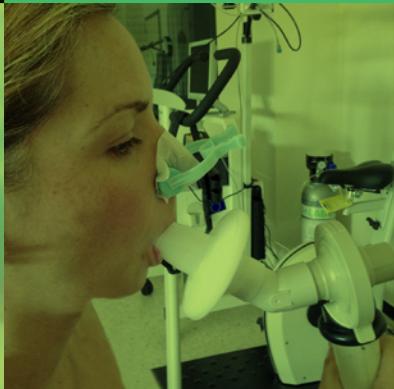




Guías **ENSP** 2021 *para el tratamiento del tabaquismo*



ENSP

European Network
for Smoking and Tobacco Prevention



Guías ENSP **2021** *para el tratamiento del tabaquismo*

La guía para la comprensión de las implicaciones
y las implementaciones de tratamientos y
estrategias para tratar el tabaquismo



ENSP

European Network
for Smoking and Tobacco Prevention

© 2021

European Network for Smoking and Tobacco

Prevention aisbl (ENSP)

Chaussée d'Ixelles 144

B-1050 Brussels, Belgium

Tel.: +32 2 2306515

Fax: +32 2 2307507

E-mail: cornel.radu@ensp.org

Internet: www.ensp.network

ISBN: 978-2-930966-10-6

Índice

Agradecimientos.....	7
Declaración de conflictos de interés	8
Editorial	10
PRIMERA PARTE	13
1.0 Valoración del consumo y de la dependencia del tabaco	14
1.1 El consumo de tabaco como una enfermedad	14
1.2 Definiciones, clasificaciones, términos y explicaciones específicas	15
1.2.1 La dependencia del tabaco: una enfermedad industrial adquirida	15
1.2.2 Mecanismos de inducción de la dependencia tabáquica	15
1.2.3 La nicotina no es la única razón de la dependencia del tabaco	16
1.2.4 La dependencia nicotínica según la OMS	16
1.3 Fumar como una enfermedad crónica recidivante	17
1.3.1 Patrones de recaídas.....	17
1.3.2 Tratamiento del tabaquismo tras la cesación	18
1.4 La identificación sistemática de los fumadores es una obligación de la práctica médica.....	19
1.5 Evaluación/ diagnóstico del consumo y la dependencia tabáquica	19
1.5.1 Diagnóstico clínico del consumo y dependencia del tabaco.....	19
1.5.2 Análisis de los intentos previos de cesación	20
1.5.3 Motivación para la cesación.....	21
1.5.4 Historia clínica del paciente.....	22
1.5.5 Embarazo / Lactancia / Anticoncepción.....	22
1.5.6 Historia clínica de ansiedad y depresión	22
1.5.6.1 Cribado inicial	22
1.5.6.2 Determinación clínica de la ansiedad y depresión.....	22
1.5.7 Diagnóstico de laboratorio de la dependencia tabáquica.....	22
Referencias bibliográficas	24
2.0 Recomendaciones generales para el abordaje y tratamiento del consumo y dependencia del tabaco	27
2.1 El Consumo de tabaco	28
2.2 La dependencia del tabaco	28
2.3 La cesación tabáquica.....	28
2.3.1 Educación terapéutica.....	29
2.3.2 Apoyo conductual	29
2.3.3 Fármacos	29
2.3.4 Cesación tabáquica	29
2.4 Tratamiento del tabaquismo tras la cesación	29
2.5. Prevención de recaídas	30
Referencias bibliográficas	30

3.0 Consejo breve de cesación tabáquica	33
3.1 Recomendaciones generales	34
3.2 Plan de intervención para profesionales sanitarios que atienden personas fumadoras	34
3.3 Recomendaciones para médicos generales	34
3.4 Recomendaciones para pacientes hospitalizados	35
3.5 Recomendaciones para embarazadas.....	35
3.6 Recomendaciones para personas con indicación de cirugía	36
Referencias bibliográficas	36
SEGUNDA PARTE	37
4.0 Intervenciones estándar en el tratamiento del tabaquismo	38
4.1 Intervenciones terapéuticas para la cesación tabáquica	39
4.1.1 Las intervenciones de cesación son obligatorias.....	39
4.1.2 Abordaje general de la cesación	40
4.1.3 Efectividad del tratamiento de cesación (Ayudar)	44
4.1.4 El seguimiento (Acordar)	44
4.1.5 Enfoque de los sistemas de la salud para los tratamientos del tabaquismo y la dependencia	45
4.1.6 Tipos de intervenciones de cesación tabáquica	46
4.1.6.1 Intervención mínima (consejo breve)	46
4.1.6.2 Intervenciones individualizadas especializadas para dejar de fumar	46
Referencias bibliográficas	47
4.2 Asesoramiento conductual	48
4.2.1 Apoyo psicológico para la cesación	48
Referencias bibliográficas	50
4.2.2 Terapia cognitivo conductual (CBT-TCC)	50
Referencias bibliográficas	52
4.2.3 Entrevista motivacional (MI-EM)	52
Referencias bibliográficas	54
4.2.4 Formatos de atención	54
4.2.4.1 Formato individual.....	54
4.2.4.2 Formato grupal.....	55
Referencias bibliográficas	55
4.2.4.3 Apoyo telefónico y quit-line.....	56
Referencias bibliográficas	56
4.2.4.4 Materiales de autoayuda.....	57
Referencias bibliográficas	60
4.2.4.5 Métodos online y apps.....	60
Referencias bibliográficas	61
4.3 Tratamientos farmacológicos.....	61
4.3.1 Tratamiento con TSN.....	63
4.3.2 Tratamiento con bupropión.....	71
4.3.3 Tratamiento con vareniclina	74

4.3.4 Tratamiento con clonidina	82
4.3.5 Tratamiento con nortriptilina.....	83
4.3.6 Citisina.....	84
Referencias bibliográficas	85
4.4 Esquemas terapéuticos individualizados	88
4.4.1 Terapia farmacológica combinada	88
Referencias bibliográficas	91
4.4.2 Recomendaciones de prolongación del tratamiento	92
Referencias bibliográficas	94
4.5 Evidencia disponible sobre otras intervenciones para apoyar la cesación	94
Referencias bibliográficas	96
Referencias bibliográficas	98
4.6 Recomendaciones para estrategias de reducción	98
4.6.1 Reducción con reemplazo de nicotina	99
4.6.2 Reducción con vareniclina	99
Referencias bibliográficas	100
4.7 Recomendaciones para la prevención de recaídas.....	100
Referencias bibliográficas	102
4.8 Recomendaciones terapéuticas para situaciones especiales y grupos de riesgo	102
4.8.1 Tratamiento recomendados para embarazadas	102
Referencias bibliográficas	103
4.8.2 Tratamiento recomendados para menores de 18 años.....	103
Referencias bibliográficas	106
4.8.3 Tratamiento recomendado para pacientes con patologías respiratorias, cardiovasculares, psiquiátricas, oncológicas u otras.....	107
Referencias bibliográficas	111
4.8.4 Recomendaciones sobre el abordaje de la ganancia de peso post-cesación.....	113
Referencias bibliográficas	114

5.0 Investigación y recomendaciones científicas para la evaluación de la cesación tabáquica **115**

5.1 Criterios para la investigación clínica en la cesación tabáquica.....	116
5.2 Coste-efectividad de los tratamientos de cesación	116
Referencias bibliográficas	117
5.3 Recomendaciones para la implementación de las guías de cesación tabáquica	118
Referencias bibliográficas	119
5.4 Fuentes de bibliografía científica recomendadas	119

PARTE TERCERA..... **121**

Estándares europeos de acreditación de servicios de cesación tabáquica y de entrenamiento en tratamiento del tabaquismo **121**

6.0 Recomendaciones para el entrenamiento de profesionales sanitarios en el tratamiento del tabaquismo y estándares de calidad para los especialistas y los servicios de cesación tabáquica..... **122**

Referencias bibliográficas	124
6.1 Recomendaciones de criterios para el entrenamiento de expertos en cesación tabáquica.....	124
6.2 Recomendaciones para desarrollar un currículum en tabaquismo para estudiantes de Medicina en Europa.....	125
6.3 Recomendaciones para desarrollar un currículum en tabaquismo en formación médica de postgrado en Europa – Certificado del Programa	128
Referencias bibliográficas	129
6.4 Recomendaciones para desarrollar un currículum en tabaquismo para otros profesionales implicados en la cesación tabáquica: profesionales de la Psicología, de la Enfermería y responsables políticos de la salud	129
Referencias bibliográficas	130
6.5 Estándares de entrenamiento en tratamiento del tabaquismo para clínicos.....	130
6.6 Estándares de calidad en el tratamiento del tabaquismo	132
Referencias bibliográficas	135
6.7 Requerimientos para la acreditación de un servicio de cesación tabáquica especializada.....	135
6.7.1 Tres niveles de servicios de atención al tabaquismo	135
6.7.2 Acreditación de una Unidad especializada de tratamiento del tabaquismo	136
Referencias bibliográficas	139
CUARTA PARTE	143
7.0 Cesación tabáquica en grupo de población de alto riesgo	144
7.1 Efectos en la salud de fumadoras embarazadas	144
Referencias bibliográficas	149
7.2 Cesación tabáquica entre adolescentes	150
Referencias bibliográficas	154
7.3 Cesación tabáquica en pacientes con diabetes.....	156
Referencias bibliográficas	158
7.4 Cesación tabáquica en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	159
Referencias bibliográficas	163
7.5 Cesación tabáquica en pacientes con enfermedades cardiovasculares.....	165
Referencias bibliográficas	168

Agradecimientos

ENSP quiere agradecer al comité de la editorial por sus amables contribuciones en la 1a, 2a y 3a edición:

Panagiotis K. Behrakis, MD, PhD (McGill), FCCP, Presidente del comité científico de ENSP, director del instituto de Salud Pública del colegio americano de Grecia e investigador de la fundación de la academia de Atenas, Grecia;

Nazmi Bilir, profesor de Salud Pública, Universidad de Hacettepe, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública, Ankara, Turquía;

Luke Clancy, BSc, MB, MD, PhD, FRCPI, FRCP (Edin), FCCP, FFOM, neumólogo y Director General del Instituto de Investigación Sin Tabaco de Irlanda (TFRI);

Bertrand Dautzenberg, profesor de neumología en el Pitié-Salpêtrière, París y presidente en la oficina francesa de prevención del tabaquismo (OFT), París, Francia;

Andrey Konstantinovich Demin, M.D., D.Polit.Sci., Profesor de Salud Pública en I.M. Primera universidad estatal de medicina en Moscú y N.I. Centro Nacional de Cirugía Pígorov, y Presidente de la Asociación Rusa de Salud Pública, Moscú, Rusia;

Sophia Papadakis, PhD, MHA, es Científica, Unidad de Prevención y Rehabilitación del instituto del corazón en la Universidad de Ottawa, Profesora Adjunta en la Facultad de Medicina en la Universidad de Ottawa y Científica en la Clínica de Medicina Social de la Universidad de Creta, Grecia.

Antigona Trofor, M.D. Ph.D., Profesor Asociado de Neumología en la Universidad de Medicina y Farmacia Gr. T. Popa, Iasi y Neumólogo en la Clínica de Enfermedades Pulmonares, Iasi, Rumania..

Constantine Vardavas, MD, RN, MPH, PhD, FCCP, Director Asociado del Instituto de Salud Pública (IPH) del Colegio Americano de Grecia;

Asímismo ,ENSP desea agradecer al Comité de Revisión de la 1a edición por sus amables contribuciones:

Sofia Cattaruzza, directora de UNITAB, Universidad de Sapienza, Roma, Italia;

Florin Dumitru Mihălțan, Profesor de Neumología, Instituto Nacional de Neumología M. Nasta, Presidente de la Sociedad Rumana de Neumología, Bucarest, Rumanía;

Manfred Neuberger, O. Univ.-Prof. M.D., Viena, Austria; Biagio Tinghino, Presidente de la Sociedad Italiana de Tabaquismo (SITAB), coordinador del grupo de trabajo en las Guías de SITAB, Director del Centro cesión del Tabaco, ASL Monza e Brianza, Italia;

Paulo D. Vitória, Psicólogo, PhD, Profesor de Medicina Preventiva en la Facultad de Ciencias de la Salud- Universidad de Beira Interior. Miembro del Equipo de Coordinación Portugués para dejar de fumar, miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Portuguesa de Tabaquismo (SPT), Portugal;

Vincenzo Zagà, editor en jefe de Tabaquismo, Sociedad Italiana de Tabaquismo (SITAB), Boloña, Italia;

Witold A. Zatoński, Profesor, M.D, PhD. Director en la Unidad de Epidemiología y Prevención del Cáncer, Director del Centro de Colaboración de la OMS, Varsovia, Polonia.

ENSP está en deuda con **Cornel Radu-Loghin**, Secretario General del ENSP, por iniciar y gestionar el proyecto.

Esta 4th fue de recaísada por Dr. Papadakis y Dr. Vardavas. Edición y traducida por María Contreras Benito, odontóloga.

Declaración de conflictos de interés

Los miembros del Consejo Editorial de la Guía ENSP Para el Tratamiento del Tabaquismo declara las siguientes declaraciones de interés:

Panagiotis K. Behrakis declara no tener conflictos de interés con ninguna compañía farmacéutica;

Luke Clancy declara que su instituto recibió una beca de investigación de Pfizer en 2010, recibió honorarios de consultoría de Pfizer así como de Pierre Fabre 2010, 2011, 2012; recibió honorarios por conferencia de Pfizer y Novartis en 2010, 2011, 2012;

Bertrand Dautzenberg ha colaborado en los tres años pasados, pero ha negado cualquier tarifa personal de Pfizer, GlaxosmithKline,

Antigona Trofor ha recibido fondos de consultoría pagados regularmente para trabajos de investigación clínica de Novartis Pharma Service Romania SRL, CROM Research Org.

SRL, INC Research y Glaxo SmithKline durante 2011-2012 y ha recibido honorarios por conferencias ocasionales de la Comisión Europea, AstraZeneca, Servier Pharma SRL, Glaxo SmithKline y Pierre-Fabre durante 2011-2012.

Sophia Papadakis declara que su instituto ha recibido una beca educativa de Pfizer; pero ha rechazado los honorarios personales de las compañías farmacéuticas y otras agencias.

Constantine Vardavas declara que su instituto ha recibido una beca educativa de Pfizer; pero ha rechazado cualquier tarifa personal de compañías farmacéuticas u otras agencias.

Estas guías se redactaron independientemente de cualquier empresa farmacéutica.

Nivel de evidencia de las recomendaciones de la Guía

Tabla 1: La presente guía estratifica la evidencia en tres categorías, dependiendo del tipo, calidad y cantidad de los estudios referidos.

Niveles de evidencia: Descripción		
Categoría de prueba	Fuentes de evidencia	Definición
A	Ensayos controlado y aleatorios (CRTs). Gran cantidad de datos	Gran número de estudios con un número sustancial de participantes
B	Ensayos controlados y aleatorizados (CRTs).	Los estudios incluyen un número limitado de pacientes, análisis post-hoc, análisis de subgrupos de CRTs, o metaanálisis de CRTs. Los ensayos son pequeños, en grupos de población diversos, o presentan resultados inconsistentes
C	Sin ensayos aleatorizados. Estudios observacionales. Consenso de expertos.	Datos de ensayos no controlados y/o no aleatorizados o de estudios observacionales

Niveles de evidencia: Descripción		
Código	Fuentes de evidencia	Definición
A	Alta	Es muy improbable que la investigación futura cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Varios estudios de alta calidad con resultados consistentes; en casos especiales: sólo un gran estudio multicéntrico de alta calidad.
B	Moderada	Es probable que la investigación futura tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto, pudiendo cambiarla. Un único estudio de alta calidad. Diversos estudios con algunas limitaciones.
C	Baja	Es muy probable que la investigación futura tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y que cambie la estimación. Uno o más estudios con limitaciones severas.
D	Muy baja	Cualquier estimación de efecto es muy incierta. Sin evidencia científica directa: basado en opinión de expertos o en uno o más estudios con limitaciones muy severas.

Prefacio

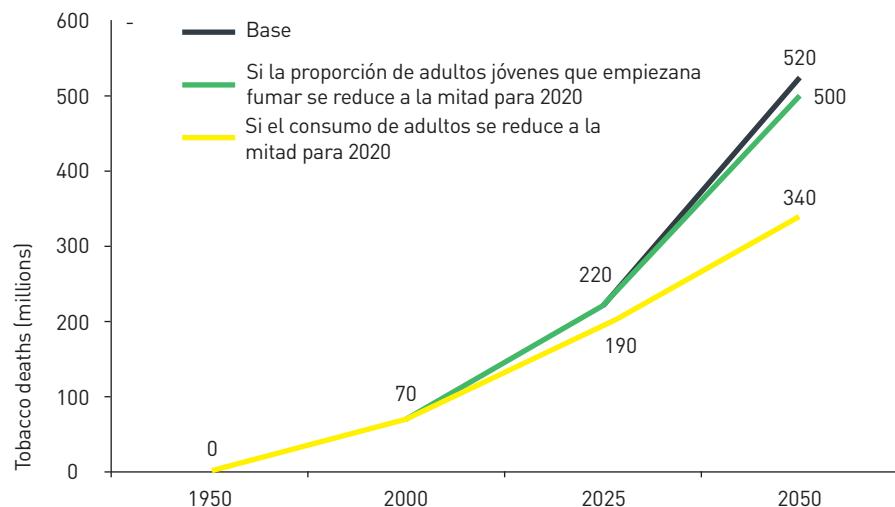
EL ENSP aspira a un futuro libre de tabaco en el cual ningún europeo tenga que sufrir enfermedades o muerte prematura ocasionadas por el tabaco. Todos nuestros esfuerzos se concentran en dotar a la infancia y a la juventud de la libertad de que crezcan de manera independiente y saludable, sin verse limitados por una adicción de por vida. El consumo de tabaco no supone sólo una adicción, sino que es también una trampa potencialmente mortal de la que queremos ayudar a los fumadores a escapar. Por ello nuestro objetivo es establecer una mayor coordinación entre las actividades preventivas, así como promover políticas de control comprensivas tanto a nivel de Europa como a nivel de los países que la componen.

De acuerdo a la encuesta del Eurobarómetro publicada en 2015, una cuarta parte [26%] de los europeos mayores de 15 años fuman, siendo esta cifra del 33% en grupo de 25-39 años. El tabaco mata a la mitad de sus consumidores regulares; esto es, a unos 700.000 europeos anualmente. En este contexto, existe un consenso cada vez mayor acerca de que el

tabaquismo es una enfermedad que debe ser tratada por los profesionales sanitarios. Todos los profesionales de la salud deben ser conscientes de que el tabaquismo es una condición médica, una dependencia según el CIE-10, y no simplemente un hábito, un vicio o una elección de estilo de vida.

A medio plazo las intervenciones de cesación tiene un mayor impacto sobre el número de muertos, por lo que deben ser recomendadas. Como explicó el Banco Mundial en su informe *Curbing the tobacco epidemic: Governments and the economics of tobacco control* (Contención de la epidemia: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco), si para el año 2020 se disminuyera la iniciación tabáquica en un 50%, el número de muertes en 2050 disminuiría de 520 a 500 millones. En cambio, si la mitad de quienes actualmente fuman dejaran de hacerlo para 2020, el número de muertes por tabaco se reduciría de 520 a 340 millones en 2050 (figura 1). Esto se podría conseguir con medidas adecuadas de control del tabaco y también facilitando el tratamiento del tabaquismo.

Figura 1: Salvo que quienes fuman actualmente lo dejen, el número de muertes por tabaco se incrementará dramáticamente en los próximos 50 años. Muertes acumuladas estimadas entre 1950-2050 con diferentes estrategias de intervención (Fuente: Banco Mundial).



El artículo 14 del Convenio Marco de la OMS sobre el Control del Tabaco (CMCT OMS) señala que:

Cada parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.

En las directrices para la aplicación del artículo 14:

- I. *se alienta a las Partes a fortalecer o crear una infraestructura sostenible que favorezca los intentos de abandonar el consumo, asegure a los consumidores que deseen dejarlo un amplio acceso a apoyo y proporcione recursos sostenibles para garantizar que ese apoyo esté disponible;*
- II. *se definen las medidas fundamentales y eficaces necesarias para promover el abandono del tabaco e incorporar el tratamiento de la dependencia del tabaco en los programas de control del tabaco y los sistemas de atención de salud nacionales; y*
- III. *se insta a las Partes a que compartan sus experiencias y colaboren para facilitar el desarrollo o fortalecimiento de mecanismos de apoyo para el abandono del tabaco y el tratamiento de la dependencia del tabaco.*

De acuerdo con las directrices citadas, los esfuerzos deberían encaminarse a desarrollar la infraestructura que facilite la cesación tabáquica y el tratamiento del tabaquismo entre las partes constituyentes del CMCT, como recomiendan las directrices: *Las Partes deberían aplicar las medidas enumeradas más adelante con el fin de reforzar o crear la infraestructura necesaria para promover el abandono del consumo de tabaco de forma efectiva y dispensar tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales.*

Estas medidas pueden resumirse en:

1. Realizar un análisis de la situación nacional
2. Crear un mecanismo de coordinación nacional o, si ya existe, consolidarlo

3. Elaborar y divulgar directrices amplias
4. Abordar el consumo de tabaco entre el personal de salud y otras personas que ayudan a abandonar el consumo
5. Desarrollar la capacidad de formación
6. Utilizar los sistemas y recursos existentes para garantizar el mayor acceso posible a los servicios
7. Instituir el registro obligatorio del consumo de tabaco en las historias clínicas
8. Promover el trabajo en colaboración
9. Establecer una fuente de financiación sostenible para los servicios de ayuda al abandono

En la presente guía para el tratamiento del tabaquismo se pretende abordar fundamentalmente la tercera medida, teniendo en cuenta además el análisis de la situación nacional de la primera medida e integrando en lo posible las medidas 5 (capacidad de formación) y 7 (registro del consumo en las historias clínicas).

De acuerdo a las directrices de implementación *“las Partes, teniendo presentes las circunstancias nacionales, deberían elaborar y divulgar directrices amplias basadas en las mejores pruebas científicas y prácticas disponibles. Esas directrices deberían abarcar dos componentes principales: 1) una estrategia nacional para el abandono del tabaco, que tenga el objetivo de promover el abandono y dispensar tratamiento de la dependencia del tabaco y esté destinada principalmente a los responsables de financiar y aplicar la política; y 2) directrices terapéuticas nacionales destinadas principalmente a quienes elaborarán, administrarán y prestarán servicios de apoyo a los consumidores de tabaco para que abandonen el consumo”*.

Algunas de las características de la estrategia nacional para el abandono del tabaco y de las directrices terapéuticas nacionales son las siguientes:

- *deberían estar basadas en evidencia;*
- *su elaboración debería protegerse contra todo conflicto de interés, real o potencial;*
- *deberían formularse en colaboración con los principales interesados, en particular, aunque no exclusivamente,*

científicos, organizaciones de profesionales y personal sanitario, así como educadores, monitores y organizaciones no gubernamentales con los conocimientos especializados pertinentes en ese área;

- *debería ser el gobierno quien encomiende o dirija la elaboración de las directrices, aunque en consulta y asociación activas con otros interesados; sin embargo, en caso de que otras organizaciones pongan en marcha el proceso de formulación de las directrices terapéuticas, deberían establecer a tal fin una relación de colaboración activa con el gobierno; y*
- *deberían incluir un plan para su divulgación y aplicación, deberían destacar la importancia de que ningún trabajador (dentro y fuera del sector sanitario) consuma tabaco para dar ejemplo y deberían someterse a revisión y actualización periódicas, a la luz de las pruebas científicas y de conformidad con las obligaciones establecidas en virtud del artículo 5.1 del CMCT de la OMS.*

Todos nuestros esfuerzos y trabajos están dirigidos a apoyar el CMCT OMS, el cual consideramos que es la herramienta para cumplir los objetivos del ENSP. Esta es la razón por la que, de acuerdo con el artículo 14 del CMCT, esta Guía Europea para el tratamiento del tabaquismo ha sido desarrollada y es promovida gratuitamente a los profesionales sanitarios y al público general. Confiamos que esta guía contribuya a dotar a los profesionales sanitarios de las habilidades necesarias para combatir esta adicción letal y les proporcione un amplio rango de herramientas vitales para ayudarles a mejorar sus estrategias de cesación tabáquica.

Finalmente, la presente guía constituye el resultado de un trabajo constante e intensivo de las personas del Consejo Editorial de las ediciones previas, a quienes el ENSP está muy agradecido.

Francisco Lozano
Presidente, ENSP

Panagiotis Behrakis
Coordinador, Comité Científico ENSP

I) Special Eurobarometer 429 (2015). http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf

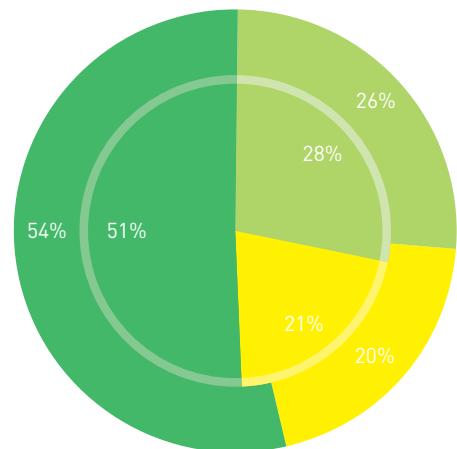
II) WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation, 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf

Valoración del consumo y de la dependencia del tabaco



1.0 Valoración del consumo y de la dependencia del Tabaco

QC1. En lo que respecta a fumar cigarrillos, puros, o pipa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones se aplica a usted? En esta pregunta y en las siguientes de esta sección, fumar cigarrillos no incluye el uso de cigarrillos electrónicos.



● Fuma con frecuencia ● Nunca has dejado de fumar
● Fumaba pero lo ha dejado ● No sabe

Inner pie: EB77.1 Feb.-Mar. 2012, Outer pie: EB82.4 Nov.-Dec. 2014

Poco más de una cuarta parte de los encuestados de la unión Algo más de una cuarta parte de los encuestados en la UE fuma actualmente cigarrillos, puros o pipa (26%), lo que representa ha disminuido desde 2012"
Eurobarómetro 2015

1.1 El consumo de Tabaco como una enfermedad

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte prematura y discapacidad en Europa^{1,2}. Cada año más de 700.00 europeos mueren por enfermedades ocasionadas por el tabaco². Es sabido que la expectativa de vida de una persona fumadora es diez años más corta que la de una no fumadora y que la mitad

de los consumidores de tabaco perderán 20 años de vida sana antes de morir por una enfermedad ocasionada por el tabaco³. La dependencia del tabaco es una enfermedad, que se presenta en la gran mayoría del consumo de tabaco entre la población adulta. La dependencia del tabaco se asocia con el uso diario y continuado de productos que contiene tabaco (cigarrillos, pipas, puros, bidis, pipas de agua, tabaco de mascar, etc.). La mayor parte de los fumadores son incapaces de dejar de fumar por sus propios medios. En términos médicos fumar regularmente se define como dependencia del tabaco, dependencia de la nicotina, adicción al tabaco, adicción a la nicotina.

Los médicos y otros profesionales de la salud deben tener en cuenta que la dependencia del tabaco es una condición médica y no un hábito, un vicio, un placer o una elección de estilos de vida.

El principal factor etiológico de la dependencia del tabaco es la nicotina. Esta es una droga altamente adictiva que se encuentra en el tabaco y que origina dependencia en quienes usan los productos de tabaco crónicamente. Aunque, dependiendo de la intensidad, duración del consumo y tipo de producto de tabaco utilizado, no todos los consumidores presentan el mismo patrón de riesgo, la respuesta de los profesionales sanitarios al consumo de tabaco debe ser única: tratar a la persona dependiente sin dilación.

Dado que la dependencia del tabaco es una enfermedad, debe ser diagnosticada y tratada de manera similar a como lo son otras enfermedades crónicas. Todo profesional sanitario tiene la obligación de intervenir e iniciar la cesación tabáquica. La intervención temprana de los profesionales sanitarios es una buena práctica clínica, ya que el consumo de tabaco casi siempre se debe a la presencia de una dependencia y sólo muy excepcionalmente a estilos de vida libremente adquiridos. Es una mala práctica clínica no tratar o no buscar tratamiento para los pacientes dependientes del tabaco. Como mínimo todo clínico debería ofrecer un consejo sanitario breve a todas las personas que fuman (figura 1.1).

Figura 1.1: Intervención con consumidores de Tabaco en entorno clínico



El hecho de que el consumo y la dependencia del tabaco sean percibidos como una enfermedad se deriva de que los fumadores dependientes requieren asistencia médica, ofrecida por profesionales, para la cesación. Como en otras enfermedades crónicas, la ayuda médica consiste en el diagnóstico del consumo crónico y la dependencia del tabaco seguido de un tratamiento para la remisión del consumo y el tratamiento de la dependencia.

A manera en conclusión, al fumar tabaco las personas no sólo introducen nicotina en su cuerpo y mantiene la dependencia, sino que se ponen en riesgo de sufrir numerosas enfermedades graves, muchas de ellas letales, por las toxinas contenidas en el tabaco. Cuanto antes sea tratada la dependencia, antes dejará el paciente de fumar (o de consumir otras formas de tabaco) y mayores serán los beneficios para su salud³.

1.2 Definiciones, clasificaciones, términos and explicaciones específicas

1.2.1 La dependencia del tabaco: una enfermedad industrial adquirida

La dependencia del tabaco es una adicción al tabaco causada por la nicotina. Quien padece una dependencia no puede dejar de usar la sustancia a pesar del daño que ésta le causa. La nicotina por vía inhalada causa una adicción tan fuerte como la originada por la heroína o la cocaína⁴. Quienes empezaron a consumir tabaco como adolescentes suelen ser más dependientes que quienes empezaron

a hacerlo de adultos⁵. La nicotina es una sustancia con propiedades psicoactivas que origina los deseos intensos y urgentes (cravings) de fumar, cigarrillos, pipas, dificultando la cesación y dando lugar a diversos síntomas cuando se deja de consumirla. Mientras que la nicotina contenida en el tabaco es la responsable de la dependencia, la toxicidad del tabaco se debe fundamentalmente a otras sustancias contenidas en el humo del tabaco.

1.2.2 Mecanismos de inducción de la dependencia tabáquica

La nicotina inhalada a través de los pulmones llega a la circulación arterial cerebral en unos 7 segundos⁶. Se fija a receptores nicotínicos específicos (fundamentalmente del tipo $\alpha 4\beta 2$) en el núcleo accumbens, área del prosencéfalo que estimula la liberación de neurotransmisores, como la dopamina y la noradrenalina, lo que es percibido como placentero por quien la consume.^{7,8} El principal rasgo de la dependencia nicotínica es el deseo de experimentar los efectos farmacológicos de la nicotina y de evitar los posibles síntomas de abstinencia a medida que aumentan los niveles de nicotina y se produce la estimulación del receptor de nicotina. El principal rasgo de la dependencia nicotínica es el deseo de experimentar los efectos farmacológicos de la nicotina y de evitar los posibles síntomas de abstinencia y las asociaciones condicionadas, sean positivas (produce estimulación psicoactiva) o negativas (la ausencia de nicotina produce malestar)⁷.

Cada cigarrillo disminuye inmediatamente el craving, pero desensibiliza los receptores nicotínicos e incrementa su número, con lo que aumenta la necesidad del próximo cigarrillo⁸. Esta estimulación causada por el consumo de tabaco desencadena su consumo crónico^{7,9}. Durante la fase inicial de la dependencia el fumador tendrá que aumentar la cantidad de nicotina para poder recrear las mismas sensaciones. Después del periodo inicial de adaptación, el fumador necesita su dosis individual para sentir un estado neutro y prevenir los síntomas de abstinencia. Esta adaptación morfológica que ocurre en el sistema nervioso central corresponde al desarrollo de dependencia física^{7,9}

1.2.3 La nicotina no es la única razón de la dependencia del tabaco

La dependencia de la nicotina tiene dos componentes: dependencia física y dependencia psicológica¹⁰.

