente percibe que está recibiendo un tratamiento que le ayudará a dejar el tabaco¹⁹⁻²¹ y el único criterio absoluto de exclusión para este tratamiento es que el individuo siga fumando.

La nicotina tiene propiedades similares a otras sustancias adictivas, por lo que crea dependencia del organismo a dicha sustancia. Esta dependencia física va a ser la pri-

Tabla 3. Resumen del tratamiento del síndrome de abstinencia mediante técnicas no farmacológicas

Frente al deseo de fumar
Respirar profundamente
Otras técnicas de relajación
Beber agua y zumos
Masticar chicle sin azúcar o comer algo bajo en calorías
Pensar que el deseo irá disminuyendo
Nerviosismo
Caminar
Tomar un baño
Técnicas de relajación
No tomar alcohol ni cafeína
Insomnio
Ejercicio
Técnicas de relajación
Tomar infusiones
Cefalea
Ducha o baño
Relajación
Dificultad para concentrarse
No exigirse pleno rendimiento
No tomar alcohol
Cansancio
Aumentar horas de sueño
Hambre
Beber agua y zumos no calóricos
Tomar alimentos bajos en calorías
No tomar azúcares refinados
Estreñimiento
Tomar abundante líquido (sobre todo agua)
Tomar dieta rica en fibra

mera causa de fracaso de las tentativas de abandono del tabaco y representa un factor predictivo del éxito de dejar de fumar, los síntomas de abstinencia y la necesidad de tener que utilizar tratamiento farmacológico en la deshabitación tabáquica.

Métodos de cuantificación de la dependencia⁹

Los principales métodos que podemos utilizar para determinar la dependencia física del paciente van a ser:

– El número de cigarrillos que el paciente fuma al día o de paquetes al año. Más de 30 cigarrillos/ día indica una dependencia alta.

– Métodos bioquímicos: nicotina y cotinina con determinaciones en sangre, saliva y orina.

– Concentración de monóxido de carbono en aire espirado medido mediante cooximetría, prueba no disponible habitualmente en los centros de salud, pero que no es imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de la población fumadora que acude a nuestras consultas. Esta prueba es útil para determinar el grado de tabaquismo y el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco. Se alcanza por encima de 10 ppm de CO en aire espirado en fumadores habituales.

– Test de Fagerström. Siete o más puntos implica una dependencia alta.

Indicaciones de tratamiento sustitutivo de nicotina

– En personas con dependencia física débil (test de Fagerström con 5 o menos puntos, menos de 20 cigari-

llos/día o menos de 15 ppm de CO en aire espirado), no es necesario suministrar sustitutos de nicotina.

– En dependencia física moderada-alta (test de Fagerström con 4 o más puntos, más de 20 cigarrillos/día o más de 15 ppm de CO en aire espirado), el suministro de nicotina ha demostrado ser eficaz²².

Contraindicaciones

Las contraindicaciones más importantes de este tratamiento son las siguientes: cardiopatía isquémica (angina de pecho, infarto agudo de miocardio [IAM] reciente), arritmias cardíacas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con FEV menor del 60%, úlcera gastroduodenal activa, embarazo, lactancia y otras drogodependencias. Si han existido efectos secundarios graves a tratamientos previos con TSN o sensibilidad a los componentes del parche (poliéster, polienobutileno y polibuteno) tampoco se podrá realizar el tratamiento. En los fumadores ocasionales no está indicado el TSN²³.

TIPOS DE SUSTITUTOS DE NICOTINA

Chicles de nicotina

La utilización de este tipo de tratamiento en fumadores casi duplica el porcentaje de éxito. En otros estudios la eficacia es de un 11%, estando relacionado con la dependencia física. Sólo deben utilizarse después de dejar de fumar.

Existen chicles con 2 y 4 mg de nicotina. Se debe comenzar el tratamiento con los chicles de 2 mg, salvo en los fumadores con dependencia alta en quienes se obtiene mayor éxito con los chicles de 4 mg y en aquellos con fallo previo en el tratamiento con los de 2 mg.

La dosis va a ser de una pieza cada 1-2 horas (no se puede dar más de 30 piezas de 2 mg o 20 piezas de 4 mg por día). El chicle se comenzará a masticar y cuando se note un sabor fuerte se dejará de hacerlo. Cuando desaparezca el sabor, se comenzará de nuevo a masticar. Se debe utilizar cada chicle aproximadamente 30 minutos. Hay que evitar comer y beber (sobre todo líquidos acidificantes como café, zumos y refrescos), 15 minutos antes y durante la utilización del chicle.

La duración del tratamiento será de 3-6 meses⁶.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones más frecuentes van a ser: esofagitis por reflujo, úlcera péptica, problemas dentarios, orofaringe, articulación temporomandibular, embarazo y lactancia y enfermedad cardiovascular.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios descritos con mayor frecuencia son úlceras orofaríngeas, odinofagia, hipo, dispepsia y náuseas²⁴.