Además de la dependencia física, el uso repetido de productos del tabaco puede convertirse en un hábito. Los contactos sociales y las situaciones asociadas con determinadas rutinas diarias pueden reforzar el consumo de tabaco. Con el tiempo esta conducta se arraiga firmemente en la vida diaria. Por ello, se recomienda que el tratamiento del consumo de tabaco incluya tratamiento farmacológico para aliviar los síntomas físicos y tratamiento conductual para abordar las rutinas y los desencadenantes con el consumo de tabaco de cada persona.

1.2.4 La dependencia nicotínica según la OMS

Se considera que una persona es dependiente de la nicotina cuando presenta una historia de consumo crónico con las siguientes características: abuso de la sustancias, auto-administración mantenida a pesar de percibir efectos negativos, alta tolerancia a los efectos de la sustancia y aparición de síntomas de abstinencia al cesar el consumo⁶.

De acuerdo a los criterios adoptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la clasificación Internacional de Enfermedades, la dependencia del tabaco está incluida en trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco y tiene el código de enfermedad F17 (tabla 1.1)¹¹.

Los síndromes de dependencia hacen referencia a un conjunto de fenómenos físicos, psicológicos, conductuales y cognitivos en los que el uso de una sustancia (tabaco en este caso) se transforma en una prioridad para la persona afectada, en perjuicio de otras conductas, que anteriormente presentaban un mayor valor para esa persona

Síndrome de abstinencia de nicotina.

Se define como el conjunto de síntomas y signos que aparecen al disminuir, interrumpir o abandonar el consumo de tabaco y que son directamente atribuibles a la ausencia de nicotina de los receptores nicotínicos.

Los síntomas comienzan de 12-24 horas después de dejar de fumar, alcanzan la máxima intensidad entre el 2º y 3º

Tabla 1.1: Clasificación de tabaquismo en la clasificación de enfermedades, OMS (actualizado Octubre 2015).

Website for reference <http://www.icd10data.com>

Dependencia nicotínica F17	
Excluye (otros códigos específicos)	
<ul style="list-style-type: none"> • Historia de tabaquismo (Z87.891) • Consumo de Tabaco NOS (Z72.0) • Consumo de Tabaco durante el embarazo, parto y puerperio (O99.33-) • Efecto tóxico de la nicotina (T65.2-) 	
F17	Dependencia de la nicotina
F17.2	Dependencia de la nicotina
F17.20	Dependencia de la nicotina, inespecífica
F17.200	...sin complicaciones
F17.201	...en remisión
F17.203	...dependencia de la nicotina inespecífica, con abstinencia
F17.208	... con otros desórdenes inducidos por la nicotina
F17.209	... con otros desórdenes inespecíficos inducidos por la nicotina
F17.21	Dependencia de la nicotina, cigarros.
F17.210	...sin complicaciones
F17.211	...en remisión
F17.213	...dependencia de la nicotina
F17.218	... con otros desórdenes inducidos por la nicotina
F17.219	...con otros desórdenes inespecíficos inducidos por la nicotina
F17.22	Dependencia de la nicotina, masticar
F17.220	...sin complicaciones
F17.221	...en remisión
F17.223	...con abstinencia
F17.228	...con otros desórdenes inducidos por la nicotina
F17.229	...con otros desórdenes inespecíficos inducidos por la nicotina
F17.29	Dependencia de la nicotina , otro producto del Tabaco.
F17.290	...sin complicaciones
F17.291	...en remisión
F17.293	...con abstinencia
F17.298	...con otros desórdenes inducidos por la nicotina
F17.299	...con otros desórdenes inespecíficos.

día y duran unas 3 a 4 semanas de media, aunque algunos síntomas pueden durar más.

Sus síntomas incluyen¹²:

- craving (deseos intensos y urgentes de fumar)
- irritabilidad / agresividad / ira
- ansiedad
- inquietud
- cansancio
- aumento de apetito
- dificultad de concentración
- depresión
- dolor de cabeza
- despertares nocturnos
- mareo / vértigo

Estos síntomas varían dependiendo de la persona: en unas es más intenso que en otras. Todas estas manifestaciones son temporales, alcanzan su máximo en las primeras 24-72 horas y disminuyen en 3-4 semanas¹², aunque un 40% de los síntomas pueden durar más.

Los síntomas de abstinencia nicotínica representan la suma de todos los cambios inducidos por la cesación brusca del consumo de nicotina, que es particularmente dificultosa en las primeras 2-6 semanas y que debe ser acompañada por asistencia médica cualificada y apoyo psicológico. Por ello la mejor estrategia recomendada por todas las guías de tratamiento de la dependencia del tabaquismo es la combinación de tratamiento farmacológico con terapia psico-conductual¹³.

Determinación del estatus de fumador

Es aconsejable que todos los clínicos determinen el consumo actual y pasado de sus pacientes.

Las siguientes definiciones suelen usarse para clasificar el estatus de fumador:

- **No fumador** es una persona que como mucho ha fumado 100 cigarrillos en su vida (o 100 gramos de tabaco en el caso de pipas, puros u otros productos de tabaco).
- **Fumador diario** es una persona que ha fumado diariamente durante al menos tres meses

- **Fumador ocasional** es una persona que fuma, pero no diariamente
- **Ex-fumador** es una persona que ha estado sin fumar al menos los últimos seis meses

Algunas otras preguntas estándar útiles para determinar el estatus de fumador son:

1. ¿Ha fumado alguna vez cigarrillos o usado alguna otra forma de tabaco (como puros, pipas, etc.)?

Para fumadores diarios

2. ¿Cuántos cigarrillos (o pipas, puros, etc.) fuma al día?
3. ¿Hace cuántos años que fuma?
4. ¿Cuántos cigarrillos ha fumado en su vida: menos o más de 100?
5. ¿Fuma todos los días o sólo en días determinados o en situaciones concretas? ¿En qué situaciones?

Para ex-fumadores:

6. ¿Hace cuántos meses / años que dejó de fumar?

1.3 Fumar como una enfermedad crónica recidivante

1.3.1 Patrones de recaídas

La dependencia del tabaco –de la nicotina– es una condición crónica recidivante, que en la mayor parte de los casos se adquiere durante la adolescencia⁵. La dependencia del tabaco tiene muchas características de una enfermedad crónica en la que muchos fumadores persisten en el consumo durante años o décadas.

Se considera “recaída” a la vuelta a un consumo regular por parte de alguien que lo ha dejado. Recaída hace referencia típicamente a un periodo de varios días o más de fumar continuo tras haber estado abstinentes durante algún tiempo. “Fallos” o “recaídas” significa fumar durante al menos tres días tras haber estado al menos un día sin fumar.

Un consumo de tabaco que no da lugar a una vuelta al consumo regular se denomina “caída” o “desliz” (slip). Este puede ser el caso de personas que, tras dejarlo, fuman un cigarrillo al día durante tres días de una semana o varios cigarrillos un

solo día en la semana previa a su visita programada. Una caída puede ser un evento aislado que es seguido de una renovada abstinencia o puede ser un fuerte predictor de recaída.

Las recaídas son frecuentes en quienes han dejado de fumar. Ocurren más frecuentemente durante los primeros días del intento de cesación cuando los síntomas de abstinencia son más intensos. Más del 75% de los intentos de cesación realizados sin ayuda profesional acaban en recaídas en la primera semana, haciendo de este periodo un tiempo crítico¹². La figura 1.2 muestra las probabilidades de recaída tras un intento.

Una vez que los pacientes permanecen sin fumar durante dos o tres meses el riesgo de recaída es mucho menor, pero en ningún caso nulo. Incluso en quienes han conseguido estar periodos cortos o largos el riesgo de recaída permanece alto. Quienes permanecen al menos un año sin fumar tienen un 35% de probabilidad de recaer alguna vez en la vida (figura 1.3)¹⁴.

1.3.2 Tratamiento de la dependencia tabáquica tras la cesación

El tratamiento del tabaquismo puede requerir intervenciones terapéuticas mantenidas y repetidas, así como un seguimiento a largo plazo hasta que el paciente esté curado¹⁵.

Entender su naturaleza crónica implica un seguimiento a largo plazo y no simplemente intervenciones prestada en fases agudas.

Algunos tratamientos farmacológicos pueden por tanto requerirse tras la recaída, algunas veces alternando un fármaco con otro, así como educando a los pacientes y ofreciéndoles apoyo psico-conductual para evitar el riesgo de recaída. No se ha identificado hasta el momento ningún tratamiento efectivo para tratar las recaídas del paciente abstinentes. Haber dejado de fumar (ser simplemente ex-fumador) no garantiza que se haya dejado de ser dependiente. Entender su naturaleza crónica implica un seguimiento a largo plazo y no simplemente intervenciones prestada en fases agudas.

Muchos clínicos que son capaces de tratar a pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión arterial, EPOC, etc., se suelen sentir menos cómodos al tratar la dependencia del tabaco, porque ignoran el hecho de

Figura 1.2: Patrón de recaídas tras un intento de cesación sin ayuda profesional

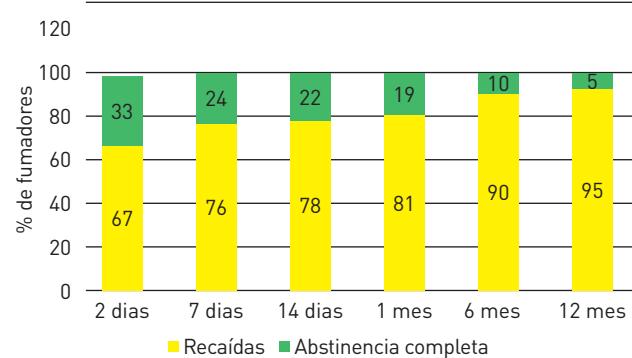
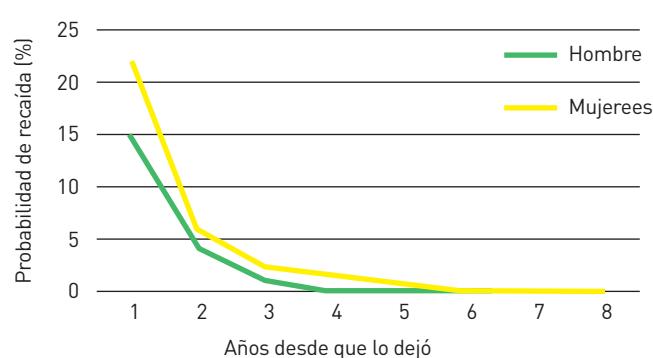


Figura 1.3: Probabilidad de recaída por año¹⁴



que la dependencia del tabaco es una enfermedad crónica. Recomendamos a todos los profesionales sanitarios que atienden pacientes fumadores que se aproximen al consumo de tabaco como un trastorno crónico recidivante y que lo definan en términos médicos de dependencia del tabaco.

1.4 La identificación sistemática de los fumadores es una obligación de la práctica médica

Para conseguir las mejores tasas de cesación, todas las personas que fuman deberían ser identificadas en

cualquier contacto médico, sea o no la consulta motivada por una enfermedad relacionada con el tabaco. Las mejores oportunidades para este objetivo son las visitas médicas ocasionales o pautadas anuales. La mayoría de las personas visitan a su médico de familia o de cabecera al menos una vez al año, y ocasional o regularmente al dentista o a otro profesional sanitario por diversas razones, relacionadas con la salud o no. Todos los profesionales de la medicina independientemente de cuál sea su especialidad, deberían emplear estas ocasiones para identificar a las personas fumadoras y ofrecerles ayuda.

La evaluación del consumo de tabaco es un acto obligatorio y debería ser considerada como una intervención de rutina.

El estatus de fumador y el consumo de tabaco, tal y como se recomienda en esta guía, debería ser registrado en las historias clínicas de los pacientes: en los partes de ingreso, alta y derivación, en los informes de laboratorio, etc. Esta recomendación se basa en un metaanálisis de nueve estudios controlados sobre el impacto real cribado del consumo de tabaco en las tasas de cesación¹³. También en una encuesta publicada en 2009, en la que McCullough y cols. mostraron que el número de pacientes que solicitaban ayuda para la cesación tabáquica era mayor cuando los médicos preguntaban sistemáticamente acerca del consumo de tabaco y elaborar un plan de cesación¹⁶.

1.5 Evaluación/ diagnóstico del consumo y la dependencia tabáquica

El diagnóstico de los fumadores consiste en un proceso en el que se analizan la exposición al tabaco, la dependencia, el perfil psico-conductual y las consecuencias del consumo.

1.5.1. Diagnóstico clínico del consumo y dependencia del tabaco

El diagnóstico clínico se basa en:

Estatus de fumador

Estatus de fumador: no fumador, fumador ocasional, fumador diario, ex-fumador.

Tipo de producto de tabaco usado

El tipo de tabaco usado da un nivel de adicción, ya que la dependencia de nicotina es más severa en quienes consumen cigarrillos frente a quienes consumen puros, pipas, pipas de agua, cigarrillos electrónicos o tabaco oral.

El consumo de tabaco

El consumo de tabaco puede ser definido como:

- número de cigarrillos diarios fumados
- número de paquetes/año, que se calcula multiplicando el número de paquetes de cigarrillos fumados diariamente por el número de años que esa persona lleva fumando (por ejemplo, si una persona fuma 15 cigarrillos al día durante 15 años, esto equivale a 15x 15/20= 11 '2 paquetes año).

Determinación de la dependencia del tabaco

La dependencia del tabaco puede ser diagnosticada de acuerdo a la definición de la OMS. La dependencia del tabaco se define por la presencia en algún momento del año previo de al menos tres de los seis criterios siguientes¹⁸:

- fuerte deseo de fumar
- dificultad en controlar la cantidad fumada
- presencia de síntomas de abstinencia al reducir o eliminar el consumo de tabaco
- consumo continuado pese a la presencia de efectos adversos
- dar prioridad al fumar frente a otras conductas
- alta tolerancia

En la rutina diaria, la dependencia se determina habitualmente usando el test de Fagerström (Tabla 1.2), que aporta no sólo un sí o no, sino que cataloga a los fumadores en como con baja, media o alta dependencia¹⁹. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la dependencia nicotínica de la persona. El nivel de dependencia nicotínica para orientar el diseño del tratamiento de los pacientes. Es un instrumento sencillo, de validez contrastada; consta de 6 ítems, con una puntuación máxima de 10.

Las preguntas claves son la 1 y la 4: el número de cigarrillos diarios y el tiempo que transcurre hasta que se fuma el

Tabla 1.2: Test de dependencia nicotínica de Fagerström (FTND)¹⁹

1. ¿Cuándo fuma el primer cigarrillo después de levantarte?
Menos de 5 minutos (3)
6-30 minutos (2)
31-60 minutos (1)
Mas de 60 minutos (0)
2. ¿Le resulta difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido (por ejemplo , iglesia, cine, tren, restaurant, etc.)?
Sí (1)
No (0)
3 ¿Qué cigarro es el que más le costaría dejar?
El primer cigarro por la mañana (1)
El resto (0)
4. ¿Cuántos cigarros/día fuma?
10 o menos (0)
11-20 (1)
21-30 (2)
31 o más (3)
5. ¿ Fuma más en las primera horas después de levantarte o en el resto del día?
Sí (1)
No (0)
6. ¿Fuma si está tan enfermos que está inmovilizado en la cama la mayor parte del día?
Sí (1)
No (0)

El paciente puede rellenar el cuestionario directamente. El rango de puntuación es entre 0 y 10. Esto permite precisar la evaluación de la dependencia nicotínica, lo que permite elaborar el tratamiento.

Puntuación 0-3: Dependencia baja o nula
 Puntuación 4-6: Dependencia media
 Puntuación 7-10: dependencia alta

primer cigarrillo. Estas preguntas pueden ser formuladas directamente por el profesional sanitario y constituyen la versión corta del test cuya puntuación va de 0 a 6, con la misma puntuación como la versión de 10 preguntas de FTND¹⁹.

Aunque presenta limitaciones, el Fagerström es un test que mide dependencia, tiene un cierto valor predictivo cara a la cesación: **no mide “dependencia física”**, como en ocasiones se transmite. Los resultados deberían expresarse “dependencia alta (o media, o baja), según el FTND”. Pese a su amplio uso en algunos países para determinar el tipo y la intensidad de tratamiento, no hay ninguna evidencia científica de que las puntuaciones en el FTND deban condicionar el tratamiento. Es esto lo que indican las revisiones Cochrane, la Guía Americana y otras guías basadas en la evidencia.

En unidades especializadas en el tratamiento del tabaquismo se emplean opcionalmente otras herramientas para determinar el perfil de dependencia, como el NDSS (*Nicotine dependence Syndrome Scale*)¹⁹ o el WISDM (*Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives*)²⁰.

1.5.2 Análisis de los intentos previos de cesación

Se ha demostrado que la experiencia pasada con el hábito de dejar de fumar es muy predictiva de futuros intentos de dejar de fumar y se puede utilizar para guiar el tratamiento futuro²¹. Se recomienda que el clínico determine:

- el número de intentos previos
- el periodo más prolongado de abstinencia
- los tratamientos empleados en los intentos previos
- los síntomas de abstinencia experimentados
- los factores de riesgo de recaídas
- los aspectos positivos experimentados con la abstinencia

Estos aspectos son importantes para anticipar factores de riesgo, así como la adherencia al tratamiento y la capacidad del paciente de sobrellevar la abstinencia.

1.5.3 Motivación para la cesación

Se recomienda valorar la motivación para la cesación de un fumador. Todos los profesionales sanitarios deberían valorar la motivación de sus pacientes. Existen diversos métodos que

pueden ser empleados para valorar la motivación para dejar de fumar.

La motivación puede ser analizada a través de preguntas directas como:

- ¿Desea dejar de fumar (ahora)?
- Si decide dejar de fumar, ¿qué probabilidades cree que tiene de conseguirlo?
- ¿Cuáles son las razones por las que quiere dejar de fumar?
- ¿Cómo de importante es para usted dejar de fumar?

De acuerdo al muy conocido modelo transteorético del cambio (TTM) de Prochaska y Di Clemente el proceso psicológico de la cesación tabáquica atraviesa cinco fases (figura 1.4)²³:

- **Precontemplación:** el paciente está completamente satisfecho con su conducta de fumar y no percibe ninguna necesidad de un cambio.
- **Contemplación:** El paciente percibe la necesidad de un cambio, pero no se siente con la fuerza suficiente para actuar o realizar un plan de acción

Figura 1.4: Fases del cambio de la cesación tabáquica de acuerdo al modelo de Prochaska²³



Source: Di Clemente C.C., et al. J Consult Clin Psychol, 1991; 59: 295-304

- **Preparación:** El paciente ha decidido intentar cambiar su conducta y está preparado para cambiarla en un futuro próximo
- **Acción:** El paciente comienza su intento de cesación
- **Mantenimiento:** Abstinencia de 6 o más meses

El estadio del cambio suele determinarse con la pregunta: ¿cuáles son ahora sus percepciones sobre dejar de fumar? Las opciones de respuesta incluyen: a) me gustaría dejarlo en los próximos 30 días; b) me gustaría dejarlo en los próximos 6 meses; c) no planeo dejarlo en los próximos 6 meses.

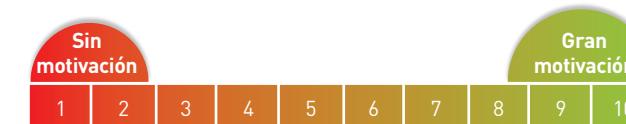
Es importante hacer notar que no todas las personas pasan por los estadios del cambio de una manera lineal; más bien, se mueven hacia atrás y hacia delante en función de la motivación, disposición y otros factores que influyen en el cambio.

Escalas simples, en las que el clínico pregunta al paciente que valore su motivación para dejar de fumar en una escala del 0 al 10, pueden ser también útiles en la práctica clínica (Figura 1.5).

Existen también otros instrumentos para medir la motivación como la MTSS (*Motivation to Stop Smoking Scale*)²³.

Independientemente de la motivación o disposición a dejarlo del paciente, un médico debería iniciar el tratamiento de cesación a todos los pacientes que refieren consumir tabaco. En el caso de los pacientes con comorbilidades y de los pacientes con dependencia del tabaco los profesionales sanitarios deben comunicar al paciente el riesgo de continuar con el consumo de tabaco y la necesidad de dejarlo inmediatamente. Como en todas las decisiones médicas, el paciente es libre de rehusar el tratamiento, pero el profesional sanitario tiene que proponer el tratamiento con la misma convicción con la que propone para otros trastornos como la diabetes o la hipertensión.

Figura 1.5: Escala de motivación fácil de usar



1.5.4 Historia clínica del paciente

La historia clínica del paciente es relevante para la elección de una opción terapéutica, en relación a las posibles interacciones o incompatibilidades derivadas de alguna patología concurrente. La presencia de eventos cardiovasculares agudos, enfermedad renal, una historia de convulsiones o de trastornos adictivos etc. exigen precaución a la hora de prescribir algunos tratamientos farmacológicos; de ahí la necesidad de registrarlos en las historias de las personas fumadoras.

1.5.5 Embarazo / Lactancia / Anticoncepción

En las mujeres es también muy importante valorar su estado fisiológico (embarazo, lactancia, métodos anticonceptivos, etc.) para organizar la cesación tabáquica de manera efectiva. El embarazo se asocia con un aumento significativo de la metabolización de la nicotina²⁴.

1.5.6 Historia clínica de ansiedad y depresión

1.5.6.1 Cribado inicial

Depresión y ansiedad son dos condiciones frecuentemente encontradas en quienes son grandes fumadores. La presencia de estos síndromes muy frecuentemente genera alerta sobre los efectos secundarios de la medicación. Como herramienta para un cribado rápido de la depresión se recomiendan dos preguntas:

- ¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperado en el último mes?
- ¿Ha tenido en el último mes la sensación de que hacía las cosas sin placer o interés alguno?

Una respuesta positiva a ambas preguntas puede ser interpretada como un signo claro de depresión.

Otra manera rápida de cuantificar la depresión puede ser formular simplemente la siguiente pregunta:

- ¿Se ha sentido triste la mayoría de los días en las dos últimas semanas?

Si la respuesta es afirmativa, es otra indicación muy sugerente de que el paciente esté padeciendo un episodio depresivo.

Todas las personas que respondan afirmativamente a esta

cuestión deberían ser interrogados acerca de la idea suicida, por ejemplo, preguntando:

- ¿Ha pensado en la muerte o incluso en quitarse la vida?²⁵

1.5.6.2 Determinación clínica de la ansiedad y depresión

Diversos cuestionarios validados pueden ser utilizados en la práctica clínica para elaborar el diagnóstico de depresión y ansiedad y determinar su severidad:

- La escala de Ansiedad y Depresión²⁶,
- La Subescala de Depresión de Hamilton²⁷,
- El Cuestionario de Salud de los Pacientes (PHQ)²⁸, y
- La escala de Depresión de Beck-II²⁹.

1.5.7 Diagnóstico de laboratorio de la dependencia tabáquica

El estatus de fumador definido por criterios clínicos puede ser también evaluado por pruebas bioquímicas de laboratorio de la exposición al humo de tabaco, tales como la concentración de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado o los niveles de cotinina (un metabolito de la nicotina).

La validación bioquímica es empleada habitualmente en investigación para confirmar las tasas de abstinencia auto-referidas y como tal no es estrictamente necesaria como práctica estándar en los ambientes clínicos.

Monóxido de carbono (CO)

El CO en la respiración es el biomarcador más fácil de monitorizar; en ausencia de Co ambiental, es una medida muy aceptable del consumo de tabaco. El CO respiratorio se mide fácilmente pidiendo a la persona que exhale en un cooxímetro, aparatos manuales comercialmente disponibles que analizan el nivel del CO (figura 1.6). El CO es medido en partes por millón (ppm), medida que puede ser convertida en el equivalente de carboxihemoglobina presente en sangre.

La vida media del CO es de unas 2-6 horas. Los niveles de CO en aire espirado de una persona fumadora suelen ser de unos 10-20 ppm (equivalentes a 2-5% de carboxihemoglobina). Aunque está sujeta a una gran variabilidad individual, existe una relación directa entre el número de cigarrillos diarios

fumados y los valores de CO obtenidos. El esfuerzo físico también influye en el nivel de CO³⁰.

Los valores de CO vuelven a valores normales 24 horas después del último cigarrillo. En una persona no fumadora la concentración de CO en aire exhalado no debería superar las 4 ppm, aunque la exposición a humo ambiental de tabaco aumenta estos niveles. Por ello, el valor de corte recomendado para distinguir una persona fumadora de una no fumadora es de 9 ppm³¹: una lectura de 10 o más ppm significa que la persona fuma. Sin embargo, puntos de corte de 2 o 5 ppm dan lugar a un mayor nivel de precisión sobre si la persona ha estado abstinentemente durante 24 horas o no^{32,33}.

Dado que las concentraciones matutinas de CO (tras el periodo nocturno de derivación) suelen ser menores que las encontradas por la tarde, se recomienda medir el Co por la tarde, que es cuando es un biomarcador más representativo. Los fumadores con EPOC mayor concentraciones de CO que la población general³⁴, algo que se explica por una mayor producción de CO por los procesos inflamatorios crónicos asociados a su proceso o porque simplemente fuman más.

Utilidad clínica de la monitorización de CO

La medición del CO ha sido empleada como una herramienta para aumentar la motivación por la cesación del paciente³⁵. La

Figure 1.6: Diversos cooxímetros (aparatos medidores de monóxido de carbono)



rápida conversión del CO a niveles normales puede alentar a la persona fumadora a seguir abstinentemente, algo que se refuerza en cada visita de seguimiento, lo cual apoya el intento de cesación. Aunque no hay evidencia de que la monitorización del CO mejore los resultados de la intervención estándar³⁶, su posible valor motivacional hace que se recomiende su uso en todo centro especializado en tratamiento del tabaquismo, pudiendo ser también una buena práctica en los centros de Atención Primaria.

Cotinina

La cotinina es el principal metabolito de la nicotina y es biomarcador de la exposición al humo del tabaco. Al monitorizar la concentración corporal de cotinina, se determina la exposición de una persona al humo de tabaco. Puede ser medida en sangre, saliva, orina y pelo.

Al tener la nicotina una vida media de dos horas, sus concentraciones varían según cuándo se ha fumado el último cigarrillo³⁰. Por el contrario, la cotinina, por tener una vida media de 15-20 horas presenta unos niveles más estables, pudiendo ser también utilizada para ver la abstinencia de las últimas 24-48 horas³⁰. En las personas que fuman regularmente las concentraciones plasmáticas de cotinina están alrededor de los 200 mg/ml, aunque pueden llegar a los 1000 mg/ml en grandes fumadores³¹. Dado que la metabolización de la nicotina está influida por factores genéticos³⁶, existe una gran variabilidad individual en la relación entre consumo diario de cigarrillos y niveles de cotinina³⁰.

Para determinar si una persona es fumadora o no suele establecerse un punto de corte de 15 mg/ml en saliva y de 50 mg/ml en orina^{30,31,37}.

No se recomienda la medición de cotinina cuando un paciente está recibiendo terapia sustitutiva con nicotina. En esos casos la monitorización del CO es el sistema preferido de validación³¹.

No se ha encontrado que el uso de niveles de cotinina sea más sensible que la monitorización de los síntomas clínicos para adaptar las dosis terapéuticas de los fármacos para la cesación³⁸.

Referencias bibliográficas

1. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. . 2012;ISBN: 978 92 4 156443 4.
2. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
4. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA. ISBN: 9780521673761.
5. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990, 9:701-716.
6. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. Drug use and abuse, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
7. Picciotto M. Molecular biology and knockouts of nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27-28 July, 1998.
8. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27-28 July, 1998.
9. Benowitz NL. Cardiovascular toxicity of nicotine: pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations. In: Benowitz NL, ed. Nicotine safety and toxicity. New York, NY, Oxford University Press, 1998, 19-28.
10. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. *British Medical Journal*, 2004, 328:277-279.
11. International Classification of Diseases (ICD-10). <http://www.icd10data.com/>
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992;11:331-4.
13. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
14. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
15. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/ nicotine dependence according to ICD10, DSMIII-R, and DSMIV. *Addictive Behaviors*. 1999;24:155-166.
16. McCullough A., Fisher, Goldstein AO, Kramer K, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counselling. *J Am Board Fam Med* 2009;22(6):625-632.
17. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
18. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159-182.
19. Shiffman S., Waters A., Hickcox A., The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence, *Nicotine Tob.Res.* 2004;6(2),:327-48.
20. Piper M.E., Piasecki T.M., Federman E.B., Bolt D.M., Smith S.S., Fiore M.C., Baker T.B. A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(2):139-154.
21. Walker MS et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2006; 15:2370-2377.
22. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 1992;47:1102-1114.
23. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2013;128(2):15-19.
24. Dempsey D, Jacob P III, Benowitz NL. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2002;301:594-598.
25. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-1756.
26. Hospital Anxiety and Depression Scale. <http://www.gl-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-0>
27. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. *Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation.* Monaldi Arch Chest Dis 2006;66:255-263.
28. The Patient Health Questionnaire. <http://www.patient.co.uk/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>
29. The Beck Depression Inventory - II. [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\)/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\).aspx](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II(BDI-II)/BeckDepressionInventory-II(BDI-II).aspx)
30. Benowitz NL. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res.* 2002;4:149-159.
31. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299-303.
32. Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction* 2005;100:159-167.
33. Marrone GF, Shakleya DM, Scheidweiler KB, Singleton EG, Huestis MA, Heishman SJ. Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. *Addiction*. 2011;106(7):1325-34.
34. Montuschi P1, Kharitonov SA, Barnes PJ. Exhaled carbon monoxide and nitric oxide in COPD. *Chest*. 2001;120(2):496-501.
35. Bize R1, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD004705. doi: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.
36. Ho M.K., Tyndale R.F. Overview of the pharmacogenomics of cigarette smoking *The Pharmacogenomics Journal* 2007;7:81-98.
37. Jarvis, M. J., Primatesta, P., Erens, B., Feyerabend, C. & Bryant, A. Measuring nicotine intake in population surveys: comparability of saliva cotinine and plasma cotinine estimates. *Nicotine and Tobacco Research*, 2003;5:349-355.
38. Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Rodon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial - a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction*. 2011;106(4):833-43.

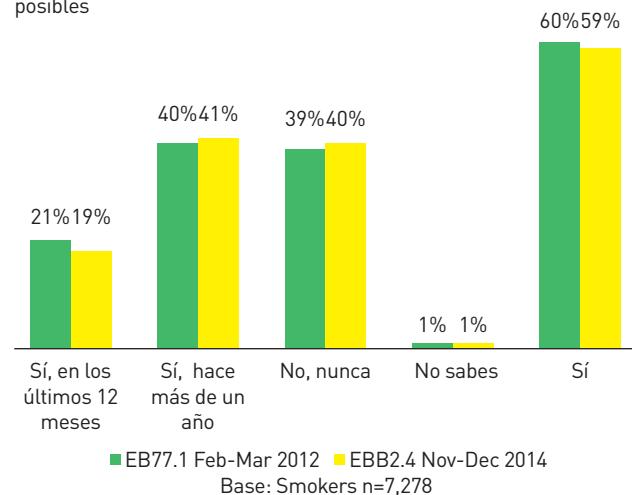
PRIMERA PARTE | Capítulo 2

Recomendaciones generales para el abordaje
y tratamiento del consumo y dependencia del
tabaco



2.0 Recomendaciones generales para el abordaje y tratamiento del consumo y dependencia del tabacodependence

QC17. ¿Alguna vez has intentado dejar de fumar? Múltiples respuestas posibles



"En los últimos 12 meses en la UE, casi uno de cada 5 fumadores (19%) ha intentado dejar de fumar, mientras que otro 41% lo había intentado previamente. En total, el 59% de los fumadores de la UE ha intentado dejarlo" Eurobarometer 2015

En este capítulo se presentan de manera resumida las recomendaciones generales para el abordaje clínico y el tratamiento del consumo y de la dependencia del tabaco.

2.1 Consumo de tabaco

El consumo de tabaco se debe fundamentalmente a la dependencia del tabaco, un trastorno crónico adquirido frecuentemente durante la adolescencia. Incluso aunque no exista dependencia, todo consumo de tabaco (sea fumado o masticado) debe ser abordado por los profesionales sanitarios como un factor de riesgo para la salud. Pocos adultos fuman sin presentar dependencia, simplemente como una conducta^{1,2}.

Los profesionales sanitarios deben advertir a estas personas de los riesgos que corren y aconsejarles la cesación, ofreciéndoles apoyo mediante tratamientos basados en la evidencia.

Los profesionales sanitarios deben ser proactivos en relación al consumo de tabaco con los adolescentes a fin de prevenir el inicio y apoyar la cesación en quienes ya lo consumen. Los adolescentes que fuman, pero que aún no son dependientes, deberían ser un objetivo de nuestra intervención, ya que el consumo durante la adolescencia aumenta la probabilidad de ser fumador de adulto.

2.2 Dependencia del tabaco

En la mayoría de los fumadores adultos el deseo de fumar es originado por una enfermedad adquirida durante la adolescencia: dependencia del tabaco, una enfermedad para la que no hay una cura completa. Aún así, el consumo de tabaco puede ser detenido durante un breve periodo de tiempo, o de por vida, consiguiéndose grandes beneficios para la salud³.

Al igual que con otras enfermedades crónicas, los profesionales sanitarios deberían desarrollar un plan de tratamiento de apoyo a la cesación. El paciente puede rehusar el tratamiento, pero los profesionales de la salud deben intentar ayudar al paciente de la misma manera que tratamos la diabetes, la hipertensión u otras enfermedades crónicas, los sanitarios tenemos que tratar la dependencia tabáquica una vez diagnosticada. El tratamiento del tabaquismo ha sido estudiado en profundidad y en la actualidad existen herramientas útiles para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

2.3 La cesación tabáquica

Los componentes claves para la cesación tabáquica es una

combinación de educación terapéutica, apoyo conductual y la farmacoterapia^{2,6}.

Factores como la preparación del paciente, su motivación, dependencia nicotínica, edad, comorbilidad y otros factores personales influyen en las probabilidades de conseguir la cesación².

2.3.1 Educación terapéutica

- Explicar la enfermedad de la dependencia del tabaco.
- Explicar las razones por las que se enciende un cigarrillo.
- Explicar las consecuencias del consumo de tabaco sobre la salud.
- Explicar los beneficios de la cesación.
- Explicar el tratamiento de cesación.
- Explicar el manejo de la dependencia crónica del tabaco para prevenir recaídas.
- Presentar las herramientas localmente disponibles al respecto.

2.3.2 Apoyo conductual

- Tratar de identificar las causas por las que se fuma y los estímulos asociados.
- Aumentar la motivación por el cese e intentar disminuir los miedos asociados a la cesación o pasar a ser no fumador.
- Tratar de identificar el valor instrumental o funcionalidad de la conducta.

2.3.3 Fármacos

- La terapia sustitutiva con nicotina (TSN) está disponible en forma de parches, en formas orales (chicles, comprimidos para chupar, tabletas sublinguales, inhaladores) y en algunos países como spray nasal.
- Vareniclina es un agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ que ha mostrado ser más eficaz que los otros fármacos empleados aisladamente. La vareniclina y la combinación de dosis altas de TSN son igualmente efectivas⁶.
- Bupropión es un fármaco originalmente utilizado para el tratamiento de la depresión que ha mostrado ser efectivo

para la cesación tabáquica^{2,6}. Puede ser combinado con TSN.

- Nortriptilina (un antidepresivo tricíclico) y citisina (un agonista parcial nicotínico) tratamientos de segunda línea disponibles en algunos países y que han demostrado ser efectivos^{2,6}. Suelen ser más baratas.

2.3.4 Cesación tabáquica

El objetivo inicial es la cesación tabáquica.

- Un ex-fumador es alguien que voluntariamente no ha fumado un solo cigarrillo.
- La abstinencia debe ser monitorizada en lo posible mediante el análisis de CO en aire espirado.
- La dosis máxima recomendada de Co en aire espirado para validar la abstinencia es de 7 ppm.

Para la práctica clínica, recomendamos que la abstinencia sea confirmada 6 semanas después de la cesación con un periodo de gracia de dos semanas. De este modo, la abstinencia se establece cuando una persona refiere no haber fumado (o usado) tabaco y esto es confirmado por una lectura menor de 7 ppm por el cooxímetro. Se aconseja también una valoración rutinaria de la abstinencia a los seis meses.

2.4 Tratamiento del tabaquismo tras la cesación

La dependencia del tabaco es un trastorno crónico con un alto riesgo de recaída tras la cesación. La mitad de los fumadores que intentan dejar de fumar recaen en el primer año⁷. La tasa de recaídas es más alta en las primeras semanas de la cesación, por lo que en la práctica clínica –para confirmar la abstinencia y cubrir el periodo de mayor riesgo de recaída– el seguimiento es recomendado durante 6 meses y preferiblemente 12 meses. Incluso después de muchos años de abstinencia.⁸ Se necesitan aún estudios para determinar quiénes presentan un mayor riesgo de recaídas.

El *craving* es importante factor de riesgo de recaída. Todos los síntomas del síndrome de abstinencia, incluido el *craving*,

deben ser evaluados en cada sesión o visita concertada con el fumador. Los *cravings* / síntomas de abstinencia incontrolados deberían ser tratados con mayor asesoramiento (*counselling*) y/o optimización de la farmacoterapia. Las formulaciones agudas de TSN en combinación con los tratamientos estándar pueden ser empleadas para tratar los *cravings*, pero se necesitan nuevas evaluaciones y nuevos tratamientos. En cualquier caso, la evidencia muestra que es muy probable que las intervenciones de prevención de recaídas sean altamente coste-efectivas⁹.

2.5 Prevención de recaídas

La recaída tras la cesación es definida como fumar 7 o más cigarrillos durante siete días seguidos o en dos semanas seguidas. Fumar menos se define como caída o desliz (Para detalles más específicos (ver 1.3.1).

Tras la cesación, el tratamiento debe ser ajustado de acuerdo al nivel de *craving* y al riesgo de recaída. Se necesitan estudios de herramientas de valoración y de tratamiento para esto. Un alto grado de *craving* podría ser un factor importante para predecir el riesgo de recaída.

Cuando existen consumos puntuales (caídas o deslices) pueden prevenirse o tratar las recaídas:

- aumentando en número, tiempo y formato de sesiones de CBT mantiene la eficacia del tratamiento;
- usando parches de nicotina durante más de 14 semanas junto con formas de liberación rápida;
- alargando el empleo de vareniclina de 12 a 24 semanas;
- alargando el empleo de bupropión;
- combinando medicaciones.

El tratamiento de la dependencia del tabaco crónica tras la cesación en ex-fumadores ha sido evaluado ampliamente y sigue siendo un reto¹⁰. No existe una herramienta validada que permita identificar a los ex-fumadores con alto riesgo de recaída y, salvo el alargamiento del tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo-conductual, tampoco se han propuesto tratamientos validados para las situaciones de alto riesgo¹⁰.

Se necesitan nuevos estudios que aborden nuevas estrategias para tratar la adicción al tabaco en ex-fumadores y prevenir las recaídas.

Una dependencia es un trastorno de la conducta que se caracteriza porque está disminuido el control sobre el consumo de una determinada sustancia. Su tratamiento implica modificar una conducta. La experiencia muestra que a largo plazo se obtienen mejores resultados cuando, más que controlar el consumo directamente, se intenta que la persona consumidora adquiera el control sobre las situaciones y decisiones que, consciente o automáticamente, conducen al consumo. La **recaída** es la vuelta al patrón habitual de consumo de la sustancia después de un período de abstinencia. Supone el restablecimiento de la conducta adictiva, pensamientos y sentimientos asociados y el retorno al estilo de vida anterior a la abstinencia. Se debe distinguir el *consumo aislado o puntual* (también llamado *desliz* o a veces *caída*) de la recaída propiamente dicha.

Los programas de **prevención de recaídas** tratan de mantener a largo plazo el cambio de conducta conseguido, ofreciendo estrategias específicas para fomentar la abstinencia continuada.

Referencias bibliográficas

1. National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Is Nicotine Addictive?. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2012.
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
3. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990;9:701-716.
4. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27-28 July, 1998.
5. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. 2012; ISBN: 978 92 4 156443 4.
6. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.

pub2.

7. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol.* 1992;11:331-4.
8. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
9. Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation. *Addiction* 2011;106:1819-1826.
10. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.

PRIMERA PARTE | Capítulo 3

Consejo breve de cesación tabáquica

“Captar a un fumador empieza con una simple pregunta: ¿Fuma usted actualmente?”



3.0 Consejo breve de cesación tabáquica

Todos los profesionales sanitarios tiene la obligación de al menos dar un consejo breve de cesación tabáquica a todos sus pacientes fumadores. No abordar la cuestión del consumo de tabaco con un paciente fumador es una mala práctica.

3.1 Recomendaciones generales

El consejo de cesación tabáquica, claro pero breve, impartido por cualquier personal sanitario, aumenta significativamente la motivación del paciente por la cesación y las tasas de abstinencia tabáquica^{1,2}. El análisis de la duración del tiempo de contacto entre médico y paciente con este fin muestra que intervenciones breves (3-5 minutos) ofrecidas por diversos profesionales sanitarios incrementan las tasas de cesación a largo plazo^{1,2}. Hay cierta evidencia de que ofrecer ayuda para la cesación a todos los pacientes, independientemente de su motivación por el cambio, es más efectiva para aumentar los intentos de cesación que el mero consejo por motivos de salud².

El consejo breve (en ocasiones, denominado consejo o intervención mínima) puede tener un impacto sustancial en la salud pública dado el gran número de personas fumadoras que acuden a las consultas médicas todos los años. Todos los profesionales de la salud (atención primaria, atención hospitalaria, medicina del trabajo, enfermería, obstetricia, salud dental, etc.) deberían ofrecer consejo breve a toda persona que consuma tabaco³.

Recomendaciones:

- Todo personal sanitario debería recomendar la cesación tabáquica a todo tipo de consumidores de productos de tabaco. La evidencia científica indica que el consejo de un médico incrementa significativamente el número de intentos de cesación y las tasas de abstinencia que se obtienen (nivel de evidencia A)^{1,2}.
- La eficacia del consejo breve (3-5 minutos) impartido

por un médico u otro profesional sanitario da lugar a un incremento de las tasas de abstinencia a largo plazo (nivel de evidencia A).

- El ofrecimiento de ayuda para la cesación a todas las personas fumadoras es una práctica recomendada (nivel de evidencia B)².

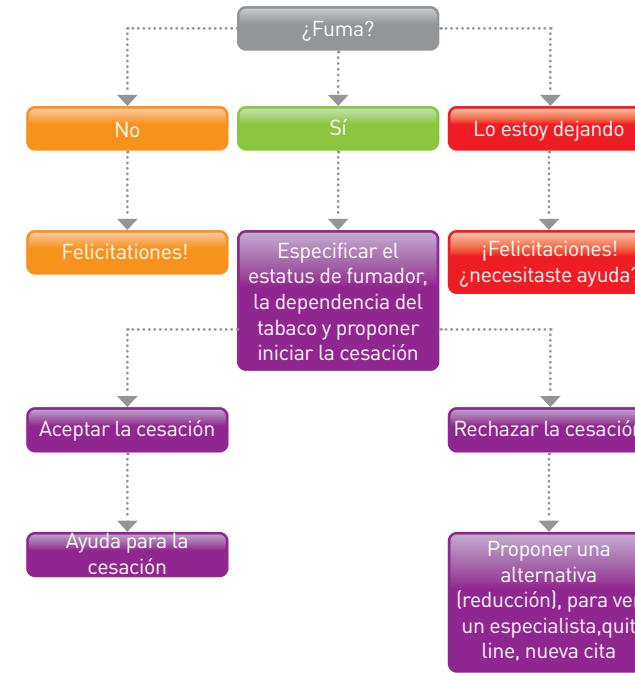
3.2 Plan de intervención para profesionales sanitarios que atienden personas fumadoras

- Evaluar el estatus de fumador de cada paciente en cada visita.
- Ayudar a todos los fumadores que desean dejar de fumar.
- Dar asesoramiento especializado a todas aquellas personas que desean dejar de fumar.
- Cuando y donde sea posible, derivar a los fumadores a un servicio especializado de tratamiento del tabaquismo.
- Recomendar a todos los fumadores dependientes que desean dejar de fumar el uso de TSN o prescribirles medicación y ofrecerles información específica y consejo sobre terapia y asesoramiento.

3.3 Recomendaciones para médicos generales

- Todos los médicos generales o de familia deben aconsejar sistemáticamente a sus pacientes fumadores la cesación, ofrecerles ayuda para la misma y recomendar el uso de las medicaciones disponibles para las cesación. Se recomienda anotar la conducta del paciente en sus registros médicos y, caso que sea necesario, derivarlos para asesoramiento y terapia especializados (nivel de evidencia A).
- Todo el personal de Atención Primaria (tanto médico como de enfermería) deberían ser entrenados en cómo realizar

Figura 3.1: Intervención breve en la práctica clínica



intervenciones breves de cesación tabáquica, y estar preparados para ayudar a los pacientes en un intento de cesación y para recomendar el tratamiento apropiado (nivel de evidencia A).

- Las personas fumadoras que no pueden dejar de fumar tras intervenciones simples (sin ayuda profesional, sólo con consejo breve o sólo con medicación) deberían recibir tratamiento especializado como segundo nivel de tratamiento. Esta estrategia no se aplica unánimemente en la práctica actual, pero un programa de asesoramiento de cesación tabáquica debería iniciarse como parte de la atención primaria y debería continuarse con intervenciones de segunda línea en un centro especializado (nivel de evidencia C).
- El consejo breve proporciona a los fumadores una

motivación pre-cesación cuando no existe ninguna previa y se ha demostrado que aumenta las tasas de cesación^{1,2}. Muchas personas fumadoras no pueden conseguir la cesación sin ayuda profesional. La mayor parte de los grandes fumadores, que son los que presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco, son los que más necesitan terapia cualificada.

3.4 Recomendaciones para pacientes hospitalizados

Las intervenciones con fumadores durante sus estancias hospitalarias se han mostrado efectivas para apoyar la cesación, en particular con los pacientes con enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, pero también con otros pacientes⁴.

- Se recomienda que todo el personal médico debería evaluar el estatus de fumador y dar consejo breve de cesación a todas las personas hospitalizadas fumadoras (nivel de evidencia A).
- Los pacientes deberían ser informados acerca de la categoría de hospital libre de humo de tabaco (nivel de evidencia C).
- Para los pacientes hospitalizados se recomienda que deberían ser ayudados para el control del *craving* y los síntomas de abstinencia mientras permanezcan hospitalizados, así como ayudados en la cesación por personal médico cualificado (nivel de evidencia A).
- Las intervenciones intensivas que ofrecen al menos un mes de contacto después del alta hospitalaria son las más efectivas en aumentar las tasas de abstinencia (nivel de evidencia A).

3.5 Recomendaciones para embarazadas

- Se recomienda que todos los profesionales sanitarios que traten con embarazadas (ginecólogos, matronas, enfermería, médicos generales) debería evaluar el

estatus de fumadora y dar consejo breve de cesación a todas embarazadas que fumen (nivel de evidencia A).

- La embarazada debería dejar de fumar cuanto antes y mantenerse así a lo largo del embarazo. Esto es especialmente relevante a partir del primer trimestre, ya que los efectos adversos más graves del fumar ocurren durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (nivel de evidencia C).

3.6 > Recomendaciones para personas con indicación de cirugía

El consumo de tabaco duplica el riesgo de complicaciones en la cicatrización de las heridas y del hueso, infección y otras complicaciones^{6,7}. Se ha demostrado que dejar de fumar antes de una operación quirúrgica y mantener la abstinencia durante seis semanas reduce a la mitad el riesgo de complicaciones^{6,8}.

- Se recomienda que todos los pacientes dejen de fumar 6 u 8 semanas antes de la cirugía para reducir el riesgo de complicaciones (nivel de evidencia A).
- Es esencial informar a todos los pacientes de la necesidad de dejar de fumar hasta que termine el proceso de cicatrización (tres semanas para cirugía menor y tres meses para cirugía ortopédica) con el fin de controlar otros riesgos (nivel de evidencia A)^{6,8}.

Referencias bibliográficas

1. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.:CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
2. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066-73.
3. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.pub3.
4. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.

CD001837.pub3.

5. Office on Smoking and Health. USDHHS. Women and Smoking. A report of the Surgeon General. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Atlanta. 2001.
6. Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4.
7. Silverstein P. Smoking and wound healing. *American Journal of Medicine* 1992;93(1A):22S-24S.
8. Nåsell H, Adami J, Samnegård E, Tønnesen H, Ponzer S. Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: a randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am*. 2010;92(6):1335-42.

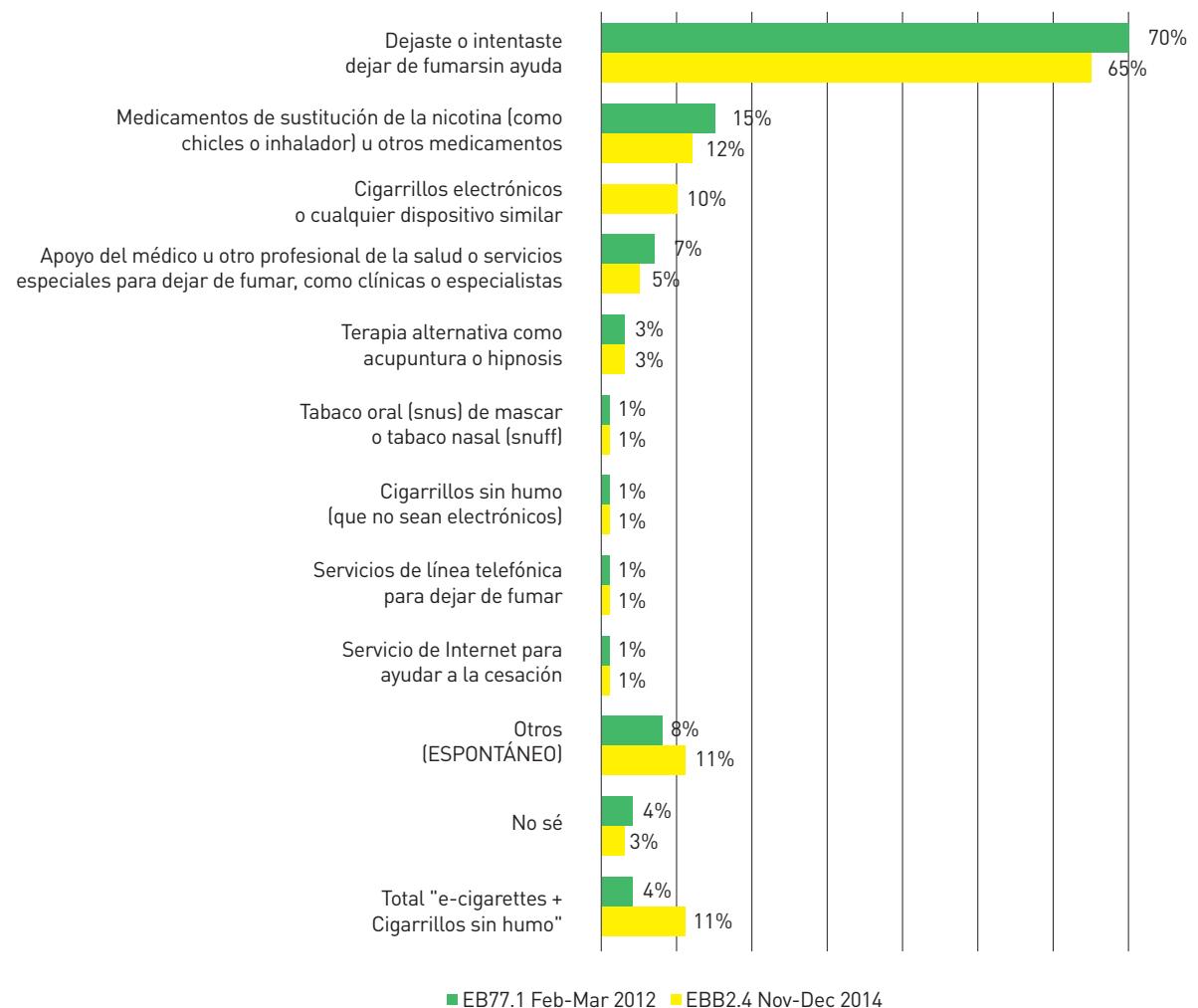
SEGUNDA PARTE | Capítulo 4

Intervenciones estándar en el tratamiento del tabaquismo



4.0 Intervenciones estándar en el tratamiento del tabaquismo

QC18. ¿Cuál de los siguientes métodos utilizó para dejar o intentar dejar de fumar? [Son posibles varias respuestas]



"De acuerdo al Eurobarómetro de 2015, el 65% de los fumadores y ex-fumadores refieren que dejaron de fumar o intentaron dejarlo sin ayuda, el 12% terapia sustitutiva con nicotina u otra medicación, un 10% usó cigarrillos electrónicos, mientras que solo el 5% recibió ayuda de un médico u otro profesional sanitario"

4.1 Intervenciones terapéuticas para la cesación tabáquica

4.1.1 Las intervenciones de cesación son obligatorias

El artículo 14 del Convenio Marco del Control del Tabaco¹ establece que todos los países deberían ofertar ayuda para dejar de fumar, algo que está siendo tenido en cuenta por muchos países². La ayuda a la cesación debería ser una parte importante de la estrategia de control de tabaco de cualquier país europeo. En un editorial a modo de debate constructivo, West y cols.³ desmontaron cuatro falacias relacionadas con el papel de la ayuda a la cesación.

"La mayoría de los fumadores lo dejan sin ayuda, por lo que ofrecérsela o hacérsela disponible no parece necesario".

Esto es incorrecto ya que el hecho de que una mayoría de fumadores lo deje sin ayuda no implica que ése sea el método más eficaz de dejar de fumar; simplemente refleja el hecho de que mucha más gente intenta dejarlo sin ayuda que con ayuda, pero la evidencia muestra que los intentos sin ayuda son cuatro veces menos efectivos. Adicionalmente, el hecho de que la mayoría de la población fumadora no necesite ayuda profesional para dejarlo no implica que una parte de ella sí que lo necesite y que sin ella probablemente no consiga dejar de fumar.

"Promover la ayuda a la cesación puede hacer que los fumadores piensen que son adictos, por lo que menos intentarán dejar de fumar".

Esto es falso ya que la evidencia muestra que los fumadores que se consideran adictos hacen de hecho más intentos de cesación que el resto de fumadores².

"Los resultados de la investigación sobre la ayuda a la cesación no se aplican al mundo real".

Esto es falso. Una evaluación del sistema inglés de cesación tabáquica encontró que aproximadamente uno de cada 7 fumadores (14,6%) se mantenía abstinente un año después

del tratamiento (abstinencia validada con cooximetría), una proporción similar a la encontrada en los ensayos clínicos⁴ y sustancialmente superior a la conseguida en quienes intentan dejarlo sin ayuda.

"Otras intervenciones de control de tabaco son más coste-efectivas, en concreto las campañas de opinión pública".

Esto no es cierto; mientras que el coste-efectividad de las intervenciones de cesación ha sido evaluado rigurosamente en numerosos ensayos controlados, con datos del "mundo real" y es excelente², mientras que el coste-efectividad de otras medidas se ha estudiado menos y depende más de datos circunstanciales e inferencias. Además, no se debería crear una falsa dicotomía entre las intervenciones clínicas y otras intervenciones de control del tabaco, ya que las diferentes intervenciones cumplen diferentes funciones y existe una sinergia entre ellas. La combinación adecuada de intervenciones dependerá de las circunstancias particulares de cada país, de cada región, en cada momento concreto⁵.

Como los beneficios de la cesación están muy demostrados y ayudar a dejar de fumar es coste-efectivo comparado con otras medidas relacionadas con la salud de la población⁶, es imperativo que a cualquier persona fumadora identificada como tal en una visita médica le sea ofrecida la oportunidad de recibir ayuda para dejar de fumar.

Existe una gran variabilidad entre los diversos países europeos en los servicios de cesación tabáquica, además en España también existe una gran variabilidad entre comunidades autónomas. De momento, el Reino Unido es el que ha puesto más énfasis en ayudar a la cesación de los fumadores. En casi todos los países europeos la mayoría de quienes contactan con un centro de cesación no se han beneficiado previamente de intervenciones breves, como el consejo, o de otras intervenciones eficaces. Una minoría de fumadores son conscientes de los riesgos y daños de continuar con su consumo o han recibido alguna recomendación de cese, quizá farmacoterapia o asesoramiento.

Los países deben establecer objetivos realistas, tanto en el número de personas que pueden ser atendidas en los servicios de cesación como en el porcentaje de personas que

pueden conseguir dejar de fumar. Estos objetivos deberían basarse en las características demográficas de la población atendida. Los servicios deberían proponerse intentar tratar anualmente al menos al 5% de la población fumadora (lo que consuma tabaco de otras formas) e intentar conseguir tasas de cesación -validadas por cooximetría- del 35% a las 4 semanas. Este porcentaje debe incluir a todas las personas que iniciaron el tratamiento y la cesación vendría definida como no haber fumado en la tercera y cuarta semana después del día en que se dejó de fumar.

La abstinencia debe ser validada por una cooximetría que debería ser inferior a 7 ppm a las cuatro semanas. Esto no implica que el tratamiento termine a las 4 semanas⁷.

Esto concierne a todos los profesionales sanitarios

De manera unánime todas las guías disponibles sobre cesación tabáquica recomiendan que todos los médicos y otros profesionales de la salud identifiquen a sus pacientes fumadores y que, de manera sistemática, en cada visita registren en las historias clínicas el estatus de fumador⁶.

La literatura científica muestra que en los pacientes que intentan dejarlo sin ayuda profesional los resultados son muy modestos. Aunque la mayoría de los fumadores (80-90%) refiere querer dejarlo^{9,10}, sólo un 30% refiere haber hecho un intento serio de cesación en los últimos doce meses y estos intentos sólo dan lugar a abstinencias prolongadas en el 5% de los casos¹¹. La evidencia muestra que a menudo los fumadores no usan tratamientos basados en la evidencia y que el 90-95% de los intentos no acaban en una cesación mantenida¹². Finalmente, la falta de adherencia al asesoramiento y a la medicación es común, lo que disminuye las posibilidades de cesación⁵. Característicamente, los pacientes reciben sólo el 50% de la dosis de medicación recomendada y frecuentemente acuden a la mitad de las sesiones de asesoramiento¹³.

El abordaje del consumo de tabaco de los pacientes debería ser una prioridad para todos los profesionales sanitarios. Éstos deberían estar preparados para tratar de manera habitual y eficaz la dependencia del tabaco, como lo harían con cualquier otro trastorno crónico.

Recomendaciones

- Todos los médicos y otros profesionales sanitarios deberían recomendar la cesación tabáquica a cada paciente fumador. Hay evidencia de que el consejo sanitario de cesación incrementa significativamente las tasas de abstinencia (nivel de evidencia A).
- Durante las visitas médicas periódicas los clínicos generales tienen la obligación de advertir, a sus pacientes fumadores que deben dejar de fumar y prescribirles tratamiento para la cesación del tabaco o referirles a un centro especializado en el tratamiento del tabaquismo al menos una vez al año. Estas instrucciones médicas deben registrarse en la historia clínica (nivel de evidencia A).
- Los fumadores hospitalizados deben recibir, cuando sea posible, de los profesionales sanitarios que los atienden las mismas intervenciones recomendadas para los médicos generales: consejo de cesación, asesoramiento, prescripción de farmacoterapia o derivación a un profesional o a una unidad especializada (nivel de evidencia A).

4.1.2 Abordaje general de la cesación

Las 5As

Cinco estrategias se recomiendan para abordar el consumo de tabaco en un marco clínico. Son conocidas como las 5 As¹⁴:

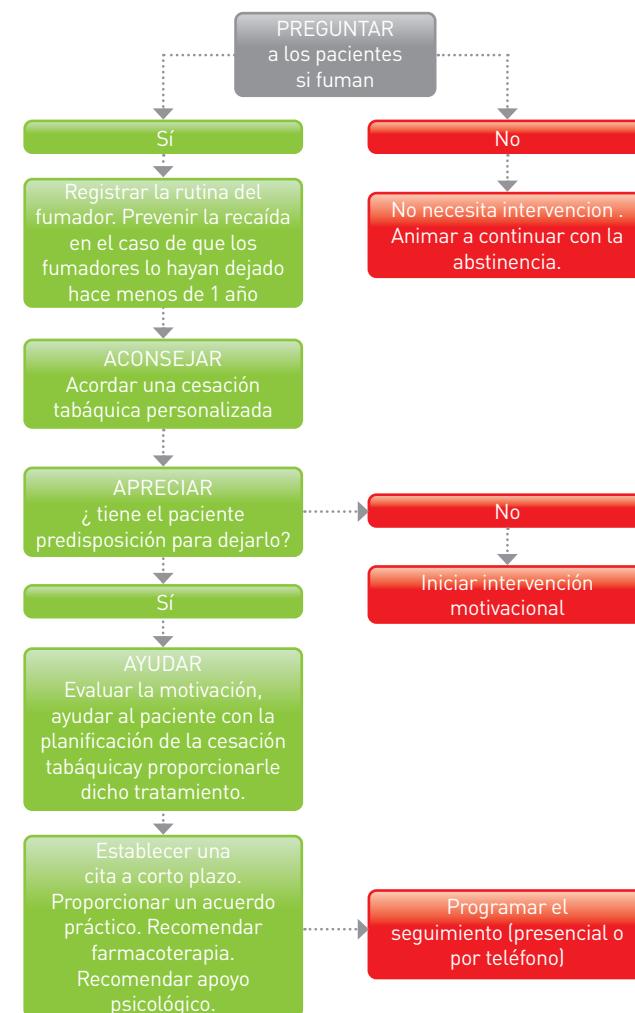
- **Averiguar** (*Ask*), preguntar a todos los pacientes si fuman;
- **Aconsejar** (*Advice*) a los pacientes que lo dejen;
- **Apreciar** (*Assess*), valorar la disposición a dejarlo;
- **Ayudar** (*Assist*) a realizar un intento de cesación, lo que incluye asesoramiento conductual y la prescripción de fármacos para la cesación de primera línea;
- **Acordar** (*Arrange*) un seguimiento

El modelo de las 5As es un abordaje basado en la evidencia que aumenta las tasas de cesación. La metodología de las 5As se ha empleado en una gran variedad de programas de intervención tabáquica. La figura 4.1 muestra el algoritmo de las 5As.

Los clínicos deberían preguntar acerca del estatus de fumador en cada consulta y registrarlo en la historia médica.

El clínico debe aconsejar la cesación a todos los pacientes fumadores, valorar la disponibilidad del paciente para realizar un intento de cesación y ayudarlo durante el intento, bien por sí mismo si está adecuadamente entrenado o derivándolo a un servicio especializado de cesación¹⁵.