Parches de nicotina

El tratamiento con parches de nicotina reduce las ganas de fumar y otros síntomas de abstinencia, facilitando ésta. La

eficacia que presenta este tratamiento es alta (el 30%-70% de los pacientes han dejado de fumar a las 6 semanas de comenzar el tratamiento y más del 20% no fuman al año)^{9,25}.

Existen dos tipos de parches: parches de 24 horas de liberación sostenida de nicotina de 7, 14 y 21 mg y parches de 16 horas de liberación sostenida de nicotina de 5, 10 y 15 mg. Los primeros se utilizan 24 horas al día y los otros 16. El fundamento de que existan dos tipos es que no se suele fumar por la noche, y por lo tanto no es necesario administrar nicotina durante el período nocturno. El parche de 24 horas está diseñado de forma que el fumador pueda comenzar el día con una mayor dosis de nicotina que le ayude a controlar los fuertes impulsos de fumar.

Debe aplicarse sobre la piel seca, sin vello, en el brazo o en el torso, evitando siempre las mamas. Hay que utilizar una piel nueva para cada aplicación, y después de 3 ó 4 días puede volverse a utilizarse la primera zona.

El parche viejo se retira cada día (por la noche en el caso del de 16 horas y por la mañana en el de 24 horas).

Los parches comenzarán a utilizarse al levantarse el día en que se va a dejar de fumar. No hay que cortarlos y hay que guardarlos en un sitio fresco.

Pueden utilizarse simultáneamente parches de 16 horas o de 24 horas, más algún chicle de 2 mg para aliviar los momentos de necesidad de fumar.

La terapia durará alrededor de tres meses⁹.

Contraindicaciones

Todas las de TSN. También está contraindicado en pacientes con problemas dermatológicos. No es adecuado para personas que fumen ocasionalmente y se debe suprimir inmediatamente si existe un evento coronario agudo.

Efectos secundarios

Los principales efectos secundarios de la utilización de parches de nicotina van a ser irritación local de la piel con picor, enrojecimiento y calor local, cefalea, mareos, irritabilidad, nerviosismo y temblor.

El parche de 24 horas puede provocar sueños desagradables y disturbios en el sueño.

Pueden producirse además náuseas, epigastralgia, pesadez o flatulencia y diarreas.

La dosificación del tratamiento con chicles y parches de nicotina según el grado de dependencia queda reflejada en la tabla 4²⁶.

OTROS TIPOS DE TRATAMIENTO CON TERAPIA SUSTITUTIVA DE NICOTINA

Existen comprimidos para chupar de 1 mg de nicotina y nicotina en *spray* nasal. En dependencia moderada se pueden tomar de 16 a 24 comprimidos de 1 mg al día en un mes e ir reduciendo después.

En pacientes con alta dependencia física la utilización de chicles de 4 mg de nicotina o de *spray* nasal o, incluso de una combinación de parches y chicles o parches y *spray* nasal, pueden ser las opciones terapéuticas ideales⁹.

BUPROPIÓN

Es un fármaco antidepressivo cuyo mecanismo de acción es la inhibición selectiva de la recaptación neuronal de noradrenalina y dopamina, con mínimo efecto sobre la serotonina. Aumenta los niveles de dopamina, reduciendo el *craving* (necesidad intensa de volver a tomar la sustancia) en los fumadores que están dejando de fumar. También actúa sobre el núcleo *ceruleus*, donde incrementa los niveles de noradrenalina, disminuyendo por ello ciertos síntomas del síndrome de abstinencia: ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, etc.^{9,27,28}.

Su indicación principal es el tratamiento de la deshabituación tabáquica.

Contraindicaciones

Historia previa o actual de convulsiones, alteraciones de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), trastornos bipolares (depresión y manía), cirrosis hepática severa, embarazo y lactancia y en fumadores menores de 18 años. En pacientes con insuficiencia hepática, insuficiencia renal y diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales o insulina hay que tener un control especial y no sobrepasar un comprimido al día.

Tabla 4. Tratamiento con chicles y parches de nicotina según el grado de dependencia

Fase de preparación	Chicles		Parches	
	2 mg	4 mg	16 horas	24 horas
Dependencia leve Fagerström < 3 < 20 cigarrillos/día < 15 ppm de CO	1 chicle cada 90-120 minutos durante 10 semanas Bajar dosis en 6 semanas	No	15 mg/día en 6 semanas, 10 mg/día en 2 semanas, 5 mg/día en 2 semanas	21 mg/día en 6 semanas, 14 mg/día en 2 semanas, 7 mg/día en 2 semanas
Dependencia moderada Fagerström 4-6 20-30 cigarrillos/día 15-30 ppm CO	NO	1 chicle cada 90-120 minutos, 10-12 semanas Bajar desde la décima semana	25 mg/día en 6 semanas, 15 mg/día en 4 semanas, 10 mg/día en 2 semanas	21 mg/día en 6 semanas, 14 mg/día en 4 semanas, 7 mg/día en 2 semanas
Dependencia alta Fagerström > 7 > 30 cigarrillos/día > 30 ppm de CO	NO	1 chicle cada 60-90 minutos más de 12 semanas Bajar desde la décima semana	Igual que dependencia moderada	Igual que dependencia moderada

Los pacientes que toman antidepresivos inhibidores de las monoaminooxidasas (IMAO) tampoco deben realizar este tratamiento.