Figura 4.1: Algoritmo de las 5As de tratamiento del tabaquismo en entornos clínicos

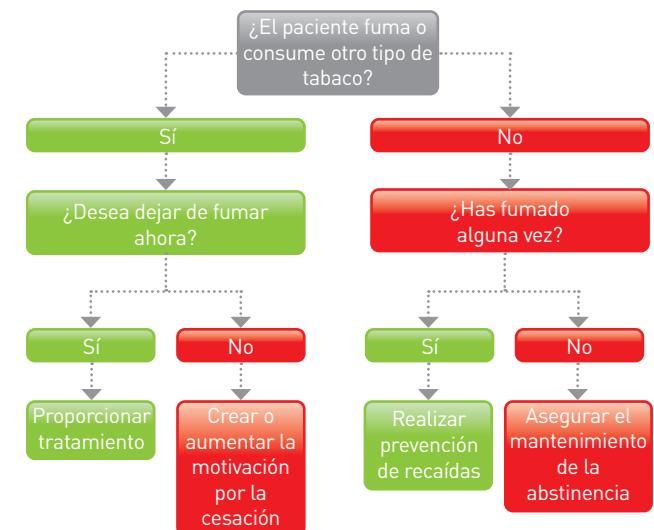


Los profesionales de la salud deberían preocuparse de todos los fumadores, estén motivados o no para la cesación: todos los pacientes deberían recibir ayuda médica para dejar de fumar. De manera esquemática, como se muestra en la figura 4.2, puede decirse que existen cuatro situaciones más comunes en la práctica habitual, dependiendo de si se fuma o no y de la disposición para dejarlo.

Para cada una de estas situaciones se sugiere el siguiente abordaje:

1. Para los fumadores que quieren dejar de fumar en el momento de ser evaluados se recomienda proporcionarles inmediatamente el asesoramiento conductual y la farmacoterapia necesaria.
2. Para los fumadores que no quieren dejar de fumar en el momento de ser evaluados se recomienda emplear estrategias de entrevista motivacional para animarles a la cesación, aumentar la motivación pro-cesación, y facilitar que tomen la decisión de dejar de fumar lo antes posible. Un metaanálisis de 14 ensayos clínicos controlados ha

Figura 4.2: La cesación tabáquica en la práctica habitual: situaciones más comunes



encontrado que, al compararse con el consejo breve o la intervención habitual, la entrevista motivacional incrementó las tasas de cesación a los 6 meses por un 30% aproximadamente. Las tasas de cesación en los dos estudios en los que había dos asesores médicos (que habían recibido 2 o más horas de entrenamiento) fueron del 8% con la entrevista motivacional y del 2% con el consejo o la intervención habitual¹⁶. Las tasas de cesación fueron más altas en aquellas personas que recibieron dos o más sesiones de asesoramiento (frente a los que sólo recibieron una) y si las sesiones duraban más de 20 minutos.

Las intervenciones diseñadas para esta categoría de pacientes han mostrado capacidad de aumentar la motivación para la cesación. La guía americana de 2008 empleó componentes de entrevista motivacional para desarrollar una intervención abreviada que pudiera ser usada más fácilmente¹⁴.

Ayudando a los fumadores no motivados a dejar de fumar

La motivación para la cesación es fundamental a la hora de iniciar el proceso terapéutico para el tratamiento del tabaquismo. Algunos especialistas consideran que es preferible proporcionar tratamiento sólo a los pacientes motivados; muchos otros consideran ahora que se debe apoyar la cesación sin preámbulo alguno o basados en el así llamado “camino catastrófico”. Estas teorías han sido formuladas por Larabee, así como por West y Sohal, que han encontrado tasas de abstinencia más altas en los intentos no planificados que en los planificados con antelación^{17,18}. Estos autores sostiene que, especialmente en los pacientes con enfermedades respiratorias, la cuestión se basa en una acumulación de tensión, de manera que una circunstancia adversa, aunque sea pequeña, puede precipitar el cambio hacia la decisión de dejar de fumar^{17,18}.

Desde una perspectiva de salud pública, es mucho más efectivo que todos los fumadores reciban tratamiento de cesación, independientemente de la motivación, que tratar sólo la pequeña proporción que está motivada para dejarlo, porque no existe una clara desventaja en no estar inicialmente motivado, si el médico ayuda en la cesación.

La estrategia de las 5Rs

La estrategia de asesoramiento de las 5Rs pone el énfasis en las razones personalmente relevantes para la cesación, en los riesgos asociados con seguir fumando, en las recompensas de la cesación, en los obstáculos o barreras para conseguir la cesación, así como en la repetición del asesoramiento en las visitas de seguimiento.

La estrategia de las 5Rs, que se aplica en aquellas personas fumadoras que no están dispuestas a dejar de fumar en breve, consiste en(14):

- **Relevancia** (*Relevance*): Al hablar con el paciente el terapeuta debería intentar preguntar por qué dejar de fumar es importante para el paciente desde el punto de vista personal;
- **Riesgos** (*Risks*): El médico debería intentar que el paciente identifique las consecuencias negativas del consumo de tabaco y mostrar de manera personalizada los riesgos para el paciente y clasificarlos en agudos (ej., exacerbación del EPOC) y crónicos (ej., infertilidad, cáncer);
- **Recompensas** (*Rewards*): El médico debería ayudar al paciente a descubrir los beneficios de la cesación;
- **Rémoras**, obstáculos, barreras (*Roadblocks*): El médico debería preguntar al paciente para las barreras u obstáculos que podrían impedir la consecución de la abstinencia a largo plazo;
- **Repetición** (*Repetition*): Las intervención motivacional se debe repetir cada vez que el paciente fumador acude a la consulta. En aquellos que hayan tenido intentos previos habría que recordarles que la recaída es parte del proceso, y que lo normal no es conseguir el objetivo a la primera.

Las intervenciones que intentan aumentar la motivación se basan en métodos de entrevista motivacional, como se describen a continuación¹⁹:

- Expresar empatía a través de preguntas abiertas explorando la actitud hacia el fumar (¿Cómo de importante es para usted fumar?);
- Emplear técnicas de escucha reflexiva (Así que piensa que fumar le ayuda a controlar su peso);
- Apoyar el derecho de los pacientes a rechazar el cambio

(Entiendo que en el momento actual no se considera preparado para dejar de fumar. Cuando quiera intentarlo, estaré aquí para ayudarle);

- Desarrollar la discrepancias entre la conducta actual del paciente y sus valores personales (Dice que le importa mucho su familia; ¿cómo cree que el hecho de que fume afecta a su mujer y a sus hijos?);
- Iniciar el compromiso por el cambio (Vamos a ayudarle a evitar un ataque al corazón como el que sufrió su padre);
- Actitud empática (¿Está preocupado por los posibles síntomas de abstinencia?);
- Pedir permiso para aportar profundizar sobre el tema. (¿Está de acuerdo en que aprendamos conjuntamente algunas estrategias conductuales que le ayudarán a enfrentarse a las situaciones que hacen que fume?);
- Ofrecer soluciones simples, como pequeños pasos hacia la abstinencia (un número de teléfono de una línea telefónica gratuita de cesación, folletos con consejos sobre cómo cambiar conductas, etc.);

Para más información sobre la entrevista motivacional ver la sección 4.2.3.

Reducción del consumo

Si no se consigue la abstinencia mantenida con los tratamientos habituales de cesación, podría recomendarse animar a los fumadores a que reduzcan su consumo lo más posible, bien sea sin más o utilizando terapia sustitutiva con nicotina²⁰.

Para más información sobre los abordajes de reducción del consumo, ver 4.7.

Ex-fumadores recientes

Como los ex-fumadores recientes son todavía vulnerables a la recaída, especialmente, en los primeros 3-6 meses después de finalizar el tratamiento, es aconsejable que el terapeuta les pregunte en cada visita si están sin fumar o si sienten deseos intensos de fumar. El riesgo de recaída es mayor en las dos primeras semanas tras la cesación y va disminuyendo con las semanas. Este riesgo debe ser evaluado cuanto antes. Las siguientes preguntas son útiles para ello:

- ¿Sigue sintiendo la necesidad, la urgencia, de fumar?
- ¿Le cuesta mucho seguir sin fumar?

Los pacientes con una gran riesgo de recaída deben ser atendidos más intensamente, incluso recomendándoles, si se considera útil, que repitan el curso inicial del tratamiento.

A los ex-fumadores recientes se les debe animar a mantener la abstinencia, felicitarles por cada pequeña victoria y a vigilar cuidadosamente el riesgo de recaída

Todos las personas que han dejado de fumar recientemente deben beneficiarse de un periodo de seguimiento con apoyo con personal cualificado que les permita mantener su estatus de no fumador. Para ello, el terapeuta les ayudará con intervenciones breves de tipo cognitivo-conductual para mantener la abstinencia y prevenir las recaídas⁹. Si los pacientes refieren síntomas de abstinencia o crecientes deseos de fumar, puede ser conveniente ofrecerles asesoramiento más intensivo en un centro especializado. Quienes han dejado de fumar y no experimentan especiales cravings o síntomas de abstinencia pueden ser tratados en atención primaria.

Personas que nunca han fumado

El médico reconfirmará en cada visita el estatus inicial de no fumador y, mediante mensajes saludables, realizará breves recomendaciones para mantenerlo. Estas pequeñas intervenciones son simples y puedan estar hechas por cualquier médico, especializado en cesación tabáquica o no.

Recomendaciones

- Se aconseja valorar la motivación del paciente para la cesación, una vez identificado como fumador y aconsejado para dejar de fumar (nivel de evidencia C).
- Los clínicos deben usar técnicas motivacionales para animar a aquellos fumadores que no desean dejar de fumar (nivel de evidencia B).
- Las intervenciones que usan técnicas motivacionales se consideran eficientes para influir en que el paciente realice un futuro intento de cesación, pero todos los fumadores dependientes deberían ser tratados independientemente de su nivel de motivación (nivel de evidencia C).

4.1.3 Efectividad del tratamiento de cesación (Ayudar)

Tratamientos combinados de asesoramiento y medicación

Existe evidencia que avala la efectividad de combinar intervenciones farmacológicas y de asesoramiento aumentan las tasas de cesación en los pacientes que desean dejar de fumar^{14,2,3}. Tanto el asesoramiento como la medicación son eficaces cuando se emplean aisladamente, pero la combinación de ambas es más eficaz que cualquiera de ellas aisladamente^{14,2,3}. No es necesario que el clínico que dé la medicación sea el mismo que imparta el asesoramiento: podría ocurrir que la medicación fuera prescrita por un médico, un dentista, un asistente médico o una enfermera clínica autorizada a prescribir y que el asesoramiento fuera impartido por otra persona especializada en el tratamiento del tabaquismo (médico, enfermera, psicólogo, trabajador de quitline, etc.).

Una revisión de 2016 de la Cochrane (con 53 ensayos y 25.000 pacientes) comparó la eficacia de combinar asesoramiento e intervenciones farmacológicas en la cesación tabáquica. Hay evidencia de gran calidad de que el uso conjunto de ambas fue superior al consejo breve o al tratamiento estándar (RR: 1,83; IC95%: 1,68-1,98)²². Existe una relación consistente entre la intensidad del asesoramiento (en relación al número y a la intensidad de las sesiones) y las tasas de abstinencia que se obtiene, si bien no se ha podido determinar el número óptimo de sesiones²².

Recomendaciones

- Combinar asesoramiento e intervenciones farmacológicas es más efectivo para obtener la cesación que la medicación o el asesoramiento aislados. Consecuentemente, cuando es factible y apropiado, ambos –asesoramiento y medicación– deben aplicarse en quienes intentan dejar de fumar (nivel de evidencia A).
- Hay una fuerte correlación entre el número de sesiones y la posibilidad de cesación tabáquica cuando se combina con fármacos. Por ello, los clínicos deberían procurar ofrecer, además de la medicación, varias sesiones de asesoramiento a sus pacientes que intentan dejar de fumar (nivel de evidencia A).

4.1.4 El seguimiento (Acordar)

El seguimiento a largo plazo del paciente, en el que se monitoriza el proceso de cesación y los posibles efectos secundarios de la medicación, es muy importante. Si el paciente fuma o no debe ser preguntado en cada visita de seguimiento y, en la medida de lo posible, evaluado por la cooximetría. La medición de cotinina en algún fluido corporal también aporta información útil, pero necesita ser ajustada en el caso de quienes reciben terapia sustitutiva con nicotina^{19,23}.

Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento combinado (tanto a las entrevistas como al uso de la medicación) es un factor importante para conseguir la cesación tabáquica. Se ha sugerido que el abordaje farmacológico y el no farmacológico se complementan y esto es corroborado por un metaanálisis que muestra que la terapia conductual mejora las habilidades de los pacientes para manejar las situaciones en las que habitualmente fumarían mientras que la farmacoterapia aliviaría los síntomas de abstinencia¹⁴. Es más, la farmacoterapia ayuda a los pacientes a sobrellevar la fase aguda de cesación, cuando los síntomas son más intensos, mientras que la terapia conductual dota de mecanismos de afrontamiento para mantener la abstinencia a largo plazo. Por ello, combinar ambos métodos aumenta la eficacia pero no estrictamente la adherencia.

Muchos pacientes no acudirán al asesoramiento, especialmente si esto implica muchas vistas y muy prolongadas. Por ello, se debería ofrecer a los pacientes otras opciones para la cesación, incluyendo asesoramiento breve y accesible. La falta de adherencia al tratamiento es frecuente y se asocia a las creencias de que es peligrosa, ineficaz o que no debería usarse si se produce una recaída. Dado que la adherencia a medicación se asocia con una mayor probabilidad de recaída, el clínico debería hablar con los pacientes de las preocupaciones que se relacionan con esta y alentar la adherencia al régimen terapéutico recomendado. La investigación muestra que hacer el tratamiento más asequible y reducir los obstáculos para el mismo aumenta su aceptación. Por ejemplo, cuando se retrasa el inicio del

tratamiento y éste se lleva a cabo en un lugar no próximo, apenas el 10% de los fumadores lo inician, mientras que un tercio lo hacen si éste es accesible²⁶. La aceptación del tratamiento puede también aumentarse si se repiten las ofertas de ayuda a lo largo del tiempo, ya que el interés de los fumadores por la cesación puede variar a lo largo del tiempo²⁵. En otras palabras, no hay ninguna receta milagrosa para la cesación. Cualquier método puede ser aceptado si resulta en la cesación y, consecuentemente, en una mejora de la salud. En este sentido la manera en que el profesional se comunica con el paciente que solicita ayuda es muy importante. El clínico debe tener en cuenta que los fumadores que acuden a un centro de cesación tabáquica, especialmente si son ambulatorios, no se consideran enfermos ni tan siquiera se dan cuenta de que padecen una adicción y de que necesitan medicinas para algo que ellos consideran más como “una debilidad, una falta de fuerza de voluntad, un mal hábito, etc.”. Es por ello aconsejable disponer de un espacio separado donde el paciente pueda hablar libremente, sin ser culpabilizado y en el que se intente establecer una relación de colaboración y confianza mutua, a la par que de se ponen a disposición del paciente los diversos métodos de cesación²⁷.

Recomendaciones

- Dado que existe una fuerte relación dosis-respuesta entre la duración de las visitas clínicas y las tasas de cesación a largo plazo, las intervenciones más intensivas son más eficientes que las menos intensivas, por lo que deberían practicarse cuando sea posible (nivel de evidencia A).
- Los clínicos deberían procurar encarecidamente que todos sus pacientes usaran medicaciones eficaces para la cesación tabáquica (nivel de evidencia A).
- Los clínicos deberían ofertar a todos los pacientes que desean dejar de fumar un tratamiento que consistiera en al menos cuatro entrevistas personales. Esto se ha mostrado efectivo para aumentar las tasas de cesación (nivel de evidencia A).
- La combinación de asesoramiento y medicación es más eficaz para tratar el tabaquismo que cualquiera de ambos métodos por separado. Esta es la razón por la que, en

la media de lo posible, se aconseja asociarlos (nivel de evidencia A).

- Cuando no puedan usarse fármacos, el uso de terapias no farmacológicas sigue estando recomendado, a fin de que todo paciente fumador pueda recibir apoyo terapéutico con métodos que son efectivos (nivel de evidencia A).

4.1.5 Enfoque de los sistemas de la salud para los tratamientos del tabaquismo y la dependencia

La oferta efectiva y consistente de intervenciones para la cesación tabáquica requiere el apoyo de los sistemas de salud. Los fumadores tienen más posibilidades de realizar un intento de cesación si el tratamiento del tabaquismo está cubierto por el sistema de salud²⁶. Dados los beneficios económicos y de salud derivados de la cesación, cada vez más compañías de seguros cubren los tratamientos del tabaquismo basados en la evidencia (por ejemplo, en 2010 la compañía americana Medicare expandió su cobertura de asesoramiento a todos los fumadores –4 millones de personas– y no sólo a quienes presentaban una enfermedad derivada del tabaquismo).

Es más, el uso de historias clínicas electrónicas para incitar a los médicos y al personal sanitario a identificar y tratar sistemáticamente a los fumadores se ha asociado con un aumento de las tasas de documentación del estado de tabaquismo, pudiendo aumentar también el uso de tratamientos para la cesación²⁷. La capacitación de los clínicos, disponer de personal dedicado a ello y los programas “fax to quit” (que derivan a pacientes a las quitlines) también aumentan las tasas de cesación.

En todo el mundo, y dependiendo de las posibilidades y recursos locales, los sistemas de salud procuran establecer lo que van a hacer para ayudar a los fumadores en su cesación: identificación de fumadores, consejo de cesación, facilitación del acceso al tratamiento. Existe evidencia científica de mejores resultados cuando los tratamientos son gratis²⁸.

4.1.6 Tipos de intervenciones de cesación tabáquica

En la práctica hay dos tipos de intervenciones de cesación tabáquica: intervenciones mínimas e intervenciones especializadas.

4.1.6.1 Intervención mínima (consejo breve)

Este tipo de intervención dura un máximo de 3-5 minutos (primer nivel de intervención) y está recomendado para todo tipo de profesionales sanitarios que entra en contacto con un fumador.

El consejo breve puede definirse como “una serie de indicaciones verbales para dejar de fumar, impartidas en contexto médico y en el que se añade información sobre los efectos dañinos del tabaco”. Aplicado de manera aislada tiene muy bajo impacto: sólo uno de cada 40 fumadores deja de fumar por él²⁹(en España es 20). Cuando se administra de manera sistemática a todos los pacientes, como una intervención rutinaria básica, seguido de un ofrecimiento de ayuda, se convierte en una herramienta muy poderosa.

El consejo mínimo se recomienda a todas las categorías de fumadores, ex-fumadores, así como a quien nunca ha fumado. Administrado durante un periodo corto de asesoramiento (tres minutos) es más efectivo que decir simplemente al paciente que tiene que dejar de fumar y, en comparación con la no intervención, dobla las tasas de cesación⁷.

El sistema de salud debería ofrecer tratamiento como apoyo a las intervenciones, breves y oportunistas para aquellos fumadores que requieren mayor apoyo. Este apoyo puede ofrecerse en formato individual o grupal, y debería incluir estrategias de afrontamiento, entrenamiento y apoyo social.

4.1.6.2 Intervenciones individualizadas especializadas para dejar de fumar

Como segundo nivel de intervención, los consumidores de tabaco deberían recibir tratamiento individual especializado de su propio doctor, enfermero o psicólogo entrenado, si fuera posible. Alternativamente, los pacientes pueden ser derivados a un servicio especializado de cesación si lo hubiera.

El tratamiento consiste en medicación efectiva y una serie de sesiones de asesoramiento cognitivo-conductual impartidas individualmente. Los especialistas emplean el término “asesoramiento” (*counselling*) para definir la ayuda cognitivo-conductual específica que se ofrece a quien desea dejar de fumar. Estas sesiones sirven para proporcionar al paciente conocimiento sobre el proceso de cesación y soluciones que

le permitan sortear los obstáculos que aparezcan durante el mismo.

Generalmente realizada por un equipo (médico, enfermera y, opcionalmente, psicólogo) entrenado en tratamiento del tabaquismo, la intervención especializada busca ayudar a alguien que ya ha recibido la intervención mínima, pero que ahora busca ayuda cualificada. El médico tiene el principal papel en el proceso ya que tiene la responsabilidad de aconsejar y prescribir la medicación, la enfermera ayuda a rellenar la documentación, completar la base de datos, las pruebas de laboratorio, etc., y puede impartir consejo mínimo. El psicólogo ayuda en la intervención añadiendo los elementos de apoyo psicológico y las técnicas cognitivo-conductuales.

Preferentemente, las estrategias de cesación individual combinan el consejo (la recomendación de la cesación) con el tratamiento farmacológico (vareniclina, bupropión, TSN, etc.) y la terapia cognitivo-conductual. El formato habitual de intervención consiste en varias sesiones (mínimo cuatro) de unos 20-45 minutos cada una a lo largo de 9-12 semanas de tratamiento.

En la primera consulta al paciente se le explican de manera somera los tratamientos disponibles y los posibles síntomas de abstinencia y manifiesta su conformidad con las soluciones más adecuadas. Este contacto inicial debe ser una oportunidad para valorar las probabilidades de cesación y los riesgos de recaídas.

Durante las 9-12 semanas de tratamiento estándar, independientemente de la terapia indicada, se aconseja el seguimiento de todos los pacientes (con al menos dos visitas) para asegurarse sigue el tratamiento de manera adecuada, con la dosificación correcta en el caso de la farmacoterapia, abordar las dificultades psico-conductuales o los síntomas de abstinencia y asegurarse de que no existen efectos adversos por la medicación. Las visitas de seguimiento permiten a los terapeutas conocer si el paciente sigue abstinentes, monitorizar mediante biomarcadores y prevenir caídas y recaídas. Estas visitas ofrecen una mayor oportunidad para ofertar ayuda temprana: el terapeuta puede intervenir a tiempo si el paciente está desmotivado o ha tenido algún consumo puntual tras un periodo de abstinencia. La más importante es la primera, que

se aconseja que sean cuanto antes después del día previsto para la cesación.

La mayor parte de los especialistas recomiendan colocar el día de la cesación en la segunda semana de tratamiento. Sin embargo, dependiendo de la experiencia del terapeuta y el perfil del paciente, el terapeuta puede aconsejar otra fecha posterior.

La última consulta tiene lugar cuando termina el tratamiento, generalmente dos o tres meses después de la visita inicial. Su objetivo es valorar la abstinencia como fruto del tratamiento. En esta ocasión la abstinencia debe ser evaluada bioquímicamente. Los deseos de fumar deben ser valorados, así como cómo afronta el paciente las situaciones de riesgo; también los síntomas de abstinencia y los efectos secundarios de la medicación. Simultáneamente, el paciente debe recibir consejos sobre cómo mantener la abstinencia y prevenir una vuelta al consumo. Quienes no han conseguido mantener la cesación deben ser re-evaluados para poder comenzar un nuevo intento de cesación.

La intervención especializada en su formato individual es la forma más recomendada para tratar el tabaquismo. Un programa con visitas semanales, consultas personales con un neumólogo y el empleo de la farmacoterapia pueden incrementar las tasas de cesación de quienes están motivados para dejarlo y esto puede ser aplicado más fácilmente por centros especializados en tratamiento del tabaquismo. Sin embargo, como fumar es parte de la adicción a la nicotina, las mayores tasas de abstinencia que se pueden obtener son del 25-40%⁷.

La investigación ha demostrado que los servicios de tratamiento del tabaquismo que realizan intervenciones basadas en la evidencia son una manera altamente costo-efectiva de ayudar a los fumadores a dejar de fumar. De los datos de las unidades del NHS y de ensayos clínicos se deduce claramente que si los fumadores reciben apoyo de clínicas especializadas, con tratamientos en grupo y acceso a TSN combinada o vareniclina, tendrán más posibilidades de conseguir la cesación que quienes reciben sólo atención primaria y una sola forma de TSN.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003.
2. West R., McNeill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction* 2011;105:1867-1869.
3. Ferguson J., Bauld L., Chesterman J., Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes, *Addiction* 2005;100:59-69.
4. Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults, *Cochrane Database Systematic Review* 2013; Issue 6. Art. No. CD004704. doi:10.1002/14651858.CD004704.pub3.
5. Norway's National Strategy for Tobacco Control 2006-2010, The Norwegian Ministry of Health and Care Services.
6. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10, Aug. 2008, www.nice.org.uk.
7. Gratziau C., Tønnesen P. Smoking cessation and prevention, *Eur Respir Mon*, 2006;38:242-257.
8. Gratziau C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur. Respir. Mon.*, 2008; 42: 35-43.
9. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
10. CDC. Cigarette smoking among adults—United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46:1217-20.
11. Andreas S., Hering T., Muhlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease an Effective Medical Intervention, *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(16):276-82.
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol*. 1992; 11:331-34.
13. 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.
14. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.
15. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.
16. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database of*

Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No. CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

17. Larabee LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control* 2005;14: 425-428.
18. West R, Sohal T., 'Catastrophic' pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006;332:458-460.
19. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in *Smoking Cessation European Respiratory Monograph*, 2008;42:44-50. ISSN 1025448x.
20. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. *Addiction* 2003;98:1395-402.
21. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin.* 2009;59:314-326.
22. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
23. Etter JF, Duc TV, Perneger TV, Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers, *Am J Epidemiology* 2000; 151: 251-258.
24. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, *Prev. Med.* 2004;38:412-20.
25. Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. *Nicotine Tob. Res.* 2009;11:1083-92. [Erratum, *Nicotine Tobacco Res* 2010;12:77.]
26. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, *Eur.Respir.Mon* 2008, 42, 57-60.
27. Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, *WMJ* 010;109:335-40.
28. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial, *Addiction* 2005;100:1012-20.
29. Trofor A, Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
30. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2 Asesoramiento conductual

En este apartado se revisa la evidencia acerca de la importancia de las estrategias psicológicas en el tratamiento

del tabaquismo. Además de la evidencia en general, se revisan dos técnicas eficaces de asesoramiento para abordar el consumo de tabaco en los pacientes: asesoramiento cognitivo-conductual y entrevista motivacional.

4.2.1 Apoyo psicológico para la cesación

Además de las herramientas farmacológicas y del asesoramiento más o menos intensivo, el paciente que desea dejar de fumar se puede beneficiar de intervención psicológicas, si lo necesitara. Toda persona fumadora debería recibir el consejo de que deje de fumar, de que haga intento serio. Si el esfuerzo falla o si la persona considera que es incapaz de dejarlo sin ayuda, entonces deben utilizarse técnicas psicoterapéuticas para la cesación.

En tabaco se recomiendan elementos derivados de técnicas conductuales, ya que no hay evidencia mediante ensayos clínicos controlados de la eficacia de otras estrategias, como las psicodinámicas. Los programas de cesación se basan en que la dependencia surge por fenómenos de condicionamiento operante y condicionamiento clásico y que diversos procesos cognitivos, la escala propia de valores y la funcionalidad del consumo de tabaco juegan un papel importante en el mantenimiento de la conducta de fumar. Estos programas combinan educación psicológica y técnicas motivacionales con elementos conductuales-terapéuticos. Estas intervenciones pueden ser aplicadas de manera grupal o individual. En un modelo popular, un grupo de cesación de 6-12 pacientes acude conjuntamente a unas 6-10 sesiones que duran unos 90-120 minutos¹.

El apoyo psicológico se lleva a cabo de una manera sistematizada y estandarizada. Comienza con una evaluación de las características psicológicas del paciente y ayuda a los pacientes a evaluar comparativamente los beneficios sobre las desventajas de manera personalizada, así como la influencia que su dependencia tiene en sus propias perspectivas vitales (tablas 4.1 y 4.2).

A continuación el contenido escrito se discute con los especialistas, analizando la preocupación por las ventajas y desventajas y buscando soluciones positivas. El énfasis se debe poner en los logros positivos y se aconseja apoyar fuertemente la auto-confianza del paciente.

Se elabora un plan de cesación personalizado, a través de un proceso colaborativo terapeuta-paciente. El primer paso consiste en acordar un día para la cesación. En ese día el paciente no debe tener cigarrillos cerca (en el bolsillo, bolso o maletín, en casa, etc.). Esto es necesario ya que está científicamente comprobado que las urgencias por fumar (los *cravings* intensos) duran 7 minutos y entonces, si el deseo de fumar sigue, se manifestará en niveles más soportables. Si los pacientes no tienen cigarrillos disponibles, esos 7 minutos de presión extrema pasarán y podrán afrontar la situación desde una posición más fuerte¹.

Cuando el paciente ha empezado el tratamiento farmacológico, pero todavía fuma se recomienda:

- anunciar a conocidos la intención de dejar de fumar;
- escribir en un papel las razones por las que se quiere dejar de fumar y colocar ese papel en un sitio en el que pueda verse frecuentemente (puerta del frigorífico, baño, monitor del ordenador,...);
- identificar con qué sustituirá el gesto de fumar: puede ser un vaso de agua, té o café que se bebe poco a poco; otras estrategias pueden usarse para posponer el cigarrillo: pelotas anti-estrés, mascar chicle, comer galletas o zanahorias,...;
- encontrar una persona de apoyo, a la que pueda acudir o llamar en los momentos en que vea posible recaer;
- imaginar un tipo de reacción para cuando aparecen las

Tabla 4.1: El paciente se analiza

La dependencia del Tabaco que padezco me genera:	
Ventajas a corto y a largo plazo	Ventajas a medio y largo plazo

Tabla 4.2: El paciente predice la influencia que el hecho de fumar tendrá en los objetivos que desea alcanzar en la vida

Dentro de 5 años ,tendré...años	
¿Qué me gustaría ser y hacer?	¿Qué ocurrirá si no dejo de fumar?

ganas de fumar: beber agua, ir a dar un paseo,...;

- cambiar en la medida de lo posible hábitos o lugares con los que solía fumar,^{1,2,3}.

Ver tabla 4.3.

Recomendación

- El tratamiento psicológico de cesación tabáquica debe ser integrado en el tratamiento médico del paciente adicto a la nicotina (nivel de evidencia A).

Referencias bibliográficas

1. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, *Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(33):555-64.
2. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2007;1:201-213.

Tabla 4.3: Elementos habituales de las intervenciones de apoyo intra-tratamiento

COMPONENTES DEL TRATAMIENTO	EJEMPLOS
Animar al paciente en su intento	- Hacerle notar que en la actualidad hay tratamientos eficaces para el tabaquismo y que la mitad de quienes han fumado han conseguido dejarlo - Transmitir confianza en su capacidad para dejar de fumar
Mostrar cuidado y preocupación	- Preguntar cómo se siente respecto a la cesación - Manifestar expresamente preocupación y disposición a ayudarlo en lo que necesite - Preguntarle por sus temores y ambivalencias respecto a la cesación
Animar al paciente a hablar del proceso de cesación	Preguntarle por las razones que tiene para querer dejar de fumar, sus preocupaciones acerca de la cesación, las dificultades que ha encontrado y las victorias que han conseguido durante este tiempo

3. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking- recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, București 2003.

4.2.2 Terapia cognitivo conductual TCC (Cognitive-behavioural therapy (CBT))

Principios de TCC

Iniciar una relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente; evitar conflictos; escucha activa, que implica re-frasear lo que dice el paciente; valorar el éxito; crear habilidades de apreciación positiva en relación con los beneficios de la cesación.

Este tratamiento tiene por objetivo modificar las conductas inadaptables del paciente y, mediante de-condicionamiento transformarlas en adaptadas. El uso de la TCC ayuda a los fumadores a darse cuenta de su conducta de fumar y auto-evaluarse, dado que fumar es una conducta aprendida, posteriormente mantenida por una dependencia constantemente influida por estímulos ambientales¹. Esta técnica, desarrollada a partir de tratamientos para la ansiedad y la depresión (la así llamada terapia cognitivo-conductual), intenta cambiar las maneras habituales de pensar y de sentir sobre uno mismo y el tabaco y aporta ánimo y consejo sobre cómo minimizar y manejar los deseos de fumar².

El asesoramiento ofrece una oportunidad de avisar al paciente de las barreras y obstáculos que puede encontrar en su proceso de cesación y le anima a usar estrategias de evitación y de afrontamiento del deseo de fumar. El clínico debería evaluar y aconsejar sobre aquellos factores que pueden dificultar la cesación, como vivir con una persona que fuma, el consumo excesivo de alcohol y el miedo a la ganancia de peso. El asesoramiento debería ser empático y comprensivo, no confrontacional¹. El asesoramiento se sigue y un objetivo clave es aumentar su uso en la clínica práctica de manera personal o mediante derivación a una quitline (línea telefónica de cesación)³.

A través de la TCC el fumador aprenderá técnicas prácticas para manejar las situaciones que le incitan al consumo y se beneficiará de apoyo psicológico y conductual para conseguir la cesación. Un mismo asesoramiento estándar rara vez

puede ser aplicado a todos los pacientes: algún modelo de terapia cognitivo-conductual a determinadas estrategias terapéuticas; en la mayoría de los estudios en este campo, no hay comparación con un grupo control. La TCC contribuye a aumentar las tasas de abstinencia mediante la evaluación de la motivación por el cese, la construcción de habilidades de comunicación y un diálogo terapeuta-paciente basado en el respeto y en la comprensión y también mediante la evaluación de la dependencia a la nicotina (análisis de los deseos de fumar, explicación del concepto de dependencia del tabaco). Incluso aunque estén motivados, muchos fumadores no tienen un conocimiento preciso de lo que ocurre en su cerebro cuando fuman ni de por qué es difícil dejar de fumar. Una conversación con un especialista acerca de los efectos cerebrales de la nicotina y de cómo la dependencia de la nicotina se manifiesta puede incrementar espectacularmente la iniciativa del paciente hacia la cesación^{4,5,6}. La intervención también permite un análisis en profundidad de las preocupaciones y miedos relacionados con el proceso de cesación y crea una oportunidad para acordar con el paciente la estrategia terapéutica adecuada.

Eficacia de la TCC

Un metaanálisis de 64 estudios acerca de la evidencia de la efectividad y las tasas de abstinencia estimadas que se obtienen con los diversos tipos de asesoramiento y terapias conductuales mostró aumentos significativos en las tasas de abstinencia (en comparación con no tratamiento) para los siguientes tipos: 1) dar consejo práctico del tipo de solución de problemas, entrenamiento en habilidades o manejo de estrés; 2) mostrar apoyo en los contactos directos del clínico con el paciente (apoyo social intra-tratamiento); 3) ayudar a que el paciente consiga apoyo social en los ambientes en los que se mueve (apoyo social extra-tratamiento); y 4) el empleo de algunas técnicas aversivas, como fumar rápido⁷.

Ver tabla 4.4

Cómo manejar los componentes conductuales de la adicción

Las intervenciones exitosas de cesación necesitan abordar una constelación de factores (personales, familiares,

Tabla 4.4: Elementos habituales del consejo práctica

COMPONENTES DEL TRATAMIENTO	EJEMPLOS
Reconocimiento de situaciones de peligro: identificar los hechos, estados anímicos o actividades que aumentan el riesgo de fumar o de recaer.	Efectos negativos y estrés. Estar con otros fumadores. Beber alcohol. Experimentar deseos intensos de consumir. Estímulos asociados al consumo y disponibilidad de cigarrillos.
Desarrollar habilidades de afrontamiento: identificar y practicar habilidades de afrontamiento o de soluciones de problemas. Característicamente, estas habilidades intentan afrontar las situaciones de riesgo.	Aprender a anticipar y evitar la tentación y cómo desencadenar situaciones. Aprender estrategias cognitivas útiles para reducir estados de ánimo negativos. Conseguir cambios en el estilo de vida que puedan reducir el estrés, mejorar la calidad de vida y evitar la exposición a estímulos asociados al tabaco. Aprender actividades cognitivas y conductuales para afrontar las urgencias por fumar (cravings) ej. distraer la atención, cambio de rutinas
Proveer información básica: dar información básica sobre la conducta de fumar y sobre la cesación.	El hecho de que una sola calada aumenta la probabilidad de una recaída completa. Los síntomas de abstinencia son máximos entre la primera y la segunda semana, pero algunos pueden durar más. Estos síntomas incluyen estado de ánimo negativo, deseos intensos de fumar y dificultad de concentración. La naturaleza adictiva de la conducta de fumar.

socio-económicos, farmacológicos y conductuales) que interactúan entre sí, mantiene la adicción y que pueden actuar como obstáculos para la cesación. Si la complejidad de esta condición no es tenida en consideración, en algunas ocasiones el paciente luchará por mantener la abstinencia a largo plazo durante años y décadas.

En la actualidad está unánimemente reconocido que fumar es una manifestación primaria de la adicción a la nicotina y que los fumadores tienen preferencias de características individuales en relación a su ingesta de nicotina, regulando a su manera el número y la profundidad de las caladas para conseguir la dosis necesaria de nicotina.

Recomendaciones

- La TCC debe ser incluida en todos los tipos de intervenciones médicas de tratamiento del tabaquismo como un método efectivo que contribuye a aumentar la tasa de cesación (nivel de evidencia B).
- Dos tipos de terapia de asesoramiento y conductual aumentan las tasas de abstinencia: 1) dotar a los fumadores de asesoramiento práctico (como entrenamiento en solución de problemas); prestar apoyo y ánimo como parte del tratamiento (nivel de evidencia B).
- Estos elementos de asesoramiento deberían ser incluidos en todas las intervenciones de cesación (nivel de evidencia B).

Referencias bibliográficas

1. Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population- based analysis. Am J Prev Med 2000;18:305-311.
2. West R., New Approaches to Smoking Cessation, http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm? ID_Dis=8&ID_Cou=23&ID_Art=1598 16/09/2006
3. Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, N Engl J Med. 2011;365:1222-31.
4. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Le traitement de la dépendence au tabac, Guide Pratique 2009.
5. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health

professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system, Thorax 1998;53:Suppl 5:S1-S19.

6. NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National Institute for Clinical and Health Excellence, www.nice.org.uk.
7. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

4.2.3 Entrevista motivacional (EM-(Motivational interviewing (MI))

La motivación es esencial para toda persona fumadora que quiere dejar de fumar. Por ello, todos los métodos que consiguen aumentar la motivación son importantes objetivos de investigación.

¿Qué es la entrevista motivacional?

La entrevista motivacional (EM) es un método desarrollado por el psicólogo americano William R. Miller hace unos 30 años cuando trataba pacientes con problemas de consumo de sustancias. Miller se dio cuenta de que una escucha empática podía reducir la ingesta de alcohol de sus pacientes. Los estudios señalan que la resistencia y la negación son fenómenos que surgen en la relación paciente-terapeuta.

El primer libro de EM, escrito por Miller en colaboración con el psicólogo británico Stephen Rollnick, fue publicado en 1991¹. Rollnick desarrolló posteriormente versiones más cortas de la EM, aptas para su uso en atención médica. En esencia, el método intenta ofrecer a los pacientes interesados información sobre los riesgos de salud asociados a una dependencia específica y despertar el interés por el cambio de conducta. La EM se emplea en la actualidad en muchos países en el tratamiento de problemas de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, así como para quienes deben mejorar sus pautas de nutrición y ejercicio. También se emplea en personas con problemas de ludopatías, para aumentar la adherencia a los tratamientos y para cambiar conductas delictivas.

La EM describe lo que tú como terapeuta puedes hacer para incrementar la probabilidad de que el paciente consiga el cambio de conducta. Se basa en mejorar la comprensión del terapeuta acerca de cómo comunicarse y relacionarse

mejor con el paciente. La EM trata de evitar un estilo agresivo o confrontacional e intenta conducir a la gente a que elija cambiar la conducta, potenciando su auto-estima¹.

- El terapeuta actúa como un colaborador y se contempla a sí mismo como un igual.
- El terapeuta busca y trata de evocar las ideas y pensamientos propios del paciente acerca de su consumo y de cómo cambiarlo.
- El terapeuta muestra respeto por la autonomía de su paciente y su derecho y capacidad de tomar decisiones.

Principios en los que se basa la EM¹

- *Mostrar empatía.* El terapeuta muestra un claro interés en tratar de entender al paciente. Esto se hace en las reflexiones y en los resúmenes.
- *Destacar las discrepancias.* El terapeuta ayuda al paciente a ser consciente de las diferencias que existen entre las situaciones presentes y los objetivos y valores del paciente. La percepción de grandes discrepancias es una potente fuerza inductora del cambio de conducta (asumiendo que el paciente tenga la capacidad de hacerlo).
- *Evitar las discusiones.* Las así llamadas resistencias son consideradas como signos normales de ansiedad o de duda respecto al cambio. Si el terapeuta se enfrenta a ellas o empieza a discutir sobre ellas, las resistencias del paciente aumentarán. Cuando aparecen, el terapeuta las intenta dejar pasar pero trata de evitar que aparezcan.
- *Apoyar la auto-eficacia.* El terapeuta apoya la auto-eficacia del paciente mostrando confianza en su capacidad de cambio. El terapeuta muestra que aprecia los esfuerzos del paciente.

Algunos rasgos importantes de la EM

- *Pedir permiso.* Una conversación sobre tabaco rara vez es ofensiva para los pacientes, pero es siempre sabio acercarse al problema pidiendo permiso para hablar sobre él.
- *Ambivalencia.* La ambivalencia es una fase natural del cambio. En todo cambio siempre hay pros y contras, cuyos efectos futuros no son del todo claros. El terapeuta debería intentar expresar al paciente sus razones para cambiar (o para no hacerlo).

- *Cuestiones abiertas.* Las preguntas cerradas buscan una respuesta corta de sí o no (o algún dato concreto); las preguntas abiertas requieren respuestas más largas y elaboradas.
- *Cambiar la forma de hablar.* Es importante para el terapeuta convertir la forma de hablar y recoger ideas y palabras expresadas por el paciente que podrían conducir al cambio.
- *Reafirmar lo positivo de la conversación y la conducta.* El paciente estará más preparado para cambiar si las ideas y signos positivos son identificados y reafirmados.
- *Reflejar lo que se escuchase.* Las reflexiones intentan ser un reflejo de lo que el paciente dice o piensa. No implican estar de acuerdo con el paciente ni tampoco confirman lo dicho por él; más bien señalan que el terapeuta ha estado escuchando y desear ayudar al paciente haciéndole oír lo que ha estado diciendo.
- *Resumir lo que se ha dicho.* Es una forma especial de reflexión. Los resúmenes recuerdan al paciente los puntos más importantes de la conversación, el plan de acción y las razones del propio paciente para llevarlo a cabo. Los resúmenes son útiles de dos maneras: si el paciente se entenece o deja de hablar, los resúmenes pueden servir a modo de puente para que continúe; también pueden servir para recordar al paciente lo que ha dicho y destacar alguna conexión entre sus afirmaciones.

La EM en la práctica clínica

La EM rompe en diversas maneras con las tradiciones de la entrevista clínica en medicina. La EM reduce la autoridad del “experto en bata blanca” que es quien dice al paciente lo que debe hacer. La EM se parece más a una invitación a bailar hecha al paciente, en la que ambos se siguen uno a otro, paso a paso, a través de la pista de baile. Ha habido un cambio de roles. Algunos profesionales sanitarios tienen un don natural para hablar a los pacientes de una manera comprensiva y sin juzgarles, y pueden fácilmente adoptar la técnica de la EM. Sin embargo, más a menudo, algunos profesionales mantienen los viejos hábitos y se limitan a dar órdenes. De aquí que para dominar la EM se necesita mucha capacitación y seguimiento

de experto de la adherencia a los procedimientos de asesoramiento es importante (y costos).

Para conseguir hacer la EM más accesible y más fácil de usar, se ha desarrollado una versión más sencilla denominada “implicación rápida” (*rapid engagement, RE*).

Implicación rápida. La implicación rápida es una versión abreviada y resumida de la EM diseñada para su uso en conductas médicas con escasa disponibilidad de tiempo². Emplea una serie de cuestiones sencillas. Una escala analógica-visual puede emplearse pero no es necesaria, ya que valoraciones similares pueden hacerse verbalmente.

La importancia del cambio. Pregunta¹: En una escala de 0 a 10 (0=nada importante; 10=muy importante), ¿cómo de importante es para usted dejar de fumar? La respuesta conduce la discusión siguiente. El terapeuta puede “provocar” al paciente, diciéndole, por ejemplo, “pensaba que iba a decir un número menor”. Esto a menudo hace que el paciente conduzca la conversación y se muestre interesado en convencer al terapeuta que su suposición era errónea.

Auto-eficacia. La auto-eficacia de la percepción de éxitos y fracasos de intentos anteriores, de los logros de otras personas, y del conocimiento y apoyo que se tenga. Una vez más al paciente se le pide que valore en una escala de 0 a 10 las probabilidades que cree que tiene de conseguir dejar de fumar. Si el paciente valora sus posibilidades por encima de 0, el terapeuta debe preguntar por qué el paciente no ha escogido un número menor, intentando de esta manera que el paciente se inspire en la búsqueda de sus propias capacidades o en la movilización de sus recursos internos. Cuanto mejor sea esta movilización, mayor será la auto-eficacia. Se puede conseguir más “cambio en la forma de hablar” si se pregunta “¿qué cree que podría incrementar sus posibilidades?”. La voluntad de cambiar una conducta y la capacidad de hacerlo son dos aspectos distintos de la motivación, que no siempre son fácilmente distinguibles. Algunos pacientes pueden encontrar mucho más fácil definir qué es lo que no quieren que reconocer un bajo nivel de auto-eficacia. En otros puede ocurrir lo contrario (“Quiero, pero no funcionará”). Es importante que el terapeuta sea capaz de comprender lo que el paciente realmente quiere decir.

Evidencia de eficacia

Una revisión de la Cochrane de 2015 identificó 28 estudios publicados entre 1997 y 2014, y con más de 16.000 fumadores que examinaron la eficacia de la EM comparándola con el consejo breve o la atención habitual³. Los ensayos analizados aplicaban de 1 a 6 sesiones, con una duración por sesión de 10 a 60 minutos. El metaanálisis reveló un modesto, pero significativo incremento en la cesación (RR: 1,26; LC95%: 1,16-1,36). Los análisis por subgrupos mostraron que la EM era efectiva tanto cuando era administrado por médicos de atención primaria (RR: 3,49; LC95%: 1,53-7,94) como por otros asesores (RR: 1,25; LC95%: 1,15-1,63), así como cuando las sesiones eran largas, de más de 20 minutos (RR: 1,69; LC95%: 1,34-2,12). Los tratamientos con varias sesiones pueden ser algo más efectivos que los de una única sesión, pero en ambos casos los resultados son positivos. En la actualidad no hay evidencia de cuál es el número óptimo de llamadas de seguimiento. La evidencia relacionada con la EM es de calidad moderada y la heterogeneidad de los estudios sobre la misma justifica una cierta prudencia al respecto.

Falta aún evidencia científica para el método de rápida implicación, pero los clínicos refieren que el método es útil incluso en una consulta sin mucha disponibilidad de tiempo y que hace la entrevista clínica mucho más distendida.

Recomendaciones

- La entrevista motivacional o sus variantes, ampliamente usadas como técnicas de asesoramiento, pueden ser efectivas para ayudar a los pacientes a dejar de fumar (Nivel de evidencia B).

Referencias bibliográficas

1. Miller, W.R., and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd ed. New York: Guilford Press. 2002.
2. Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, Carter B, McCambridge J, Moore L, Randell E, Pickles T, Smith C, Lane C, Wood F, Thornton H, Butler CC. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. *BMC Fam Pract*. 2010;11:69.

3. Nicola Lindson-Hawley, Tom P Thompson, Rachna Begh. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

4.2.4 Formatos de atención

Se han evaluado muy diversos formatos de tratamientos del tabaquismo: de atención individual, de atención grupal, telefónico pro-activo, basados en la red, y con materiales de auto-ayuda.

4.2.4.1 Formato individual

Un metaanálisis que incluía 30 ensayos encontró que el asesoramiento personal individualizado era más efectivo que el simple (13,9% vs. 10,8%; RR: 1,39; IC95%: 1,24-1,57)¹. De acuerdo a un metaanálisis que incluía 35 ensayos, las tasas de abstinencia a los 6 meses aumentaban significativamente de acuerdo al tiempo total de contacto: cerca del 14% para 1-3 minutos; 19% para 4-30 minutos; y 27% para 31-90 minutos, frente al 11% que se obtenía sin asesoramiento (algunos estudios incluyeron farmacoterapia en todos los tiempos de contacto, por lo que la medicación pudo haber contribuido a las tasas de abstinencia). El asesoramiento aumenta la motivación de cesación personalizando los costes y los riesgos del consumo de tabaco (ya que se asocian a la salud del paciente, a su estatus económico y a su situación familiar). Hay una relación directa consistente entre una intervención más intensiva (mayor número y duración de las sesiones) y la abstinencia resultante.

4.2.4.2 Formato grupal

La terapia conductual grupal implica reuniones fijas donde grupos de personas fumadoras reciben información, consejo, ánimo y algún tipo de intervención conductual (como la TCC, por ejemplo)². Esta terapia se ofrece semanalmente por lo menos durante la semana previa y las cuatro semanas siguientes a un intento de cesación. Habitualmente se suele combinar con farmacoterapia.

Existen dos maneras de conducir un grupo: una es estocástica, en la que los profesionales sanitarios actúan como profesores e imparten información sobre cómo conseguir y mantener la abstinencia tabáquica; la otra busca el apoyo mutuo entre los

miembros del grupo para conseguir la cesación.

Una revisión de la Cochrane encontró 16 ensayos que compararon un programa grupal con un programa de auto-ayuda³. Había mayor cesación en el programa grupal (OR: 1,98; IC95%: 1,60-2,46). No existía evidencia de que el tratamiento grupal fuera más efectivo que un tratamiento individual de la misma intensidad. Existe poca evidencia de que añadir terapia grupal a otras formas de tratamiento (como consejo de un sanitario o usar TSN) produzca beneficios adicionales.

Los datos de un estudio en el que entrevistaban tanto al personal clave como a los fumadores de tres tipos de servicios de cesación (equipos especializados, trabajadores sanitarios comunitarios y una combinación de ambos) sugieren que la estructura del servicio, el método de apoyo, los profesionales implicados y la farmacoterapia, todos ellos juegan un papel en una cesación exitosa⁴. El apoyo grupal resultó en las mayores tasas de abstinencia (64,3% para grupos cerrados frente al 42,6% frente al apoyo individual ofrecido por especialistas). Los servicios deben adaptarse para cubrir las necesidades individuales con diversas modalidades de tratamiento, incluidos los grupales, si son los preferidos por los pacientes⁴. Numerosos programas de cesación tabáquica incluyen estrategias grupales basadas en métodos educativos interactivos, un mejor acceso al tratamiento y apoyo psicológico. Un formato grupal consolidado incluye alrededor de cinco sesiones de una hora a lo largo de un mes con visitas de seguimiento. Todo apoyo intensivo debería ofrecer, recomendar, el empleo de medicación y consejos e instrucciones de cómo usarla⁵. El asesoramiento grupal debe ser realizado por profesionales sanitarios entrenados en el mismo, capaces de interactuar con los fumadores, compartir sus temores y barreras, y simultáneamente capaces de aprender de la experiencia colectiva. Las sesiones pueden ser impartidas como sesiones semanales y con la ayuda de otros profesionales denominados co-terapeuta. En cualquier caso, un abordaje grupal puede ser una alternativa para aquellos pacientes que se comunican mejor en un grupo, pero que cuando sea posible puedan ser también integradas en un tratamiento individualizado para consolidar la intervención terapéutica.

Es aconsejable ofrecer intervenciones individuales (cara a cara) y grupales para así adaptarse mejor y satisfacer más a los pacientes, en quienes convendría descartar posibles trastornos psiquiátricos. Algunos trastornos de personalidad o rasgos psico-patológicos marcados (como personalidad narcisista o histriónica, ansiedad, fobia social, actitudes manipuladoras marcadas, conducta esquizofrénica o dependencia múltiples) podrían ser criterios de exclusión para la terapia grupal. Los modelos grupales más difundidos consisten generalmente en 5-10 sesiones a lo largo de unos dos o tres meses.

Recomendaciones:

- Añadir técnicas de apoyo social al grupo no aporta más (ya lo aporta el grupo). No se han encontrado diferencias entre las diversas técnicas empleadas en los diferentes grupos. (Nivel de evidencia A).

Referencias bibliográficas

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
2. www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427
3. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
4. Mardle T., Merrett S.Wright J., Percival F.Lockhart I., Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England *BMC Research Notes* 2012;5:9.
5. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011. www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2.4.3 Apoyo telefónico y quit lines

En muchos países existe un servicio telefónico gratis, conocidos como "líneas de cesación" o "líneas de ayuda" (*quitlines*). Quienes llaman a este número pueden recibir información acerca de cómo acceder a los centros de cesación locales y pueden recibir consejo, con mayor o menor profundidad, sobre cómo dejar de fumar¹. La estructura de la terapia cognitivo-conductual que se ofrece por teléfono es

similar a la ofrecida por el contacto personal cara a cara, pero tiene mayor flexibilidad.

Una ventaja importante de las *quitlines* es su accesibilidad. Con ellas se eliminan muchas de las barreras que tienen los tratamientos tradicionales de cesación, como tener que esperar a que se formen los grupos o la necesidad de recurrir a transporte. Las citas pueden fijarse a las horas más convenientes, incluso a la hora de comer, cualquier hora de la tarde o sábados. Los participantes pueden escoger si prefieren ser contactados en su casa o en su propio teléfono móvil. Se les ofrece apoyo telefónico para ayudarles a poner en práctica diversas estrategias de cesación y a hacer cambios positivos en sus rutinas diarias. Las llamadas telefónicas suelen durar unos 20-25 minutos, pero esto es flexible y puede ser adaptado de acuerdo a las necesidades personales². Las *quitlines* son especialmente útiles para personas con movilidad limitada y para quienes viven en áreas rurales o aisladas. Dada su naturaleza relativamente anónima, los servicios de cesación vía telefónica pueden resultar interesantes para personas reacias a participar en grupos.

Las *quitlines* también ofrecen llamadas proactivas. Reciben esta denominación aquellos sistemas de atención en los que al menos algunos de los contactos son iniciados por la persona que atiende la *quitline* y no por el paciente.

Se han realizado un gran número de ensayos clínicos controlados analizando la eficacia de los servicios tipo *quitline*^{3,6}. Un metaanálisis de la biblioteca Cochrane, que incluyó 70 ensayos, encontró que recibir varias llamadas proactivas incrementó las tasas de abstinencia (RR: 1,37; IC95%: 1,26-1,50)⁶. Un mínimo de dos llamadas para asociarse con el aumento de cesación; no está claro que aumentar el número de llamadas más allá de dos incremente las tasas de abstinencia. Las *quitlines* reactivas, aquellas que se limitan a responder las llamadas y peticiones de los pacientes, también se han mostrado efectivas cuando se les compara con los materiales de auto-ayuda (RR: 1,27; IC95%: 1,20-1,36).

La evidencia global indica que las *quitlines* tiene la capacidad, no sólo de dar asistencia efectiva a quienes la buscan, sino que también aumentan las cesaciones en todo tipo de fumadores o consumidores de tabaco. Dar a conocer a los fumadores,

independientemente de dónde estén, la existencia de este recurso es algo útil⁴.

Recomendaciones:

- Hay buena evidencia de que el asesoramiento telefónico proactivo es una intervención eficaz para la cesación tabáquica (Nivel de evidencia A).
- Un mínimo de dos sesiones parece ser importante para incrementar las tasas de abstinencia. No están claros los beneficios de aumentar el número de llamadas por encima de dos (Nivel de evidencia B).

Referencias bibliográficas

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quit lines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004.
3. Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. J Natl Cancer Inst. 2011;103(12):922-41.
4. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.

4.2.4.4 Materiales de autoayuda

Esta categoría incluye: folletos, manuales, libros, materiales audiovisuales, líneas telefónicas de ayuda reactivas, programas informáticos/basados en la web y varios programas comunitarios. Las intervenciones de auto-ayuda se definen como “aquel manual o programa para ser usado por quien quiere dejar de fumar sin la ayuda directa de un profesional sanitario, asesor o un grupo de apoyo”².

A continuación se describen una serie de contenidos que pueden ir en el típico folleto destinado a las personas fumadoras, a fin de que se familiaricen con las nociones básicas del tabaquismo y de su tratamiento.

Ejemplos de materiales de auto-ayuda

¿Por qué se fuma?

- ¿Cuál es la explicación de que, después de tantos esfuerzos para intentar disminuir la morbilidad y la mortalidad ocasionada por el tabaco, se siga fumando?
- ¿Podemos asumir que los fumadores no se preocupan por su salud o que creen que “esos efectos adversos no me pasarán a mí”?
- ¿No son capaces de darse cuenta de los efectos dañinos descritos en los materiales educativos? ¿O es algo que les hace incapaces de dejar de fumar pese a ser conscientes de los peligros?
- ¿O podrían ser los complejos cambios psico-conductuales y físicos producidos por una sustancia química contenida en el tabaco? Claramente este es el caso^{3,6}.

La dependencia del tabaco

- La intensidad de la dependencia nicotínica es muy alta, más alta o similar a la de la heroína y la cocaína y mucho más adictivas que el alcohol, cannabis o LSD y drogas similares.
- El uso crónico de tabaco, o simplemente “fumar”, ha sido reconocido por todos los organismos psiquiátricos como una enfermedad en sí misma: la dependencia del tabaco o de la nicotina.
- La mayor parte de los cigarrillos no son por libre elección, sino por dependencia de la nicotina, una sustancia altamente adictiva presente en todos los productos de tabaco⁵.
- Está demostrado que la exposición crónica al tabaco ocasiona un amplio abanico de enfermedades y muerte, debido a la gran cantidad de sustancias tóxicas y carcinógenas presentes en el tabaco.
- Los productores de cigarrillos y otras formas de tabaco utilizan diversas estrategias para aumentar la adictividad de los productos de tabaco: aditivos, saborizantes, características del filtro, etc.
- La industria del tabaco invierte continuamente en nuevos mercados para conseguir llegar a nuevas categorías de clientes: los niños y los adolescentes son los más expuestos.

- La mejor manera de reaccionar frente a la industria del tabaco es dotar a las personas de conocimientos y habilidades, basados en la evidencia científica, que les permitan afrontar la incitación al consumo.

Consecuencias personales del consumo de tabaco⁵

- Uno de cada dos fumadores morirá prematuramente por una enfermedad ocasionada por el tabaco
- El consumo de tabaco es la mayor causa aislada de mortalidad prevenible.
- Más de la mitad de estas muertes ocurren entre los 35 y los 69 años.
- El número de muertes diarias que ocasiona el tabaco en el mundo es equivalente a si se estrellaran 50 aviones Jumbo.
- El consumo de tabaco es responsable del: 87% de las muertes por cáncer de pulmón, el 82% de los casos de EPOC, el 21% de los casos de enfermedad coronaria y el 18% de los casos de derrame cerebral.
- El consumo de tabaco ocasiona complicaciones durante el embarazo.
- El consumo de tabaco dota de mal olor al aliento, pelo y ropa de quien fuma, y tiñe las uñas, los dientes y la piel.
- El consumo de tabaco disminuye el rendimiento atlético.
- El tabaco es una causa importante de incendios y muertes accidentales.
- El consumo de tabaco es puerta de entrada al consumo de otras drogas; la adicción al tabaco puede hacer más probable que una persona pruebe otras drogas.

Consecuencias del tabaco sobre las personas próximas a fumadores⁶

- Si fuma, expone a quienes le rodean (familiares, amigos y compañeros de trabajo) al humo ambiental de tabaco.
- El humo ambiental de tabaco aumenta el riesgo de cáncer de pulmón en un 30%. Esto implica la cifra de 3000 casos cada año.
- Los bebés y los niños expuestos crónicamente al humo ambiental de tabaco presentan un mayor riesgo de asma, otros trastornos respiratorios, algunos cánceres y otros

problemas de salud. Esto da lugar a un mayor número de hospitalizaciones y a un mayor absentismo escolar.

- La exposición al humo de tabaco aumenta el riesgo de dar a luz niños con bajo peso al nacer y de muerte súbita del lactante.
- Los adultos fumadores pasivos tienen también más probabilidades de presentar síntomas respiratorios y contribuye a un mayor absentismo laboral.
- Los cónyuges de quienes fuman presentan un mayor riesgo de enfermedad coronaria y de cáncer de pulmón. El tabaquismo pasivo produce 600000 muertes anuales.

Beneficios de la cesación

1. Beneficios a corto plazo

- Después de 20 minutos la presión arterial y el ritmo cardíaco vuelven a la normalidad.
- Después de 8 horas los niveles de oxígeno y de monóxido de carbono vuelven a la normalidad.
- Después de 24 horas el monóxido de carbono es eliminado del organismo, los pulmones empiezan a eliminar el moco y las secreciones acumuladas; disminuyen las probabilidades de sufrir un ataque cardíaco.
- Después de 48 horas ya no queda nicotina en el organismo; las terminaciones nerviosas empiezan a crecer y mejoran el gusto y el olfato.

2. Beneficios a largo plazo

- Mejora de la respiración
- Más energía física
- Mejor aspecto de la piel
- Reducción en el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el tabaco como:
 - o Cáncer de pulmón
 - o Enfisema
 - o Bronquitis crónica
 - o Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
 - o Muerte súbita cardíaca
 - o Enfermedad coronaria e infarto
 - o Arteriosclerosis (estrechamiento de las arterias)
 - o Accidente cerebro-vascular (derrame cerebral)
 - o Bronquitis crónica

La preparación para la cesación

Cuanto mejor se esté preparado para dejarlo, más posibilidades hay de hacerlo⁶. Algunas sugerencias que pueden ayudar son:

- Decida positivamente que quiere dejar de fumar.
- Haga una lista de razones -incluyendo motivos personales, médicos, de salud, económicos, de responsabilidad u otros por las que desea dejar de fumar.
- Repítase cada mañana alguna de estas razones.
- Empiece a realizar alguna rutina ligera de ejercicio físico. Descanse y beba líquidos
- Fije una fecha para dejar de fumar dentro de las próximas dos semanas.
- Identifique barreras a la cesación. ¿Qué me lo dificulta? ¿Qué situaciones me hacen desear fumar? ¿Qué puedo hacer para cambiarlo?
- Haga una lista de gente (familiares, amigos, conocidos,...) que le puede apoyar en su intento de cesación. Hable con ellos sobre su plan de cesación.
- Si alguna de esas personas es fumadora, pídale que procure no fumar en su presencia o, mejor, que intente dejarlo con usted.
- Elimine de los sitios donde habitualmente fuma lo que le pueda recordar al tabaco como:
 - o encendedores
 - o cerillas o
 - o ceniceros.
- Limpie su casa y el coche, intentando eliminar lo más posible el olor a tabaco.
- Haga una lista de actividades, *hobbies* e intereses que le pueden ayudar a no tener la mente en el tabaco.
- Conozca los posibles síntomas de abstinencia y como pueden afrontarse.
- La abstinencia nicotínica consiste en una serie de síntomas debidos a la ausencia de nicotina. Puede empezar a manifestarse 4-12 horas después del último cigarrillo con síntomas como:
 - o *craving* (deseos intensos y urgentes de fumar);
 - o irritabilidad;
 - o inquietud, enfado, sensación de ansiedad;

- o cansancio;
- o aumento de apetito (sobre todo para dulces), ganancia de peso;
- o dificultad de concentración / mala memoria;
- o depresión;
- o dolor de cabeza;
- o insomnio;
- o mareos.