En los pacientes en tratamiento con: bloqueadores beta, antiarrítmicos, antidepresivos, antipsicóticos, hay que comenzar con la dosis más baja posible^{29,30}.

Pauta de empleo

Se debe empezar con el tratamiento una semana antes de dejar de fumar.

Hay que comenzar con un comprimido de 150 mg al día durante 3 días. Si no existen efectos adversos se pasará a un comprimido de 150 mg dos veces al día. Es conveniente que la primera toma del día se realice al levantarse y que la toma vespertina se haga en las primeras horas de la tarde dejando siempre transcurrir al menos 8 horas entre dos dosis sucesivas. La dosis máxima es de 300 mg durante 7 a 9 semanas.

Hay que dejar de fumar entre el día 7 y 14, preferentemente el día 8 desde que se comenzó el tratamiento.

Si a las 7 semanas no se ha dejado de fumar se suspende el tratamiento.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios más frecuentes son: sequedad de boca e insomnio, temblor, fiebre, alteraciones gastrointestinales, alteraciones del gusto, alteraciones cutáneas y raramente aumento de la presión arterial (PA).

La incidencia de convulsiones aumenta con el tratamiento hasta un 1/1.000. No se deben tomar jamás dos comprimidos juntos.

Interacciones medicamentosas

Van a producir un aumento en el riesgo de convulsiones los siguientes fármacos: antipsicóticos, antidepresivos, teofilina, esteroides sistémicos, antimaláricos, tramadol, antihistamínicos sedantes y quinolonas²⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez CA, Solsano S, González JM, Ruiz JM, Flórez S, Ramos A. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1999;335:499-506.
2. Encuesta Nacional sobre el hábito de fumar. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, 1995.
3. Córdoba García R, Ortega Sánchez-Pinilla R, Cabezas Peña C, Forés García D, Nebot Adell M. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria 1997;20:2.
4. Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Craciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001;117:692-4.
5. Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline. JAMA 1996;275:1270-80.
6. Nebot Adell M, Martín Cantera C, Cabezas Peña C. Tabaquismo. Curso de Prevención en Atención Primaria. PAPPs 1996; 2:69-80.
7. Raw M, McNeill A, West R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals. Thorax 1998;53:51-9.
8. The Agency for Health Care Policy and Research on Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline. JAMA 2000;283:3244-54.
9. Jiménez Rutz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abengozar R, Torrecilla M, Quintas M, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre el tratamiento del tabaquismo. Prev Tab 2001;3:78-85.
10. Prochaska J, Goldstein M. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. Clin Chest Med 1991;12:727-35.
11. US Department of Health and Human Services. Public Health service. Clinical Practice Guideline: Trating tobacco use and dependence. Washington, June 2000.
12. Prochaska J, Di Clemente C. Stages and process of self-change of smoking towards and integrative model of change. J Clin Psychol 1983;3:390-95.
13. Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: A review of the FTND. J Behav Med 1989;12:159-82.
14. Dossier de la 1.ª y 2.ª semanas sin humo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) 2000-2001.
15. Glynn TJ, Manley MW. How to help your patient to stop smoking. The National Cancer Institute. Manual for physicians. Bethesda (MD): National Institutes of Health, 1989.
16. Nebot M, Solberg LI. Una intervención integral sobre el tabaquismo desde la atención primaria: El proyecto de ayuda a los fumadores. Aten Primaria 1990;7:698-702.
17. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
18. Salleras L, Pardell H, Saltó E. Consejo antitabaco. Med Clin (Barc) 1994;1:109-17.
19. Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. N Engl J Med 1995;333:1196-203.
20. Villabi JR, Nebot M. Salud Pública y tabaco. En: Martínez-Navarro F, Marset P, Navarro V, Gili M, Anto JM, editors. Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1996.
21. Hughes JR. Smoking Cessation among self-quitters. Health Psychology 1992;11:331-4.
22. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry 1996;153:1-31.
23. Leschner Al. Understanding drug addiction: Implications for treatment. Hosp Pract 1996;15:47-59.
24. Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarret smoking, nicotine addiction and its pharmacologic treatment. Arch Intern Med 1993;153:34-48.
25. Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group. Effectiveness of a nicotine patch in helping people to stop smoking: results of a randomised trial in general practice. BMJ 1993;306:1304-8.
26. Amador Romero FJ. Actualización terapéutica en tabaquismo. Médicos de Familia 2002;4:49-53.
27. Ascher JA, Cole JO, Colin JN, Rush CR, Kosten TR. Bupropion: A review of its mechanism of antidepressant activity. J Clin Psych 1995;56:395-401.
28. Shiffman S, Johnston JA, Khayrallah M, Clubley M, Griffith J. The effect of Bupropion on nicotine craving and withdrawal. Psychopharmacology 2000;148:33-40.
29. Holm JK, Spencer CM. Bupropion. Revisión de su empleo en el tratamiento de la deshabitación tabáquica. Drugs 2000;59:1007-26.
30. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Cole P, Johnston JA. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997;337:1195-202.