Terapias que ayudan a dejar de fumar

- Los dos componentes que se han mostrados efectivos para dejar de fumar son: el asesoramiento y la farmacoterapia.
- La farmacoterapia es crucial y engloba una generosa oferta de medicamentos, desde sustitutivos de nicotina en diversas presentaciones (parches, chicles, comprimidos para chupar, spray nasal, tabletas sublinguales) a antidepressivos, antagonistas del receptor nicotínico, etc.
- Debe pedir a su médico o farmacéutico que le prescriba o recomiende medicación para el cese.
- Con la ayuda de profesionales de la salud puede emplearse la combinación de varias terapias farmacológicas, puede aumentarse la duración del tratamiento y pueden ajustarse las dosis para evitar efectos adversos.
- Pueden ser de utilidad folletos, carteles, diversos materiales educativos o de auto-ayuda, escritos o audiovisuales, junto con recursos telefónicos o de internet.
- La terapia cognitivo conductual es una técnica terapéutica que intenta cambiar nuestros pensamientos y sentimientos acerca del tabaco y que ayudar a minimizar y manejar los deseos de fumar, a la par que anima a la cesación.
- Lo mejor es combinar las estrategias de tabáquica: el consejo con el tratamiento farmacológico (vareniclina, bupropión, TSN, etc.) y la terapia cognitivo-conductual (TCC).

Eficacia de los materiales educativos de auto-ayuda

Diversos estudios han mostrado la eficacia de los materiales educativos incluidos en los programas de cesación. En un estudio con un total de 2000 adultos se comparó una guía de auto-ayuda para la cesación estándar de 13 páginas con otra guía de auto-ayuda para la cesación F&C (*Free &*

Clear de 28 páginas) e instrucciones de apoyo social para la familia y los amigos de la persona fumadora, así como cuatro llamadas telefónicas por especialitas⁷. Se encontró que el programa de asesoramiento más los materiales de auto-ayuda para ayudar a los que querían dejarlo por sí mismos. El uso de las guías de auto-ayuda y las instrucciones de apoyo social no mejoraron significativamente las posibilidades de cesación en comparación con el uso del programa de cuatro llamadas⁷. En un metaanálisis que abordó el impacto de los folletos

Tabla 4.5: Algunos consejos prácticos para evitar dejar de fumar⁷

EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS CONDUCTUALES PARA EVITAR FUMAR
- Aprende a rechazar el primer cigarrillo
- Deshazte de tu kit del fumador: mechero, cerillas, cajetilla;
- ¡Cambia tu rutina diaria!
- Evita consumir café, té o bebidas de cola;
- Cuando sienta la necesidad de fumar, beba un vaso de agua o zumo natural;
- Coma 3-5 comidas al día;
- Desayuno: zumos naturales, productos lácteos, quizá carne, huevos; ¡tenga cuidado con el irremplazable cigarrillo después del café matutino!
- Comida y cena: preferiblemente fruta y vegetales, verdura;
- Antes de acostarse: un vaso de agua o té;
- Evite: comer entre horas y demasiados dulces;
- No dude en beber dos o más litros de agua diarios;
- Haga ejercicio físico, caminar al aire libre, aprenda técnicas de relajación
-Empiece a practicar algún deporte;
- Evite contactar con fumadores o con situaciones en las que podría ser tentado;
- Ahorre el dinero que solía gastar en tabaco: ¡cómprase un regalo en su lugar!

de auto-ayuda, usados como intervención aislada o en combinación con asesoramiento, no se encontró que los folletos incrementaran de manera significativa las tasas de abstinencia obtenidas por intervenciones breves como el consejo de un profesional sanitario o dar TSN simplemente². Los materiales adaptados a las características de los pacientes parecen ser algo mejores que los materiales generales².

Recomendaciones

- Las personas que intentan dejar de fumar necesitan información.
- No existe evidencia de que los materiales de auto-ayuda produzca algún beneficio adicional sobre otras intervenciones mínimas (Nivel de evidencia B).
- Los materiales que se ajustan al fumador individual son más efectivos que los materiales genéricos; sin embargo, su impacto sobre las tasas de cesación es pequeño (Nivel de evidencia B).

Referencias bibliográficas

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3
3. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. Am J Med. 2008;121:S3-S10.
4. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease and therapeutics, Ann. Rev Pharmacol Toxicol. 2009;49:57-71.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.
6. ACCP kit [5=1 from M1 chapt BD]
7. Orleans C.T., Schoenbach V., Wagner E. et. al., Self-Help Quit Smoking Interventions: Effects of Self-Help Materials, Social Support Instructions, and Telephone Counseling, J. Consult Clin Psychol. 1991;59(3):439-

4.2.4.5 Métodos on-line y apps

Las intervenciones vía ordenador o a través de Internet tiene la ventaja de que puede acceder a ellas una gran

parte de la población, de que algunos colectivos, como la población juvenil, pueden estar más interesados en ellas y de que son baratas. Estas intervenciones pueden usarse como intervenciones aisladas o como intervenciones complementarias. Funcionan característicamente recogiendo información del paciente y, mediante el uso de algoritmos, personalizan las recomendaciones. Las aplicaciones actuales permiten múltiples posibilidades de retro-alimentación, y de desarrollo y monitorización de un plan de cesación, así como enviar, de manera pro-activa, correos electrónicos a los usuarios.

Un estudio poblacional que utilizó un programa que ofertaba informes generados por ordenador basados en las fases del cambio, encontró resultados positivos. Otro estudio con adolescentes en el que se realizaba una intervención compleja que incluía intervención interactiva con ordenador, consejo de un clínico, entrevista motivacional breve y sesiones de recuerdo telefónicas (el grupo control recibió más información acerca de comer más frutas y verduras) también mostró resultados positivos¹.

Una revisión encontró evidencia de que los programas basados en la red pueden ayudar a conseguir mayores tasas de abstinencia, si bien los efectos no fueron consistentes y existía riesgo de sesgos en los estudios². Los programas de intervención por Internet que proporcionan información y apoyo personalizados pueden ser más efectivos que una página web estática; del mismo modo, aquellos programas que ofrecen interacción parecen ser más eficaces. Internet puede tener un beneficio adicional cuando se emplea junto con otras intervenciones como TSN u otros fármacos. Intervenciones de cesación tabáquica innovadoras ofrecidas a través de internet pueden ser más atractivas para la gente joven y las mujeres fumadoras, y menos para quienes padecen trastornos depresivos³. Se necesitan más estudios para comprender el valor de los programas de intervención basados en internet.

Recomendaciones

- Se necesita más investigación antes de que los programas de cesación basados en la red puedan ser recomendados.

Referencias bibliográficas

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub4
3. Gainsbury S.M., Blaszczynski A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions, Clinical Psychology Review, 2011;31(3):490-498.

4.3 Tratamiento farmacológico

Como fumar es una enfermedad crónica se requiere una intervención terapéutica con múltiples componentes, entre los cuales la terapia farmacológica es crucial. Diversos organismos reguladores nacionales y europeos son responsables de la aprobación de los medicamentos en los países europeos. Existen dos categorías de fármacos para la cesación tabáquica: los de primera línea y los de segunda línea.

Los fármacos de primera línea son aquellos que se han mostrado eficaces en el tratamiento del tabaquismo, tienen un alto nivel de seguridad y han sido aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (European Medicines Agency EMEA). Los fármacos de primera línea deben ser la primera opción para cualquier clínico que trata la dependencia tabáquica. Tres categorías de fármacos están aprobados y son considerados primera línea: terapia sustitutiva con nicotina (en sus diversas presentaciones), vareniclina y bupropión (ver tabla 4.6).

Los fármacos de segunda línea incluyen citisina, nortriptilina y clonidina. Citisina es un antagonista parcial del receptor nicotínico aprobado en algunos países del Este de Europa. Nortriptilina y clonidina están aprobadas en diversos países, pero no como ayuda para la cesación, sino como antidepresivo y antihipertensivo, respectivamente. Los fármacos de segunda línea son medicinas de probada eficacia, aunque menos probada que los de primera línea, pero que no han sido aprobados por la EMEA para el tratamiento del tabaquismo o que se sospecha que presentan más reacciones adversas. Se

utilizan cuando, -por falta de eficacia, por contraindicaciones, etc.- no pueden utilizarse los medicamentos de primera línea. En relación con los fármacos empleados en el tratamiento del tabaquismo en los últimos años ha habido un gran progreso. Además de la monoterapia, se puede utilizar una combinación de fármacos para aumentar las tasas de cesación. Otras estrategias, como aumentar la duración del tratamiento, ajustar las dosis para evitar efectos adversos y combinar fármacos, han mostrado aumentar la eficacia de estos tratamientos.

Eficacia de las medicaciones de primera línea

Un metaanálisis de 2008 con 83 ensayos clínicos que examinó la efectividad de los diversos fármacos (tasa de abstinencia a los 6 meses) mostró que la mayoría de los fármacos utilizados en cesación (parches, chicles, comprimidos, spray nasal, inhalador de nicotina, y bupropión) multiplican por dos aproximadamente las posibilidades de conseguir la cesación (ver tabla 4.7)¹. La tasa estimada de abstinencia a los 6 meses de los pacientes de los grupos placebo fue de alrededor del 14% comparado con el de los fármacos que estuvo entre el 19% y el 26%. Como la mayoría de los estudios incluían también el asesoramiento entre las estrategias de intervención, estas tasas de efectividad reflejan también el beneficio del asesoramiento.

La vareniclina y el uso de terapia combinada de TSN (parche de nicotina + una forma de rápida liberación de nicotina, como chicles o comprimidos, usados durante más de 14 semanas) produjeron las mayores tasas de abstinencia: 33% y 37%, respectivamente. Estas tasas fueron significativamente más altas que las obtenidas en monoterapia por los otros productos. La superioridad de estos dos productos se observa tanto en comparaciones indirectas como directas^{2,3}.

Un segundo metaanálisis de la colaboración Cochrane que examinó la evidencia que sustenta los fármacos empleados en la cesación tabáquica llegó a conclusiones similares⁴. En resumen, tanto la combinación de TSN (parches + oral) como la vareniclina producen beneficios similares en términos de eficacia y ambos son superiores a la monoterapia con TSN o con bupropión.

Tabla 4.6: Fármacos de primera línea en el tratamiento del tabaquismo (adaptado de Fiore y cols)¹

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO		
FÁRMACO	DOSIS	INSTRUCCIONES
BUPROPIÓN	Días 1-3: 150 mg por la mañana; Desde el día 4: 150 mg/d (al menos 8 horas de separación entre las tomas)	Empezar 1-2 semanas antes de la cesación. Usar durante 2-6 meses
CHICLE DE NICOTINA	2 mg – fumador ≤ 24 cig/d 4 mg – fumador ≥ 25 cig/d La dosis unánimemente recomendada es 8-12 chicles/d	Usar durante 3-6 meses
INHALADOR DE NICOTINA	6-16 cartuchos/d; cada cartucho libera 4 mg de nicotina en unas 80 inhalaciones	Usar hasta 6 meses. Ir disminuyendo al final
COMPRIMIDOS DE NICOTINA	Dosis de 1, 2 y 4mg; Una pieza cada 1-2 horas al principio; Usar 2 mg si el paciente tarda 30 o más minutos en fumarse el primer cigarrillo del día y 4 mg en caso contrario	Usar durante 3-6 meses
SPRAY NASAL DE NICOTINA	0,5 mg por cada orificio nasal 1-2 dosis/hora inicialmente Límites 8-40 dosis/d	Usar durante 3-6 meses
PARCHE DE NICOTINA	7, 14, 21 mg/24h (o 10/15/25 mg/16h) Si el paciente fuma 10 cig/d, 21 mg/d durante 4 semanas, 14 mg/d durante 2 semanas y 7 mg/d durante otras dos semanas. Si el paciente fuma <10 cig/d, 14 mg/d durante 6 semanas y 7 mg/d durante 2 semanas	Usar un parche nuevo cada mañana durante 8-12 semanas. Evidencia de mayor eficacia si se usa durante 3-6 meses
VARENICICLINA	Días 1-3: 0,5 mg cada mañana Días 4-7: 0,5 mg dos veces al día Resto días: 1 mg dos veces al día	Empezar 1 semana antes de la cesación. Usar durante 3-6 meses
TERAPIAS DE COMBINACIÓN: sólo la combinación bupropión + parches de nicotina ha sido aprobada por la FDA para la cesación tabáquica		
PARCHES DE NICOTINA + BUPROPIÓN	Seguir las instrucciones de más arriba para cada uno de los fármacos	Seguir las instrucciones de más arriba para cada uno de los fármacos
PARCHES DE NICOTINA + INHALADOR	Seguir las instrucciones de más arriba para cada uno de los fármacos	Seguir las instrucciones de más arriba para cada uno de los fármacos
PARCHES DE NICOTINA + COMPRIMIDOS		
PARCHES DE NICOTINA + CHICLE		

Tabla 4.7: Eficacia de la medicación de primera línea para la cesación tabáquica en monoterapia y en combinación.

FARMACOTERAPIA	OR (95% CI) DE ABSTINENCIA ESTIMADA	TASA DE ABSTINENCIA ESTIMADA (IC95%)
Placebo	1.0	13.8
Monoterapia		
Parches de nicotina	1.9 (1.7 - 2.2)	23.4 (21.3 - 25.8)
Parches a dosis altas	2.3 (1.7 - 3.0)	26.5 (21.3 - 32.5)
Inhalador de nicotina	2.1 (1.5 - 2.9)	24.8 (19.1 - 31.6)
Chicles de nicotina	1.5 (1.2 - 1.7)	19.0 (16.5 - 21.9)
Bupropión	2.0 (1.8 - 2.2)	24.2 (22.2 - 26.4)
Vareniclina	3.1 (2.5 - 3.8)	33.2 (28.9 - 37.8)
Terapia de Combinación		
Parches + Inhalador	2.2 (1.3 - 2.6)	25.8 (17.3 - 36.5)
Parches +Chicle	2.6 (2.5 - 5.2)	26.5 (28.6 - 45.3)
Parche + Bupropión	2.5 (1.9 - 3.4)	28.9 (23.5 - 25.1)
Parche (a largo plazo:> 14 semanas) + TSN a voluntad (chicle o spray)	3.6 (2.5 - 5.2)	36.5 (28.6 - 45.3)

Source: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Clinical Practice Guideline, 2008 Update.¹

Los fármacos para dejar de fumar en condiciones de atención sanitaria habitual (en el “mundo real”) y en fumadores que padecen también otros trastornos (como depresión o abuso de otras sustancias)^{1,5}.

4.3.1. Tratamiento con TSN

4.3.1.1 Indicaciones

- La TSN es una terapia de primera línea para el tratamiento del tabaquismo para fumadores motivados y no motivados.
- Puede ser también utilizada para conseguir una reducción

de la cantidad fumada cuando la cesación no es aceptada o deseada por el paciente.

- Para suprimir la potencial sintomatología de abstinencia en pacientes hospitalizados y sufran menos.

4.3.1.2. Mecanismo de acción

La nicotina procedente de los cigarrillos o de otros productos de tabaco y la liberada por las diversas formas de TSN es la misma, pero la diferente cinética de administración y absorción hace que sus efectos cerebrales sean totalmente distintos.

La TSN tiene dos objetivos:

- estimular los receptores nicotínicos para eliminar el craving y otros síntomas de abstinencia: el efecto es inmediato;
- reducir el número de receptores nicotínicos: esta reducción persiste durante semanas y reduce la dependencia del tabaco.

Ver figura 4.3.

Al fumarse un cigarrillo, la nicotina alcanza el cerebro a los 7 segundos y satura los receptores nicotínicos (“efecto disparo”) (figura 4.4).

Las células del área cerebral afectada reaccionan desensibilizando los receptores y multiplicando su número, con lo que aparece la necesidad de otro cigarrillo. Quienes fuman tienen un mayor número de receptores nicotínicos que quienes no fuman, lo que explica la mayor tolerancia que presentan, así como su mayor adicción. Estos receptores son tantos que pueden ser resaltados con tomografía de emisión de positrones: en el cerebro estos receptores están preferentemente localizados en el núcleo accumbens y el área tegmental ventral.

La nicotina procedente de la terapia sustitutiva con nicotina llega más lentamente al cerebro que con los cigarrillos, con picos menores (salvo los parches). La TSN estimula los receptores nicotínicos, reduciendo o eliminando la necesidad de nicotina y produciendo así progresivamente menos, que volverán a su número normal tras tres meses de terapia con TSN receptores. Sin embargo, estas estructuras conservan la

Figura 4.3: Los dos objetivos de la terapia sustitutiva de nicotina : disminuir la sintomatología de abstinencia (agudo) y reducir la adicción al disminuir el número de receptores nicotínicos (crónico)

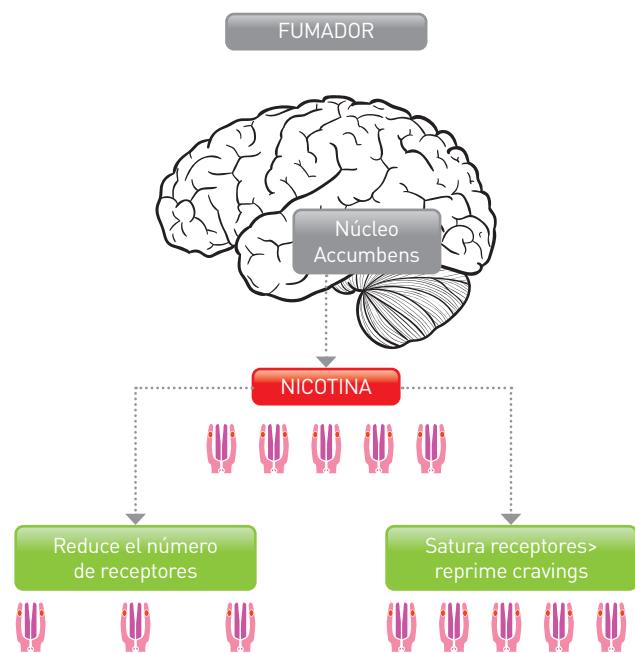
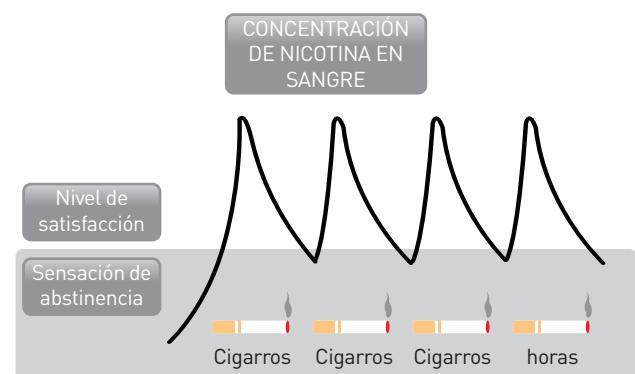


Figura 4.4: Evolución de los niveles arteriales de nicotina con el consumo repetido de nicotina.



memoria del fumar y pueden multiplicarse muy rápidamente en la membrana celular si se vuelve a fumar: la dependencia nicotínica es por ello un trastorno crónico recidivante.

4.3.1.3 Evidencia clínica de la eficacia de la TSN

Al igual que el tratamiento de otras enfermedades crónicas, el tratamiento de la dependencia nicotínica ha sido objeto de numerosos ensayos clínicos a lo largo de los últimos 40 años. Dos importantes metaanálisis han resumido la evidencia respecto a la eficacia de la TSN en la cesación. El primer metaanálisis fue llevado a cabo por la Guía Americana coordinado por Michael C.Fiore¹. El segundo por la colaboración Cochrane y es puesto al día periódicamente.

La Cochrane identificó 150 ensayos con TSN: 117 ensayos con más de 50.000 participantes compararon algún tipo de TSN a un placebo o a un grupo control sin TSN⁶. El riesgo relativo (RR) de conseguir la abstinencia para todas las formas de TSN en su conjunto frente al control fue de 1,60 (IC 95%: 1,53-1,68)⁶.

El RR para cada tipo concreto de TSN fue⁶:

- Chicles 55 ensayos): 1,49 (1,40-1,60)
- Parches (43 ensayos): 1,64 (1,52-1,78)
- Comprimidos / tabletas orales (6 ensayos): 1,95 (1,61-2,36)
- Inhalador (4 ensayos): 1,90 (1,36-2,67)
- Spray nasal (4 ensayos): 2,02 (1,49-2,73)
- Spray oral (1 ensayo): 2,48 (1,24-4,94)

Las diferencias observadas entre los parches y las formas orales pueden estar relacionadas con las dosis, porque es más común controlar la dosificación con las formas orales, que son dadas en los ensayos clínicos de dosis fijas.

Existe evidencia de que combinar parches con una forma de liberación rápida de TSN es más efectiva que un solo tipo de TSN (RR: 1,34; IC95%: 1,18-1,51; 9 ensayos)⁶.

En el caso de los fumadores altamente dependientes, existe un cierto beneficio en usar 4mg frente a 2 mg. Pero la evidencia acerca de dosis altas con los parches es muy escasa.

Los autores de la revisión de la Cochrane concluyeron que todas las formas comerciales disponibles de TSN (chicle, parches, spray nasal, inhalador y pastillas sublinguales) pueden ayudar

a los fumadores en sus intentos de cesación aumentando las posibilidades de obtenerla. Independientemente del tipo y dosis, la TSN aumenta las tasas de abstinencia un 50-70%⁶. La efectividad de la TSN no es totalmente independiente de la intensidad de la intervención que se realice con el paciente: cuanto más intensa sea ésta, mayores tasas de abstinencia se conseguirán con la TSN. Pero incluso en ausencia de apoyo la TSN presenta una cierta eficacia.

TSN en combinación

La revisión de la Cochrane ha comprobado que la combinación de parches con formas orales es más efectiva que el uso de un solo tipo de TSN.

- La TSN puede ser usada combinando formas orales y transdérmicas de TSN.
- La TSN puede ser usada en combinación con bupropión o nortriptilina.
- Las actuales guías de clínica práctica no recomiendan el uso de TSN con vareniclina. Esto se debe a que no hay estudios que muestren que sirve y es segura.
- En los pacientes que, después de 2-6 semanas de tratamiento con vareniclina, siguen fumando algún cigarrillo, no hay contraindicación en que estos cigarrillos sean sustituidos por TSN. Evidencia de ensayos clínicos muestran que puede haber beneficio en combinar TSN y vareniclina, pero los resultados no son del todo claros⁴. Se necesitan más estudios para corroborar la efectividad de esta estrategia de tratamiento. Ocurre lo mismo con la adición de vareniclina a la monoterapia con TSN.

4.3.1.4 Parches de nicotina

Los parches se desarrollaron para las dificultades asociadas con el uso de los chicles de nicotina. Presentan la ventaja de aportar concentraciones de nicotina más estables, que podrían ser más útiles para la cesación, pero que son menos útiles que las formas orales para aliviar las urgencias de nicotina.

La nicotina contenida en el parche se va absorbiendo gradualmente a través de la piel y el tejido subcutáneo, hasta alcanzar la sangre y el cerebro. Incluso cuando el parche

ha sido removido, la nicotina ya absorbida sigue pasando al cerebro.

Dada su facilidad de utilización, los parches facilitan la adherencia terapéutica. Para reducir el riesgo de reacción local, el usuario debe variar el lugar de aplicación de los parches, alternando los brazos, hombros y pecho.

Existen parches para ser llevados las 24 horas del día que libera un máximo de dosis de nicotina de 21mg/día y parches para ser llevados durante 16 horas diarias que liberan una dosis máxima de 25 mg de nicotina. Así que el sistema de 21mg/24h libera 0.9 mg de nicotina por hora aproximadamente mientras que el de 25mg/16h libera 1,4mg/h (ver tabla 4.8).

Tipos de parches

Todos los parches se basan en el mismo principio, pero presentan pequeñas diferencias farmacocinéticas entre ellos irrelevantes desde el punto de vista terapéutico.

Cada forma de parche presenta así pequeñas ventajas y desventajas. Es posible ajustar el tratamiento para cada paciente.

Cómo aplicarlos

El parche se aplica por la mañana, antes o después de la ducha, procurando no usar agentes tensoactivos (detergentes) que disminuyen la adhesión de los parches. Debe evitarse colocar los parches en sitios de alta presión. Si a lo largo del día se despegan el parche, puede seguir siendo utilizado, pegándolo con esparadrapo, por ejemplo.

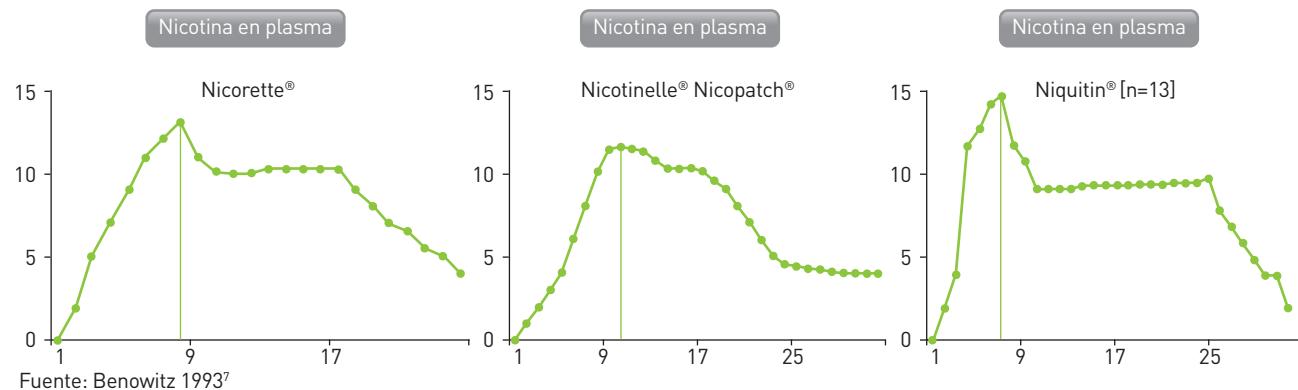
Tolerancia general a los parches

Al igual que ocurre con todos los productos de TSN, la tolerancia a los parches es mucho mayor en los fumadores altamente dependientes que, en general, no suelen presentar reacciones

Tabla 4.8: Equivalencia de los parches de 16 y 24 horas.

	0,3 MG/H	0,6 MG/H	0,9 MG/H	1,6 MG/H
16 horas	5mg	10 mg	15 mg	25 mg
24 horas	7 mg	14 mg	21 mg	

Figura 4.5: Cinética de la nicotina según el parche usado.



adversas con los parches, mientras que éstas son constantes en un no fumador. Las reacciones adversas son dosis-dependientes y están fuertemente ligadas a los síntomas de abstinencia.

Una reacción específica del parche es la reacción alérgica de la piel. Una irritación local, con piel enrojecida en la zona de aplicación es común. Pero es posible que algunos pacientes sean alérgicos a los adhesivos de los parches, algo que debe preguntarse en la historia clínica. Si los síntomas son leves, puede cambiarse de tipo de parche, ya que los adhesivos empleados varían por marcas.

Si al aplicar los parches se produce alguna reacción cutánea, el parche debe ser quitado.

4.3.1.5 Formas orales

Existen diversas formas de TSN oral en el mercado:

- Chicles
- Tabletas sublinguales (colocadas bajo la lengua)
- Comprimidos (para chupar)
- Inhaladores

En todos estos productos la nicotina se absorbe a través de la mucosa oral.

La absorción de la nicotina es menor en pH ácido, y mayor si pH bucal es neutro, por lo que debería evitarse tomar comidas

o bebidas ácidas (como todas las carbonatadas) una media hora antes de usar la TSN oral.

Cuando se usa TSN oral, especialmente en el caso de los chicles, debe evitarse ingerir la saliva (pues al tragarla se disminuye la biodisponibilidad de la nicotina), ya que puede producir irritación gástrica e hipo. Esto ocurre más en quienes mascan los chicles muy rápido.

Biodisponibilidad de la nicotina oral

La nicotina se empieza a liberar y a absorber por la mucosa cuando se empieza a masticar. El proceso sigue mientras se sigue mascando y la nicotina liberada puede actuar durante varios minutos desde que se deja de mascar unos 15 o 30 minutos.

Consecuentemente el aumento de las concentraciones de nicotina en sangre arterial es mucho menos abrupto que el que ocurre con los cigarrillos o con el spray nasal. Esto explica por qué es mejor mantener un cierto nivel de concentraciones de nicotina con dosis mantenidas, para que si se presenta un craving, el ajuste adicional proporcionado por la forma oral sea el mínimo posible. Cuando las concentraciones producidas por los chicles alcanzan su máximo, es posible que la nicotina persista un tiempo más que el necesario para satisfacer a los receptores, lo que puede dar lugar a una desensibilización de estos con un

despertar de nuevos receptores que pueden persistir en el tiempo, lo que a su vez explica por qué algunos pacientes encuentran difícil dejar de usar los chicles seis meses o un año después de dejar de fumar. Es totalmente incorrecto sostener que los chicles les hacen adictos a la nicotina: son adictos a los cigarrillos; pero sí es cierto afirmar que la ingesta oral de nicotina ha mantenido en este caso la dependencia de la nicotina. Este fenómeno no existe con los parches, que producen una curva de niveles de nicotina menos pronunciada y tienen una mayor probabilidad de hacer desaparecer la dependencia, pero con el inconveniente de que ocurran *cravings* en determinados momentos del día.

Los chicles no liberan toda la nicotina que contienen: así, con los chicles de 2mg se consigue liberar 1,5 mg o un poco más, existiendo alguna variación entre las diversas marcas. Existen también una gran variabilidad individual según cómo sean empleados los chicles. La variabilidad farmacocinética interindividual suele ser mayor en el caso de los parches que en los chicles, pero siempre es mucho menor que la que se obtiene con los cigarrillos. En éstos el rango de dosis que se obtiene va de 1 a 5, pudiendo variar incluso a lo largo del día. Estos cambios farmacocinéticos no son relevantes en la práctica, ya que la dosis de las presentaciones orales viene determinada por la cantidad que el paciente necesita para afrontar los *cravings*.

En cualquier caso, es claro que el chicle de nicotina no debe usarse como un chicle normal: debe ser masticado lentamente y no se debe tragar la saliva.

Chicles

Los chicles existen en presentaciones de 2 y 4 mg. El chicle de 2 mg se usa para fumadores de dependencia baja-moderada, el de 4 mg para fumadores altamente dependientes con una puntuación de 7 o más. El chicle puede ser de su sabor natural o de algún otro como menta, canela, naranja, etc.

Se requiere una buena técnica de masticación para que el chicle sea efectivo y evitar algunos de sus efectos adversos, como dolor mandibular, irritación gástrica o hipo. El chicle se mastica una o dos veces, se “aparca” en la mejilla por unos tres minutos, se vuelve a masticar, se vuelve a “aparcar”, etc. Así, durante unos 20 minutos. Una vez terminado, el chicle se

tira en algún sitio que no esté al alcance de los niños ya que es un producto que contiene nicotina.

Tabletas sublinguales

Pequeñas tabletas sin cubierta de 2 mg que se colocan debajo de la lengua. Causan sensación de picor, pero carecen de sabor. Como no hay que chuparlas ni masticarlas, se evita la excesiva salivación, que puede ser causa de hipo. Se disuelven en la boca en unos 15-30 minutos.

Comprimidos para chupar

Los comprimidos para chupar están disponibles en presentaciones de 1 a 4 mg. Su administración es simple y su absorción oral es mejor que con los chicles. Se chupan lentamente sin masticarlos.

Inhaladores

Todos los inhaladores consisten en un tubo de plástico blanco, algo parecido a una pitillera, que contiene un cartucho de nicotina. Al inhalar, de manera parecida a cuando se fuma, una pequeña cantidad de nicotina llega a la mucosa oral donde se absorbe. Los cartuchos contienen 10 mg de nicotina. Algunos grandes fumadores consumen el cartucho en una hora; otros conservan el mismo inhalador durante todo el día y pueden llegar a la noche sin terminarlo. Esta forma de sustitución mantiene tanto el gesto del consumo como la ingesta de nicotina.

Spray nasal

Está disponible bajo prescripción en algunos países. El spray nasal tiene la ventaja de ser muy eficaz para suprimir los *cravings*. Sus principales inconvenientes son que puede causar irritación nasal (en algunos caso grave) y que, dada su rapidez de acción, puede resultar adictivos para los consumidores.

4.3.1.6 Instrucciones de prescripción

Elección de la dosis inicial de TSN

Al dejar de fumar, se ha hablado de reemplazar la nicotina a un nivel del 80-90% del conseguido con los cigarrillos. Esta cantidad es difícil de determinar a priori, porque con

un cigarrillo algunos fumadores son 10 veces más nicotina-dependientes que otros.

La dosis inicial de reemplazo puede ser calculada fácilmente a partir de la cantidad fumada diariamente y del tiempo que transcurre hasta que se fuma el primer cigarrillo (tabla 4.9)⁸. No hay evidencia de que el tratamiento farmacológico sea útil para quienes fuman menos de 10cig/; los más dependientes pueden requerir dos parches asociados a formas orales.

La cantidad de nicotina liberada por los parches más fuertes es para muchos fumadores similar a la conseguida por un paquete de cigarrillos. En algunos casos raros puede ser demasiada nicotina, mientras que en otros puede no ser suficiente.

Cuando se necesitan mayores dosis de nicotina, puede combinarse un parche con formas orales (lo más recomendado) o puede usarse más de un parche.

Es posible asociar formas orales a los parches para aliviar los *cravings* que puedan persistir, como se hace con el alivio

del dolor en los pacientes oncológicos que junto a las dosis de mantenimientos se pueden administrar dosis puntuales en determinados momentos de dolor. Mientras persista el *craving* no hay peligro en asociar parches y formas orales. Mezclar parches y formas orales es menos peligroso que mezclar cigarrillos y puros.

La determinación de las concentraciones de nicotina, cotinina urinaria o los niveles de Co en aire espirado pueden en ocasiones contribuir a un ajuste más fino de la dosis, pero esta tabla sugiere una dosis que se aproxima frecuentemente a la dosis final.

Ajuste de dosis tras 24-72h

La disponibilidad de dosis variables de sustitución oral permite una adaptación de las dosis de nicotina, pero los fumadores frecuentemente dudan o temen a la medicación nicotínica, aunque ellos han estado tomando durante años dosis mayores de nicotina. Sin embargo, los fumadores han estado dosificándose la nicotina durante años regulando el número

de cigarrillos y la intensidad de la inhalación para adaptar las concentraciones de nicotina para satisfacer a sus receptores. Los clínicos deben estar preparados para identificar los signos de sobre-dosificación (raros) y de infra-dosificación (frecuentes) en las primeras 24-72 horas tras la cesación.

Signos de sobre-dosificación

Si los *cravings* persisten, no hay sobre-dosificación de nicotina. En un paciente sin deseos de fumar la sobre-dosificación se manifiesta en la sensación de haber fumado mucho, con náusea y taquicardia. Estos síntomas son transitorios y desaparecen a las pocas horas de eliminar el tratamiento o de reducir la dosis del mismo.

Signos de infra-dosificación

Los fumadores con infra-dosificación de nicotina muestran:

- *cravings*
- nerviosismo extremo
- *cravings* de comida que les llevan a picar alimentos
- problemas con el sueño
- frecuentemente fuman algunos pocos cigarrillos

Frecuentemente es útil ayudar a los fumadores en los ajustes regulares de dosis:

- dando información de que pueden adaptar las dosis por sí mismos en la mayoría de los casos, o
- pidiendo que llamen al clínico en el periodo de 24-72 horas siguientes a la cesación
- aconsejándoles que llamen a *quitlines* u otras formas de apoyo a la cesación que pueden ayudarles a ajustar la dosis y darle consejo.

Si el paciente toma más de 8-10 unidades de formas orales o fuma cigarrillos, es mejor colocar un segundo parche que asegure una fuente mantenida de nicotina.

4.3.1.7 Contraindicaciones

La única contraindicación de la TSN es la alergia (rara en el caso de los parches, excepcional en los productos orales). En algunos países el embarazo es considerado una contraindicación. Por supuesto, la nicotina no está indicada en los no fumadores. Debe usarse con precaución en adolescentes, personas con

patologías cardiovasculares recientes y embarazadas. Estas precauciones deben ser valoradas según el riesgo concreto de fumar en esas condiciones (el 50% de los consumidores mueren por una enfermedad ocasionada por el tabaco).

4.3.1.8 Efectos adversos, precauciones de uso e interacciones

Los riesgos de las medicaciones de nicotina son menores porque es distinta la vía de administración a los de la nicotina en el tabaco. No existe un riesgo añadido al de consumir tabaco cuando se utiliza la TSN. La toma de TSN elimina cientos de toxinas contenidas en el humo del tabaco y, comparado con el consumo de tabaco, constituye un beneficio general de salud. La disminución de la inducción enzimática producida por el tabaco cambia la cinética de algunos medicamentos, por lo que se aconseja revisar el tratamiento con teofilina, warfarina, etc.

Riesgos de dependencia de los sustitutivos de nicotina

El riesgo de volverse dependiente de la TSN es muy pequeño. Con las formas orales podría haber un pequeño nivel de exceso de nicotina cerebral que puede ocasionar la persistencia de la adicción tras la cesación tabáquica. El riesgo de adicción es muy grande con el tabaco inhalado (fumado), menor con el tabaco oral, menor aún con los cigarrillos electrónicos, menor aún con la TSN oral e inexistente con los parches (figura 4.7). No hay ningún problema médico serio que impida que quienes usan los chicles crónicamente, los usen por meses o años. Generalmente ocurre que tras un cierto tiempo los pacientes refieren que “ya han tenido demasiado” y dejan de tomarlos. Controlar cuándo se consumen los chicles ofrece una información útil para detectar si los chicles se toman, en vez de para manejar emociones, para cubrir una deficiencia permanente. En algunos casos, si se sustituyen los parches por las formas orales de TSN, estos pueden eliminar los picos sanguíneos de nicotina y permitir una retirada completa de la nicotina.

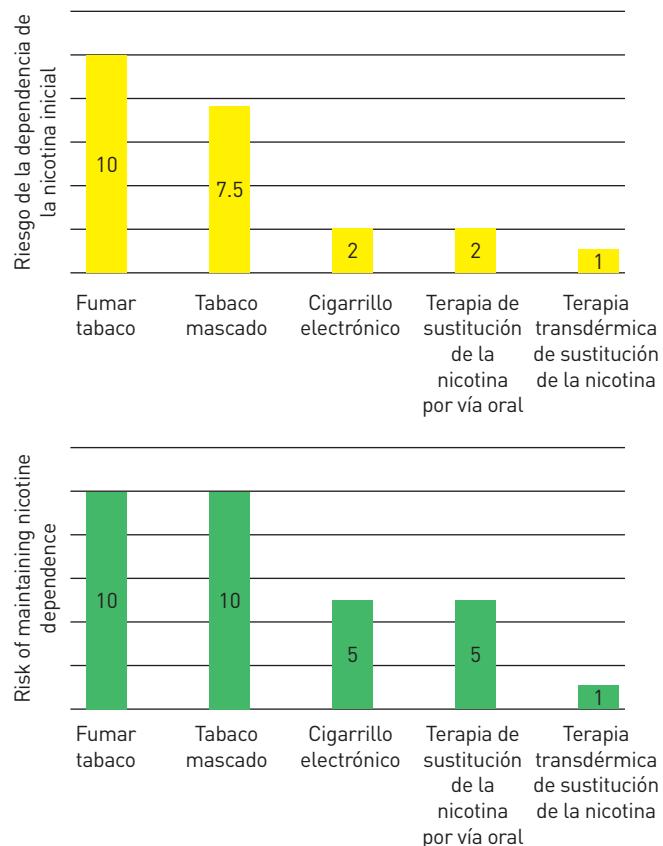
Riesgos de la TSN

Como todos los fármacos la TSN puede tener efectos adversos. Generalmente son benignos. En ocasiones es difícil discernir si los efectos observados, se deben al fármaco, a la sintomatología

Tabla 4.9: Propuestas de dosis iniciales de TSN que podría emplearse (fuente: INPES, Francia)⁸

TIEMPO QUE TRANSCURRE HASTA QUE SE FUMA EL PRIMER CIGARRILLO DE LA MAÑANA	Número de cigarrillos diarios que se fuman			
	<10 cigs/d	10-19 cigs/d	20-30 cig/day	> 30 cig/d
< 5 mins		Parche alta dosis (0.9 mg/h) +/- oral TSN	Parche alta dosis (0.9 mg/h) +/- oral TSN	2 Parches alta dosis (1.8 mg/h) +/- oral TSN
< 30 mins		Parche alta dosis (0.9 mg/h)	Parche alta dosis (0.9 mg/h) +/- oral TSN	Parche alta dosis (0.9 mg/h) +/- oral TSN
< 60 min	Sin medicación o TSN oral	TSN oral	Parche alta dosis (0.9 mg/h)	Parche alta dosis (0.9 mg/h) +/- TSN oral
> 60 min	Sin medicación o TSN oral	Sin medicación o TSN oral	TSN oral	
No diariamente	Sin medicación o TSN oral	Sin medicación o TSN oral		

Figura 4.7: Riesgo estimado de iniciación y mantenimiento en la dependencia de diversos productos que contiene nicotina.



de abstinencia o a algún cambio en el estilo de vida. En caso de alergia, es posible ser alérgico a la TSN, pero esto es excepcional y más teórico que práctico; en cualquier caso, existen reacciones alérgicas a los parches, en concreto a los adhesivos empleados. La respuesta clínica apropiada a este problema depende de la gravedad y extensión del problema. Otros efectos secundarios (ver tabla 4.10) suelen ser moderados y no comparables con las consecuencias de fumar. Esta es la razón por la que la TSN es una medicación disponible sin prescripción.

Es siempre mucho más seguro tomar TSN que fumar. Efectos adversos del tratamiento en comparación con los síntomas relacionados con la cesación. Síntomas que son atribuibles a la cesación, a menudo los pacientes los interpretan como debidos a la medicación. Esto ocurre frecuentemente con los síndromes depresivos y los problemas del sueño.

- Muchas personas que dejan de fumar experimentan signos de depresión, que pueden variar de leves a graves. La presencia de depresión no se relaciona con el uso de fármacos para la cesación, sino más bien a que la cesación pueden estimular (desenmascarar) una depresión latente. Si un paciente tiene una historia pasada de depresión, deben monitorizarse los cambios en el estado anímico para intentar prevenir la aparición de un episodio depresivo. Si el paciente está deprimido, el tratamiento para la depresión debe hacerse junto con la cesación tabáquica.
- Independientemente de que usen medicación o no, en la mayoría de los pacientes que dejan de fumar aparecen alteraciones en el patrón y en la calidad del sueño de intensidad variable. Lo menos que se requiere es una evaluación de la severidad del trastorno. La aparición de pesadillas debería alertar sobre una posible depresión.

Tabla 4.10: Reacciones adversas de la nicotina

Frecuentes (>1/100):
Dolor de cabeza
Mareos
Hipo
Dolor de garganta
Irritación o sequedad bucal
Náusea, vómitos, trastornos digestivos
Infrecuentes (>1/100):
Palpitaciones
Raros (>1/10.000):
Arritmia cardíaca

Otros trastornos pueden durar largo tiempo (y a menudo desaparecer espontáneamente). A las personas que tengan pesadillas mientras usan los parches se les debería aconsejar que se quiten los parches por la noche.

Recomendaciones

- La terapia sustitutiva con nicotina es una farmacoterapia efectiva para el tratamiento del tabaquismo (nivel de evidencia A).
- Una combinación de parches y formas de liberación oral de aumenta las probabilidades de cesación (nivel de evidencia A).
- Se ha comprobado que el uso de TSN más allá de las 14 semanas aumenta las posibilidades de cesación (nivel de evidencia A).

4.3.2 Tratamiento con bupropión

El bupropión (en su formulación de liberación retardada) fue la primera molécula no nicotínica que demostró eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Para el tratamiento del tabaquismo está comercializado desde 1997 y desde el 2000 en Europa. Sólo está disponible por prescripción médica. Con anterioridad el bupropión se había usado -y se sigue usando- como antidepresivo. Al observar la Dra. Linda Ferry que a algunos de sus pacientes depresivos tratados con bupropión les desaparecían las ganas de fumar y dejaban de hacerlo, se empezó a analizar su posible eficacia para el tratamiento del tabaquismo. Dado que está comercializado en Estados Unidos como antidepresivo desde 1989⁹, su perfil de reacciones adversas y de seguridad está muy bien documentado¹⁰. Al igual que ocurre con otros antidepresivos entre sus efectos adversos más comunes se encuentran la sequedad de boca, el insomnio y el dolor de cabeza.

Mecanismo de acción

El bupropión bloquea la liberación neuronal de dopamina y noradrenalina y, posiblemente, la acción de la función de las sustancias nicotínicas anticolinérgicas, demostrada *in vitro*¹¹. Imita el efecto de la nicotina de los cigarrillos al inhibir la recaptación de dopamina y noradrenalina y se piensa que

reduce la sintomatología de abstinencia también por este mecanismo. La eficacia del bupropión para la dependencia nicotínica es una propiedad distinta de su acción antidepresiva, ya que su acción positiva en la cesación se ha comprobado también en pacientes sin trastornos depresivos¹².

El bupropión actúa disminuyendo algunos de los síntomas de abstinencia, en particular, como los síntomas depresivos, reduciendo así la intensidad global del síndrome de abstinencia, lo que lo hace recomendable como ayuda eficiente en el proceso de cesación tabáquica. Ayuda a los pacientes al disminuir el deseo de fumar. Administrado a pacientes con una dependencia nicotínica severa, reduce considerablemente los síntomas depresivos asociados a la abstinencia. El bupropión casi dobla las tasas de cesación obtenidas con placebo y su efecto es similar en ambos sexos¹².

Un análisis genético recientemente publicado sugiere que el éxito de la cesación tabáquica usando el bupropión viene determinado en parte por una variación en la enzima CYP2B6, principal responsable del metabolismo del bupropión, más que por la variación genética en las vías del receptor nicotínico¹³.

Evidencia clínica de la eficacia del bupropión

Un metaanálisis con 44 ensayos analizando la eficacia del bupropión en el tratamiento del tabaquismo concluyó que, frente a placebo, bupropión incrementa significativamente las tasas de cesación a largo plazo (OR: 1,62; IC95%: 1,49-1,76)¹². En un estudio randomizado, doble ciego y controlado por placebo el 27% de las personas que tomaban bupropión se mantenían abstinentes a los 6 meses frente al 16% que tomaban placebo¹⁴. Las tasas de cesación cuando el tratamiento con bupropión estaba asociado a tratamiento conductual también son del doble aproximadamente¹⁵. En el subgrupo de fumadores con el genotipo DRD2 Taq1 A2/A2 del gen de los receptores dopaminérgicos D2 se ha descrito que el bupropión podría ser algo más eficaz: tres veces más que el placebo¹⁶. También se ha descrito que el bupropión disminuye el craving y la ganancia ponderal post-cesación en consumidores de tabaco oral¹⁷.

Indicaciones

Bupropión es un fármaco de primera línea que se ha mostrado eficaz en el tratamiento del tabaquismo. Su uso se recomienda, bajo prescripción médica, a todas aquellas personas que quieran dejar de fumar y no presenten contraindicaciones. Es también una alternativa para quienes no toleran otras medicaciones para la cesación o no han conseguido la cesación tras usarlas o prefieran utilizar terapias no nicotínicas.

Puede recomendarse también en las siguientes situaciones:

- Para evitar la ganancia post-cesación. Hays y cols. describieron un mejor control del peso asociado a mayores tasas de abstinencia un año después del tratamiento¹⁸, por lo que podría utilizarse en personas fumadoras preocupadas por la ganancia de peso.
- Para prevenir las recaídas: el tratamiento durante 52 semanas retrasó las recaídas en quienes habían conseguido dejar de fumar con el tratamiento previo con bupropión durante 7 semanas.
- Para prevenir recaídas en pacientes alcohólicos en la fase de recuperación. En pacientes con EPOC. Aunque García y cols. Se parte de la hipótesis de que el bupropión podría dañar la respuesta ventilatoria a la hipoxia e hipercapnia, con un posible efecto lesivo en la evolución del EPOC, ningún estudio ha podido corroborarlo¹⁹.

Uso clínico

Bupropión está disponible en cajas de 28 comprimidos de 150 mg. De acuerdo a la prescripción médica, los tres primeros días los pacientes deberían tomar una pastilla por la mañana, y a partir de entonces dos pastillas al día (separadas por al menos 8 horas) durante un periodo de 7 a 9-12 semanas. Alargar el tratamiento aumenta la duración de la abstinencia. En el caso del tratamiento a largo plazo, considerar usar la dosis de 150 mg/día durante seis meses.

El bupropión debe empezar a tomarse 1-2 semanas antes de dejar de fumar. La fecha de cesación suele fijarse en la segunda semana del tratamiento y hasta entonces el paciente sigue fumando. Se considera que después de una o dos semanas de tratamiento los niveles séricos de bupropión ya

son estables y que el intento de cesación ya puede realizarse. Se ha comprobado que continuar fumando no afecta a la farmacoterapia con bupropión. Según algunos autores²⁰, si no se consigue la cesación en el momento previsto, debería recomendarse seguir tomando el tratamiento y retrasar la cesación un par de semanas.

Instrucciones de prescripción

Bajo los efectos del bupropión algunos pacientes pueden perder su deseo de fumar antes de la fecha prevista para la cesación o pueden reducir espontáneamente la cantidad de tabaco fumada.

Si aparece insomnio, tomar la pastilla de la tarde algo antes puede aliviar algo.

Se aconseja no tomar alcohol, o tomarlo mínimamente, mientras se toma bupropión.

Si aparecen cambios en el estado de ánimo, consultar a un médico.

Contraindicaciones

Bupropión está contraindicado en.

- menores de 18 años;
- embarazo y lactancia;
- hipersensibilidad al bupropión o algún componente de su excipiente;
- trastornos convulsivos actuales o previos, tumores cerebrales, historia médica de convulsiones o de factores que la favorecen;
- trastornos de la alimentación;
- trastorno bipolar;
- insuficiencia hepática severa, cirrosis hepática;
- Uso de inhibidores de la MAO, fase de desintoxicación de alcohol o benzodiacepinas.

Efectos adversos, precauciones, interacciones

Principales efectos adversos

En comparación con placebo, quienes reciben bupropión presentan el doble de reacciones adversas¹. Los efectos adversos más frecuentemente encontrados en los pacientes que toman bupropión son:

- insomnio;
- dolor de cabeza;
- sequedad bucal.

Para contrarrestar la sequedad de boca y la cefalea se aconseja la ingesta de 2-3 litros diarios de líquido. Para evitar el insomnio se recomienda tomar la primera tableta de bupropión por las mañanas lo más temprano posible para que la segunda pueda ser tomada a primeras horas de la tarde, preferiblemente cuatro horas antes de dormir. También puede bajarse la dosis a 150 mg/d.

Un estudio francés muy amplio sobre tratamiento del tabaquismo con bupropión, realizado los tres primeros años tras su comercialización (2001-2004) y que incluyó a 698.000 pacientes, los autores encontraron 1682 reacciones adversas, de las cuales el 28% fueron calificadas como graves²¹. De estas reacciones adversas graves fueron:

- cutáneas (alérgicas, angioedema tipo “enfermedad del suero”) un 31,2% (0,21% del total de pacientes),
- neurológicas (especialmente cerebro-vasculares) un 22,5% (0,15% del total de pacientes),
- neuro-psiquiátricas (especialmente pensamientos suicidas y depresión) un 17,2% (0,12% del total de pacientes).

Un análisis detallado de los casos permitió identificar factores de riesgo en el 66% de los problemas neuro-psiquiátricos y en casi el 50% de los problemas neurológicos.

Otros efectos adversos

Tras la administración de bupropión se ha descrito la aparición de mareos, hipertensión, dolor torácico, síndrome de ansiedad-depresión, disminución del rendimiento intelectual, alteraciones visuales y, más raramente, convulsiones o reacciones alérgicas. La reacción adversas más preocupante son las convulsiones, que ocurren un 1/1000 de los pacientes y cuya aparición suele verse favorecida por la presencia previa de factores de riesgo como trastornos de la circulación cerebral, traumatismo cráneo-encefálico, epilepsia, trastornos de la alimentación, toma de medicamentos que disminuyen el umbral convulsivos, etc.

Algunos cuadros más raros como angioedema²² o hiponatremia, incluyendo el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH)²³ también han sido descritos.

Precauciones de uso

En pacientes ancianos se recomienda reducir la dosis a la mitad., al igual que en los casos de insuficiencia hepática o renal grave. Los conductores de vehículos y quienes manejan maquinaria pesada deben tener en cuenta que sus capacidades pueden verse mermadas por los mareos y la alteración de la atención y de la capacidad de concentración. Dado que en algunos casos se han descrito aumentos en la presión arterial, ésta debe ser controlada, especialmente cuando se emplean combinaciones de bupropión y parches de nicotina.

Todos los pacientes que usen bupropión o cualquier otro medicamentos para la cesación tabáquica deben ser monitorizados de los siguientes síntomas. Trastornos de la conducta, hostilidad, agitación, malhumor, pensamientos o intentos suicidas o ideación de conducta anormal. Ante la presencia de estos síntomas, el paciente debe dejar de tomar la medicación y contactar con su médico²⁶. Tanto la EMEA como la FDA aconsejan a los pacientes que, si van a tomar esta medicación, refieran cualquier antecedente de trastorno psiquiátrico a sus profesionales sanitarios y a estos les aconsejan monitorizar los cambios en el estado de ánimo y en la conducta una vez prescrita la medicación^{25,26}.

Antes de prescribir bupropión, los facultativos deben analizar aquellos aspectos que conllevan precauciones de uso, como:

- uso de sustancias que pueden disminuir el umbral convulsivos, como algunos antipsicóticos, algunos antidepresivos, tramadol, metilxantinas, esteroides sistémicos, antihistamínicos H1, quinolonas, sustancias psicoestimulantes y anorexígenos;
- historia de alcoholismo;
- hipoglucemia o de traumatismo cráneo-encefálico.

Debe también prestarse atención al uso concomitante de otras medicaciones que puedan interactuar con el bupropión,

especialmente aquellas que son metabolizadas por el CYP 2D6. Los niveles de teofilina, tacrina, clozapina y quizá imipramina, fluvoxamina y pentazocina pueden aumentar si se administran simultáneamente a bupropión. Lo mismo ocurre con algunos otros antidepresivos (paraxetina y desipramina), algunos antipsicóticos (risperidona, tioridazina), metoprolol y propafenona. Se recomienda también precaución con el uso concomitante de ciclofosfamida, carbamazepina, valproato, levodopa y amantadina¹.

Indicaciones de cesación del tratamiento con bupropión

- aparición de convulsiones;
- síntomas de la enfermedad del suero: dolor muscular o articular, fiebre;
- reacción anafiláctica o hipersensibilidad: erupciones cutáneas, constricción torácica, disnea o edemas.

Coste-efectividad del tratamiento con bupropión

En una revisión sistemática que comparó el coste-efectividad de vareniclina y bupropión para la cesación tabáquica, que pretendía encontrar diferencias en los modelos empleados y en sus conclusiones, vareniclina dominó a bupropión en la mayoría de los modelos de coste-efectividad²⁷. Sin embargo, en la interpretación de los resultados debe tenerse en cuenta la aplicabilidad de los modelos a la clínica práctica y las variables que cambian las conclusiones de coste-efectividad²⁷.

Recomendación

- Bupropión es una farmacoterapia efectiva para el tratamiento del tabaquismo (nivel de evidencia A).

4.3.3 Tratamiento con vareniclina

La vareniclina es la más reciente incorporación al arsenal farmacológico para el tratamiento del tabaquismo. Fue aprobada para su uso en Europa y en muchos otros países en 2006. Requiere prescripción médica

4.3.3.1 Mecanismo de acción

El mecanismo por el que la vareniclina ayuda a los fumadores a conseguir la cesación debe ser comprendido en el contexto

del papel que juega la nicotina en generar y mantener la dependencia nicotínica. La nicotina actúa en los receptores colinérgicos nicotínicos neuronales en el área tegmental ventral del cerebro ocasionando la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, lo que refuerza la conducta de búsqueda de nicotina. La activación de estos receptores en el área tegmental ventral ocurre cuando la sangre contiene suficientes niveles de nicotina²⁸.

Los subtipos de receptores nicotínicos predominantes en el sistema nervioso central son los $\alpha 4\beta 2$ y los $\alpha 7$, denominados por su estructura. Los $\alpha 4\beta 2$ son los más prevalentes y representan aproximadamente el 90% de los receptores nicotínicos cerebrales. Esta alta prevalencia y la gran afinidad de la nicotina por ellos sugieren que este tipo de receptores son claves para el mantenimiento y el tratamiento de la dependencia de la nicotina²⁹. Los receptores $\alpha 4\beta 2$, especialmente las moléculas que actúan en ellos como agonistas parciales, han sido identificados como potenciales dianas terapéuticas para la cesación tabáquica³⁰.

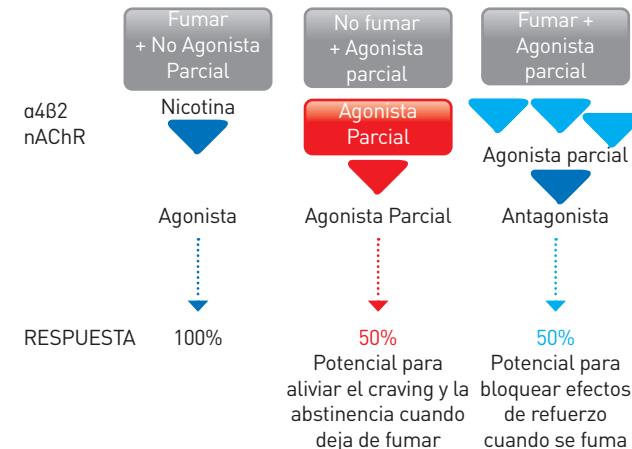
La vareniclina se diseñó para tener una gran afinidad por los receptores $\alpha 4\beta 2$ del sistema dopaminérgico mesolímbico³¹ y para actuar como agonista parcial en los receptores $\alpha 4\beta 2$ ²⁸; también posee un modo de acción dependiente del receptor, ya que es un agonista parcial de los receptores $\alpha 4\beta 2$, $\alpha 3\beta 2$, $\alpha 3\beta 4$ y $\alpha 6 / \alpha 3\beta 2\beta 3$ y un antagonista completo de los $\alpha 7$. En el caso del tratamiento del tabaquismo se cree que la vareniclina facilita la cesación a través de la estimulación de las neuronas dopaminérgicas y consiguiente mejora de los cravings por el tabaco y de los síntomas de abstinencia. El agonismo parcial del receptor $\alpha 4\beta 2$ inhibe la fijación de nicotina dando lugar a una menor recompensa al fumar un cigarrillo (ver figura 4.8).

4.3.3.2 Evidencia clínica de la eficacia de la vareniclina

Eficacia en adultos sanos

Un metaanálisis que incluyó los datos de 15 ensayos clínicos con 12.233 participantes que recibieron vareniclina (1mg, 2 veces al día) o placebo, concluyó el que riesgo relativo (RR) de mantener la abstinencia durante las semanas 9-24 era mayor

Figura 4.8: Mecanismo de acción de la Vareniclina como agonista parcial de los receptores colinérgicos nicotínicos $\alpha 4\beta 2$



para la vareniclina: 2,27 (IC95%:2,02-2,55)³².

Un metaanálisis realizado por la colaboración Cochrane concluyó que la vareniclina era superior a las formas aisladas de TSN (OR: 1,57; IC95%: 1,29-1,91), pero no más efectiva que la forma combinada de TSN (OR: 1,06; IC95%: 0,75-1,48)⁵.

El metaanálisis también analizó tres estudios que compararon vareniclina con bupropión. La abstinencia continua en la semana 52 fue superior para la vareniclina que para el bupropión (OR: 1,59; IC95%: 1,29-1,96)⁴.

En un análisis conjunto de los datos de los ensayos clínicos de fase III de Gonzáles y cols. y de Jorenby y cols. con el fin de explorar la eficacia relativa de los diversos fármacos en la cesación, Nides y cols. encontraron que las tasas de abstinencia continua conjunta en las semanas 9-12 fueron significativamente mayores para la vareniclina que para el bupropión o el placebo (44,0%, 29,7% y 17,7%, respectivamente; $p < 0,001$ en ambos casos). En un análisis similar para analizar los efectos sobre el craving y los síntomas de abstinencia, West y cols.³³ encontraron que vareniclina y bupropión reducían los cravings más que el placebo ($p < 0,001$ ambos casos), que vareniclina lo hacía más que bupropión ($p < 0,008$), que ambos fármacos eran superior a placebo para inhibir el síndrome

de abstinencia y que los pacientes tratados con vareniclina referían experimentar menores efectos placenteros al fumar que aquellos tratados con bupropión.

En su conjunto todos estos datos clínicos muestran que la vareniclina es superior al placebo y sugieren que probablemente es más efectiva que la monoterapia con TSN y el bupropión para conseguir la abstinencia a corto plazo. La vareniclina no sólo atenúa significativamente el *craving* y los síntomas de abstinencia, sino que también reduce significativamente los efectos reforzadores de la nicotina y retrasa las recaídas³⁴.

Eficacia del tratamiento prolongado

Tratamientos de mayor duración con Vareniclina se han mostrado más efectivos que tratamientos más cortos para conseguir la abstinencia a los 6-12 meses. En un estudio, aquellas personas que habían conseguido la abstinencia con vareniclina a las 12 semanas (sabiendo que tomaban vareniclina) fueron aleatorizadas para recibir vareniclina o placebo por otras 12 semanas: al finalizar esta segunda fase (semana 24) un 71% de los pacientes que tomaban vareniclina y un 50% de quienes tomaban placebo permanecían abstinentes (OR: 2,48; IC95%: 1,95-3,16); a las 52 semanas seguían siendo superiores, 44% vs. 37% (OR: 1,34; IC95%: 1,06-1,69)³⁵. Un análisis secundario de los datos de este estudio sugiere que, usada para la prevención de recaídas, las 12 semanas adicionales de vareniclina son más efectivas en quienes inicialmente tuvieron dificultades en conseguir la abstinencia³⁶. Existe también evidencia científica de que la vareniclina es bien tolerada a largo plazo (de 6 a 12 meses) y de que es segura. En un estudio con 377 fumadores que aleatoriamente recibieron vareniclina (1 mg, 2 veces al día) o placebo durante un año, el fármaco fue bien tolerado. Las tasas de abstinencia puntual a la semana 52 fueron de 37% para la vareniclina y de 8% para el placebo³⁷.

Otro estudio trató de determinar hasta qué punto consiguen la abstinencia quienes no consiguen dejar de fumar el día previsto o quienes presentan consumos puntuales posteriores. Esto se hizo mediante un análisis secundario de los datos conjuntos de dos ensayos clínicos similares

de vareniclina frente a bupropión y placebo. En quienes consiguieron la abstinencia continua durante al menos las últimas cuatro semanas de tratamiento (semanas 9-12) se observaron dos patrones: unos lo dejaron en la fecha prevista y se mantuvieron abstinentes durante las doce semanas; otros consiguieron la abstinencia algo más tarde o incluso tuvieron algunos consumos puntuales, pero estaban abstinentes para la semana 9. Estos datos aconsejan seguir con el tratamiento ininterrumpidamente en los pacientes motivados aunque existan aparentes “fallos” al principio del tratamiento³⁸.

Eficacia en pacientes con EPOC

Tashkin y cols.³⁹ encontraron que la vareniclina es una terapia farmacológica efectiva y bien tolerada en pacientes con formas leves o moderadas de EPOC. Las tasas de abstinencia continua en las semanas 9-12 fueron de 42,3% para la vareniclina y 8,8% para el placebo; y de 18,6% y 5,6% respectivamente en el seguimiento (semanas 9-52). El perfil de seguridad fue bueno comparado con estudios previos (2,8% de efectos adversos graves para la vareniclina y 4,4% para el placebo).

Eficacia en pacientes con enfermedad cardíaca

En 2010 Rigotti y cols.⁴⁰ publicaron los resultados de un ensayo en 714 fumadores con enfermedades cardio-vasculares estables. Encontraron mayores tasas de abstinencia para la vareniclina que para el placebo, tanto en las semanas 9-12 (47,0% vs. 13,9%) como en las semanas 9-52 (19,2% vs. 7,2%).

Eficacia en pacientes con infección VIH

En un estudio multicéntrico no ciego con pacientes VIH positivos en el que se usó la vareniclina de la manera habitual se describió que los efectos adversos y las tasas de abstinencia fueron en general similares a los encontrados en estudios aleatorizados publicados con pacientes VIH-negativos⁴¹. La vareniclina parece efectiva en estos pacientes a la vez que segura, aunque las reacciones adversas (sobre todo, náuseas) fueron frecuentes. Se aconseja una monitorización estrecha de las enzimas hepáticas y de la presión arterial en pacientes VIH-positivos que toman vareniclina.

Eficacia en pacientes con trastornos psiquiátricos

Datos del ensayo de cesación COMPASS sirvieron para comparar los fumadores con una historia psiquiátrica con los controles⁴². Todos los pacientes recibieron asesoramiento conductual más vareniclina con un seguimiento post-cesación de 6 meses. La historia psiquiátrica se basaba en la evidencia recogida en la historia de trastorno depresivo, de ansiedad, bipolar o psicótico. Aunque los pacientes con una historia psiquiátrica refirieron más frecuentemente ansiedad y depresión durante el estudio, las tasas de cesación fueron similares en ambos grupos (31,5% vs. 35,4%).

Un amplio estudio multicéntrico controlado y aleatorizado de Anthenelli y cols.⁴³ comparó un tratamiento de 12 semanas de vareniclina con placebo en una muestra (n: 525) de pacientes tratados y estables con historia pasada o actual de depresión mayor (fueron excluidos quienes presentaban depresión no tratada, un trastorno psiquiátrico concurrente o recibían estabilizadores del ánimo o antipsicóticos). El estudio encontró que en estos pacientes la vareniclina incrementa la cesación entre la semanas 9 y 52 (20,3% vs. 10,4%; OR: 2,36, IC95%: 1,40-3,98; p<0,001) sin aumentar la depresión o la ansiedad. En este estudio hubo una gran cantidad de pérdidas en el seguimiento, lo que limita sus conclusiones.

Un metaanálisis de 7 estudios (n: 352) que comparó la eficacia de la vareniclina frente al placebo en pacientes con esquizofrenia no encontró que la vareniclina fuera superior⁴⁴. La vareniclina fue bien tolerada y no hubo un aumento de problemas neuro-psiquiátricos. Dado el pequeño tamaño de la muestra, se requieren más estudios para determinar el uso de vareniclina en los pacientes con esquizofrenia.

El reciente estudio EAGLES incluyó pacientes con trastornos del ánimo, de ansiedad, psicóticos y personalidad borderline⁴⁵. No se evidenció ningún aumento de problemas neuro-psiquiátricos. Los autores resaltan, sin embargo, que los resultados pueden no ser extrapolables a pacientes psiquiátricos no tratados o inestables.

La actualización de 2016 de la colaboración Cochrane, que incluyó 14 ensayos con vareniclina, no encontró diferencias en eventos neuro-psiquiátricos entre las ramas vareniclina y placebo en los pacientes sanos; en los pacientes con

trastornos psiquiátricos pasados o actuales la evidencia no es aún concluyente.

Eficacia en consumidores de formas no fumadas de tabaco

La eficacia y la seguridad de la vareniclina para ayudar en la cesación a consumidores de formas no fumadas de tabaco se evaluó en 431 participantes (213 vareniclina, 218 placebo). Las tasas de abstinencia continua fueron mayores con la vareniclina tanto en las semanas 9-12 (59% vs. 39%) como tras el seguimiento (semanas 9-26: 45% vs. 34%). Los autores concluyeron que la vareniclina puede ayudar a abandonar el consumo de formas orales de tabaco y que su perfil de seguridad es aceptable. Las altas tasas de cesación con el placebo sugieren una población menos resistente al tratamiento que los fumadores⁴⁷. En un estudio piloto realizado para obtener datos preliminares de la vareniclina como estrategia de reducción del tabaco con 20 personas, Ebbert y cols.⁴⁸ refieren que vareniclina puede ser efectiva para reducir el consumo de formas no fumadas de tabaco y conseguir la abstinencia en usuarios que no se plantean la abstinencia, pero sí reducir.

4.3.3.3 Vareniclina en farmacoterapia combinada

Los grandes fumadores podrían beneficiarse de la combinación de vareniclina con TSN, ya que la vareniclina puede no saturar completamente los receptores durante la escalada de dosis²⁴. Los receptores saturados incompletamente pueden dar lugar a una atenuación parcial de los *cravings* nicotínicos. La administración de TSN adicional puede dar lugar a una saturación más completa de los receptores y consecuentemente a una atenuación más completa de los *cravings*.

Este posible efecto fue originalmente evaluado en el programa de internamiento de ocho días de la clínica Mayo. El primer grupo de estudio (n: 135) completó el tratamiento antes de la comercialización de la vareniclina y recibió el tratamiento estándar (parches y bupropión). Las formas de liberación aguda de TSN fueron usadas a voluntad para tratar los deseos de fumar y los síntomas de abstinencia. El segundo grupo (n: 104) completó el programa tras la comercialización de la vareniclina y recibió terapia combinada de vareniclina y TSN.

Los parches fueron la forma de TSN más frecuentemente empleada y fueron complementados con formas puntuales de liberación de TSN. Casi tres cuartas partes de los pacientes utilizaron más de una forma de TSN. No se observaron diferencias significativas en las tasas de abstinencia entre los dos grupos a los seis meses. Es importante destacar que no se observó un incremento de reacciones adversas en el grupo de tratamiento combinado. Son limitaciones graves de este estudio su muestra pequeña y su diseño no controlado.

Tres ensayos controlados han examinado la eficacia^{49,50,51}. Hayek y cols.⁴⁹, en un estudio con solo 117 pacientes, no encontraron diferencias en las tasas de cesación de quienes recibían vareniclina sola y vareniclina más TSN. Ramón y cols. (n: 341) encontraron una pequeña diferencia no significativa a favor del grupo de terapia combinada (vareniclina más parche) frente al de parches 12 semanas; ambos grupos recibieron apoyo conductual. Un subanálisis de este estudio encontró mayores tasas de abstinencia en quienes fumaban 29 o más cigarrillos diarios (OR: 1,46; IC95%: 1,2-2,8). Otro ensayo controlado (n: 435), que comparaba vareniclina sola con vareniclina en combinación, sí encontró diferencias significativas a las 12 semanas (OR: 1,85; IC95%: 1,19-2,89) y a las 24 semanas (49,0% vs. 32,6%; OR: 1,98; IC95%: 1,25-3,14; p: 0,004). Los autores también encontraron una mayor incidencia de náuseas, trastornos del sueño, depresión, reacciones cutáneas y estreñimiento, aunque sólo las reacciones cutáneas alcanzaron la significación estadística. Se necesitan ensayos adicionales para mejorar nuestra comprensión del valor del tratamiento combinado y la posibilidad de que pueda ser recomendado a subgrupos específicos de pacientes. Puede contemplarse su uso en aquellos pacientes que encuentran dificultades en conseguir la abstinencia con monoterapia, reconociendo la limitada evidencia disponible actualmente.

Recomendaciones

- No existen contraindicaciones para el uso conjunto de vareniclina más TSN (nivel de evidencia B).
- La combinación de TSN y vareniclina puede resultar beneficiosa, especialmente en grandes fumadores; sin

embargo, los resultados no son claros. Se necesita más evidencia para que esto sea llevado a la práctica habitual (nivel de evidencia C).

4.3.3.4 Vareniclina y asesoramiento

La evidencia apoya la efectividad de la vareniclina cuando se administra asociada a diversos programas de tratamiento conductuales como los que se ofertan en la práctica clínica real. El grado de efectividad de la vareniclina cuando se administra con asesoramiento telefónico proactivo, asesoramiento a través de páginas web, o una mezcla de ambos fue analizado por Swan y cols.⁵². Concluyeron que el asesoramiento telefónico presenta una mayor ventaja para la cesación temprana y que parece aumentar la adherencia a la medicación, pero la ausencia de diferencias a los 6 meses sugiere que este tipo de intervenciones son prometedoras cuando se usan asociadas a vareniclina.

4.3.3.5 Indicaciones

La vareniclina es la primera medicación diseñada exclusivamente para ayudar a la cesación tabáquica²⁴. Está disponible con receta médica y es un fármaco de primera línea para tratar la dependencia nicotínica.

4.3.3.6 Uso clínico

La vareniclina se administra por vía oral, sin ser necesario tener en cuenta la ingesta de comida, en dos fases¹.

Fase inicial: cajas con tabletas dosificadas para las dos primeras semanas, prescritas de la siguiente manera: una tableta de 0,5 mg/d los tres primeros días; una tableta de 0,5 mg dos veces al día los cuatro siguientes días; una tableta de 1 mg dos veces al día durante la semana siguiente. Fase de mantenimiento: cajas de 28 tabletas de 1 mg; se recomienda tomar una tableta de 1 mg dos veces al día durante las diez semanas siguientes.

La fecha de cesación se fija para que coincida con las primeras semanas del tratamiento (preferiblemente la segunda). Si el intento de cesación no fructifica, se continúa con el tratamiento y se realiza otro intento de cesación posteriormente, hasta que lo consigue.

4.3.3.7 Contraindicaciones

Presenta pocas contraindicaciones: hipersensibilidad a la vareniclina o los excipientes, ser menor de edad, estar embarazada o lactando.

4.3.3.8 Precauciones de uso

Pacientes con insuficiencia renal

En los pacientes con insuficiencia renal la dosis se ajusta de la siguiente manera: si la insuficiencia renal es leve (aclaramiento de creatinina entre 50 y 80) o moderada (aclaramiento de creatinina entre 30 y 50) no es necesario ajustar la dosis. Si es grave (aclaramiento de creatinina <30) la dosis recomendada es la de 0,5 mg dos veces al día¹¹. Dada la ausencia de evidencia, el uso de vareniclina no se recomienda en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal.

Conductores de vehículos y de maquinaria pesada

Debidos a los informes de la FDA americana en 2007, se plantearon algunos problemas de seguridad en relación con el uso de la vareniclina en los conductores de vehículos y de maquinaria pesada, así como en aquellas actividades que requieren una situación de alerta y de control motor para evitar lesiones graves. En mayo de 2008 las autoridades federales americanas competentes prohibieron el uso de vareniclina en los pilotos, controladores aéreos y conductores de camiones y autobuses³⁴. Conviene por tanto preguntar a los conductores si su actividad se ve influenciada por el uso de vareniclina, ya que puede producir mareos y somnolencia. Se debe aconsejar a los pacientes que no conduzcan, manejen maquinaria pesada o no participen en actividades potenciales de riesgo hasta que sepan con certeza que la vareniclina no altera sus capacidades al respecto.

4.3.3.9 Seguridad y tolerabilidad

Generalmente la vareniclina es bien tolerada. Las reacciones adversas más frecuentemente referidas, en comparación con bupropión o placebo, se muestran en la tabla 4.11⁵³

Náuseas

Con una incidencia entre el 24,4% y el 52,0% las náuseas son

el síntoma más frecuentemente descrito en los grupos que toman vareniclina. La mayoría de los episodios comienzan en la primera semana y duran una media de 12 días. El ajuste de dosis parece disminuir su incidencia: en los estudios que se permitía a los pacientes regular la cantidad de vareniclina ingerida la incidencia de náuseas fue más baja (13,4%). En los ensayos clínicos el porcentaje de pacientes que abandonó el tratamiento a causa de las náuseas fue del 5%. Cuando aparece este síntoma la siguiente información práctica puede ser útil para los pacientes: en general, el efecto tiende a desaparecer al cabo de una semana aproximadamente de comenzar el tratamiento, puede paliarse tomando la vareniclina junto con alimentos y descansando un poco después de la ingesta.

El uso de vareniclina a la dosis de mantenimiento (1 mg dos veces al día) durante más de 6 semanas se asocia con efectos adversos gastro-intestinales. En términos prácticos, es esperable que uno de cada cinco pacientes experimente náuseas y que el 4% experimente estreñimiento y el 3% flatulencia⁵⁴.

Insomnio

El insomnio es otro efecto adverso frecuentemente descrito en los ensayos clínicos (14,0%-37,2%). En general, aparece durante las primeras cuatro semanas de tratamiento y se hace menos común posteriormente. En un estudio de tratamiento prolongado la incidencia de insomnio fue de 19,1% con vareniclina y de 9,5% con placebo, lo que sugiere que el insomnio puede relacionarse parcialmente con la abstinencia nicotínica³⁴.

Tabla 4.11: Comparación de los principales efectos adversos de vareniclina, bupropión y placebo

	Vareniclina	Bupropion	Placebo
Náuseas	28%	9%	9%
Insomnio	14%	21%	13%
Dolor de cabeza	14%	11%	12%

Cardiovascular

Una revisión de los estudios publicados entre 2008 y 2010 aportó datos en relación a la seguridad del uso de vareniclina en pacientes con patologías respiratorias y cardiovasculares, así como sobre posibles efectos adversos psiquiátricos.

Una revisión sistemática y metaanálisis publicada por Singh y cols.⁵⁶ en 2011 tuvo gran difusión y sembró ciertas dudas de la seguridad de la vareniclina comparada con el placebo. El metaanálisis de Shing ha sido ampliamente criticado en la literatura por sus inadecuadas técnicas de análisis y por sus conclusiones.

Dos metaanálisis posteriores de los mismos datos concluyeron que la vareniclina y otros fármacos usados en la cesación no incrementaban el riesgo de problemas cardiovasculares graves. El primero fue realizado por Mill y cols. y valoró el riesgo como riesgo relativo, utilizando métodos estadísticos adecuados. El segundo metaanálisis, realizado por la EMEA con prácticamente los mismos datos, mostró que no había riesgos significativos, concluyendo que el beneficio de la vareniclina para la cesación tabáquica es alto y que los potenciales riesgos no deben limitar su utilización⁵⁷.

Aunque no existen datos de un mayor riesgo cardiovascular en pacientes que toman vareniclina, no ha sido posible descartar aún esta posibilidad, por lo que se recomienda a los clínicos que informen a sus pacientes de este pequeño riesgo potencial.

Eventos neuro-psiquiátricos

En relación con la seguridad neuropsiquiátrica de la vareniclina y el bupropión se han formulado preocupaciones serias y esto ha originado una cierta confusión en la comunidad médica acerca de uso en personas interesadas en conseguir dejar de fumar. Diversos ensayos, recientes y bien diseñados, no han encontrado evidencia que sugiera un aumento en el número de eventos neuropsiquiátricos atribuibles a estas medicaciones. En consecuencia, la FDA ha actualizado la ficha técnica de la vareniclina señalando que el riesgo de eventos neuropsiquiátricos graves es menor de lo que originalmente se pensaba y que los beneficios de su uso son mucho mayores que los riesgos asociados al mismo. Revisamos la historia y la evidencia al respecto.

Tras la comercialización de la vareniclina en 2006, aparecieron diversos informes de reacciones adversas tanto de la vareniclina como del bupropión. Entre ellos se encontraban informes de una cohorte de 2682 pacientes en el Reino Unido a quienes se siguió desde diciembre de 2006 y que refirió efectos psiquiátricos durante el tratamiento, incluyendo trastornos del sueño (1,6%), ansiedad (1,2%), depresión (1,0%), sueños anormales (1,0%), cambios de humor (0,6%) y actos suicidas (intentos e ideación, 0,2%)^{34,58}.

Basándose en estos informes, en noviembre de 2007 la FDA publicó una alerta acerca de la seguridad de la vareniclina, remarcando la necesidad de examinar la existencia de trastornos psiquiátricos preexistentes antes de usar vareniclina y la importancia de monitorizar los cambios de humor o de conducta. En mayo de 2008, la FDA actualizó su aviso requiriendo que todos los pacientes fueran cuidadosamente observados y de que informaran a sus médicos en caso de cambios de humor o de conducta, o de empeoramiento de un trastorno psiquiátrico preexistente, tanto durante la toma de vareniclina como tras su cese. En marzo de 2015 hubo una nueva actualización de la ficha técnica para incluir potenciales efectos adversos en el estado de ánimo o en el pensamiento⁵⁹.

Desde el informe inicial diversos estudios han analizado el vínculo potencial entre el uso de vareniclina y la aparición de eventos neuropsiquiátricos. Un artículo de 2010 revisó la incidencia y el riesgo relativo de trastornos psicológicos registrados en 10 ensayos controlados con vareniclina para la cesación tabáquica^{58,60}. Independientemente de los trastornos del sueño simples, se describieron trastornos psicológicos en el 10,7% de los pacientes tratados con vareniclina y en el 9,7% de quienes recibieron placebo, con un riesgo relativo de 1,02. El riesgo relativo frente al placebo de efectos adversos psiquiátricos en el grupo vareniclina fue: 0,86 para síntomas de ansiedad, 0,76 para cambios en la actividad física, 1,42 para cambios en el estado de ánimo, 1,21 para trastornos del humor sin clasificar y 1,70 para trastornos del sueño. Ningún paciente de estos diez ensayos presentó conducta suicida o ideación patológica, pero dos pacientes sí presentaron ideación suicida y un suicidio en otros tres ensayos que no fueron incluidos en

esta revisión por su diferente diseño.

Un amplio estudio de Meyer de 2013 analizó las hospitalizaciones neuropsiquiátricas en nuevos usuarios de vareniclina (n:19.933) frente a nuevos usuarios de parches (n:15.867). El estudio incluía pacientes con y sin historia previa de trastorno neuropsiquiátrico. No se encontraron diferencias entre ambos grupos a los 30 y a los 60 días en la tasa de hospitalizaciones neuropsiquiátricas⁶².

Thomas y cols.⁶³ compararon el riesgo de depresión, autolesión y suicidio en un estudio prospectivo de cohortes con 119.546 pacientes en Inglaterra. Concluyeron que no había evidencia alguna de que quienes recibían vareniclina presentaran un mayor riesgo de depresión, autolesión y suicidio que quienes habían recibido TSN.

Más recientemente, el estudio EAGLES (un estudio doble ciego, aleatorizado y controlado, multicéntrico con 140 centros de 16 países) examinó y comparó la seguridad neuropsiquiátrica del bupropión, la vareniclina y la TSN en personas con y sin historia de trastorno psiquiátrico⁴⁵. El estudio fue realizado a petición de la FDA a Pfizer y Glaxo-Smith-Kime, los fabricantes de vareniclina y bupropión. El estudio se realizó en 8144 pacientes, 4166 de los cuales se incluyeron en la cohorte psiquiátrica. En esta cohorte fueron incluidas personas con cualquiera de las cuatro grandes categorías de trastornos (del ánimo, de ansiedad, psicóticos y trastorno límite de personalidad). Los pacientes fueron aleatorizados para recibir vareniclina, bupropión, TSN o placebo durante 12 semanas y fueron seguidos durante un total de 24 semanas. En el estudio no se encontró ningún incremento de eventos neuropsiquiátricos atribuibles a vareniclina o bupropión. El estudio también encontró una mayor tasa de cesación en vareniclina comparada con bupropión, TSN o placebo, así como una mayor tasa de cesación en bupropión y TSN en comparación con placebo. Los autores señalan que los resultados pueden no ser extrapolables a las personas fumadoras con trastornos psiquiátricos no tratados o inestables. El estudio no incluyó fumadores con trastorno por uso de sustancias o riesgo inminente de suicidio.

Una actualización de un metaanálisis de la biblioteca Cochrane que incluía 14 ensayos con vareniclina no encontró

diferencias en eventos neuropsiquiátricos entre las ramas vareniclina y placebo³². El riesgo relativo para la depresión fue 0,94 (IC95%:0,77-1,14; 36 estudios; 16.189 participantes, I²=0), con menores tasas en el límite de la significación para el grupo de vareniclina. Los autores resaltan que todos los cinco casos de ideación suicida del grupo de vareniclina ocurrieron en la cohorte psiquiátrica y ninguno ocurrió en la cohorte no psiquiátrica^{46,32}. Los autores concluyen que los datos del metaanálisis "no apoyan la existencia de una relación causal entre la vareniclina y los trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo ideación y conducta suicida, aunque la evidencia no es concluyente en personas con trastornos psiquiátricos actuales o pasados"³².

En diciembre de 2016, tras la aparición de nuevas evidencias de ensayos bien diseñados, tanto la FDA como la EMEA anunciaron que removían de la ficha técnica los efectos adversos graves sobre la salud mental. En concreto la FDA declaró: "basados en una revisión propia de los datos de un amplio ensayo clínico que pedimos a las compañías farmacéuticas que realizaran, hemos determinado que el riesgo de efectos adversos graves sobre el estado de ánimo, la conducta o la salud mental de los fármacos vareniclina y bupropión es más bajo que lo que se había sospechado previamente. El riesgo de efectos adversos sobre la salud mental todavía existe, especialmente en aquellas personas tratadas por algún trastorno mental como depresión, ansiedad o esquizofrenia, o que lo hayan sido en el pasado. Sin embargo, la mayor parte de quienes padecieron estas reacciones adversas no tuvieron consecuencias graves que requirieran hospitalización. Los resultados del ensayo confirman que los beneficios de dejar de fumar superan los riesgos de estas medicinas"³².

En resumen, hasta el momento no hay evidencia concluyente de que el uso de vareniclina se asocie con un aumento de eventos neuropsiquiátricos. Se aconseja a los profesionales sanitarios que hablen con sus pacientes sobre los beneficios y riesgos de usar medicaciones eficaces para la cesación. A los pacientes se les aconseja que llamen a sus profesionales sanitarios si perciben alguna alteración en el estado de ánimo, en la conducta o en el pensamiento⁴⁶.

Otros efectos adversos

Se han descrito también algunos otros efectos adversos, tales como dolor abdominal, estreñimiento flatulencia, sueños anormales, trastornos del sueño, vértigo, sequedad de boca, aumento de apetito, ganancia de peso y dolor de cabeza, cuya frecuencia es del doble de la encontrada con placebo⁶⁴. Suelen ser leves o moderados y transitorios, apareciendo fundamentalmente en las primeras cuatro semanas de tratamiento. Ocasionan el abandono del fármaco en un 2% de los pacientes³⁴.

No se han descrito interacciones relevantes de la vareniclina con otros fármacos. En cambio sí son aparentes las interacciones relacionadas con la cesación del consumo de tabaco. Es conocido que, a través de la desaparición de la inducción del CYP1A2, la cesación tabáquica requiere el ajuste de la dosis de teofilina, warfarina, insulina, etc.¹¹

La cesación de la vareniclina al final del tratamiento puede originar en aproximadamente un 3% de los pacientes una mayor irritabilidad, mayores deseos de fumar, insomnio o estado de ánimo depresivo¹¹.

Recomendación

- Vareniclina es una farmacoterapia efectiva de primera línea para el tratamiento del tabaquismo (nivel de evidencia A).

4.3.4 Clonidina

La clonidina se utiliza como agente antihipertensivo; reduce la actividad simpática central mediante la estimulación de los receptores adrenérgicos α_2 , de localización presináptica. Reduce de manera eficaz algunos de los síntomas de carácter noradrenérgico asociados con la abstinencia opiode y también la nicotínica como la tensión, irritabilidad, ansiedad, *cravings*, y la inquietud⁶⁵.

El uso de la clonidina para la cesación tabáquica no está aprobado y se considera una medicación de segunda línea. Por ello los clínicos deben ser conscientes de las advertencias de seguridad específicas de esta sustancia, así como de su perfil de reacciones adversas. La Guía Americana decidió otorgarle el estatus de medicación de segunda línea por las advertencias de

seguridad (fundamentalmente asociadas a su retirada), por la variabilidad en las dosis empleadas y por la falta de aprobación de la FDA. Por consiguiente, bajo supervisión médica, la clonidina podría emplearse para el tratamiento del tabaquismo en aquellos pacientes en los que estén contraindicados todos los fármacos de primera línea o en aquellos que no han conseguido la cesación tras haber usado éstos¹.

Eficacia

Una revisión de la Cochrane con 6 estudios halló que la clonidina, administrada por vía oral o transdérmica, era más efectiva que el placebo. Sin embargo, este hallazgo se basa en un número pequeño de ensayos en los que existe potenciales fuentes de sesgo⁶⁶. Aunque está descrito que, en general las, mujeres tienden a responder menos a los tratamientos del tabaquismo, la clonidina parece ser más efectiva en mujeres que en varones⁶⁵.

Efectos adversos

La gran cantidad de efectos secundarios que presenta la clonidina (entre los que destacan sedación, fatiga, hipotensión ortostática, vértigo y sequedad de boca) limita su uso generalizado. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que la retirada brusca de la clonidina puede dar lugar a síntomas como nerviosismo, agitación, temblor, acompañados de una elevación de la presión arterial y de las catecolaminas circulantes¹. Los efectos adversos descritos más frecuentemente son: sequedad de boca (40%), somnolencia (33%), vértigo (16%), sedación (10%) y estreñimiento (10%). Como medicación antihipertensiva aguda que es, puede esperarse un descenso de la presión arterial en la mayoría de los pacientes; por ello, los clínicos deben monitorizar la presión arterial cuando se usa esta medicación.

Precauciones, contraindicaciones

La clonidina no se ha mostrado eficaz en la cesación tabáquica en embarazadas. No ha sido evaluada durante la lactancia. Quienes realizan actividades potencialmente peligrosas, como conducir o manejar maquinaria pesada, deben ser advertidos del posible efecto sedante de la clonidina.

No debe ser retirada bruscamente, ya que puede originar una hipertensión de rebote, que se caracteriza por hipertensión, agitación, confusión y temblor. Aparece si no se reduce la dosis administrada de forma gradual durante 2-4 días.

Sugerencias para su uso clínico

La clonidina está disponible en presentaciones de 1 mg para uso oral o transdérmico. El tratamiento se inicia el día de la cesación o unos pocos días antes (tres, por ejemplo). Dosificación: el tratamiento dura de 3 a 10 semanas. La dosis inicial típica es 0,1 mg (oral o transdérmico), aumentando semanalmente la dosis diaria en 0,1mg hasta controlar los síntomas. Los parches son semanales. El tratamiento no debe retirarse bruscamente.

Recomendación

- La clonidina es un tratamiento efectivo para la cesación tabáquica, cuyo uso se ve limitado por sus destacados efectos adversos. Puede usarse como terapia de segunda línea, siempre bajo supervisión médica (nivel de evidencia B).

4.3.5 Nortriptilina

La nortriptilina es un antidepresivo tricíclico que ha mostrado ser tan eficaz como el bupropión o la TSN en la cesación tabáquica. Su acción en el tratamiento del tabaquismo es independiente de su acción antidepresiva, por lo que su uso no debe ser restringido a las personas con historia de síntomas depresivos asociados a la cesación⁶⁸.

Eficacia

Un metaanálisis con 6 ensayos clínicos en los que la nortriptilina era el único fármaco empleado mostró un beneficio significativo a largo plazo. Comparado con placebo, la nortriptilina dobla aproximadamente las tasas de cesación. No está aprobada para la cesación tabáquica y se recomienda sólo como tratamiento de segunda línea¹². No está claro si la nortriptilina es más eficaz que el bupropión o si su asociación con TSN incrementa las tasas de cesación. En la mayoría de los países no está aprobado su uso en la cesación tabáquica.

Efectos adversos

Muchos pacientes pueden no tolerar bien los efectos adversos asociados a la nortriptilina, de los cuales algunos son anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria), otros antihistamínicos H1 (sedación, somnolencia, aumento de peso) y otros por bloqueo del receptor adrenérgico $\alpha 1$ (hipotensión ortostática). Los datos obtenidos en 17 estudios sugieren que a la dosis empleada en el tratamiento del tabaquismo (75-100 mg/d, menor que la dosis antidepresiva habitual) la nortriptilina no se asocia significativamente con efectos adversos graves si se administra a pacientes sin enfermedad cardiovascular⁷⁰. Una sobredosis de nortriptilina es potencialmente mortal. Los pacientes deben ser monitorizados por la sedación, los problemas cardiacos, la retención urinaria y el estreñimiento. Aunque los efectos adversos graves no han sido un problema en los ensayos clínicos de cesación tabáquica, el número de pacientes expuestos ha sido relativamente pequeño. Esto hace que exista una falta de consenso sobre si la nortriptilina debería ser un fármaco de primera o de segunda línea⁷¹.

Dosificación

La nortriptilina debe empezar a tomarse cuando el paciente sigue aun fumando, estableciéndose la fecha de cesación de 10 a 28 días más tarde. La dosis inicial es de 25 mg/d, aumentándola gradualmente a 75-100 mg/d (en unos 10-35 días). Esta dosis se mantiene durante 8-12 semanas y luego se va disminuyendo paulatinamente para evitar síntomas de retirada. No hay evidencia de un beneficio adicional con tratamientos de más de tres meses de duración.

Aspectos prácticos de su uso

No existe evidencia suficiente para recomendar la asociación de nortriptilina con cualquier otra terapia de cesación. Las personas con problemas cardiovasculares deben usar nortriptilina con precaución, ya que puede verse afectada la conducción cardíaca. Los antidepresivos tricíclicos están contraindicados en el periodo inmediato de recuperación de un infarto cardíaco y en las arritmias. No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de

nortriptilina en las embarazadas y en los menores de 18 años. Tampoco existe evidencia de su utilidad para prevenir recaídas, por lo que no se recomienda su uso prolongado. En un estudio de la vida real para comparar la efectividad de la TSN, bupropión, nortriptilina y terapia combinada y para describir los factores asociados a la cesación, Prado y cols. sostienen, de acuerdo con el metaanálisis de Faibischew Prado y cols.⁷², que la nortriptilina es una opción de tratamiento a tener en cuenta, dada su eficacia (comparable a la de los fármacos de primera línea), su seguridad y, sobre todo, su bajo coste y amplia disponibilidad. En su opinión, considerando la amenaza global de la epidemia de tabaquismo (con mayores impactos en las naciones menos pudientes), la inclusión de la nortriptilina en el arsenal terapéutico de la cesación tabáquica puede ser un paso prometedor hacia un mayor acceso al tratamiento, especialmente en los países en vías de desarrollo. Basados en estos hallazgos, los autores proponen la inclusión de la nortriptilina entre los fármacos de primera línea para la cesación tabáquica. Sin embargo, la mayor limitación de este informe es que es un estudio retrospectivo, no controlado y no aleatorizado, en el que los tratamientos fueron escogidos por criterios individuales y según la disponibilidad de la medicación en el sistema público⁷².

Los clínicos deben ser conscientes del perfil de reacciones adversas y de que ni la FDA ni la EMEA la han aprobado como tratamiento del tabaquismo. Podría emplearse, siempre bajo supervisión médica, para el tratamiento del tabaquismo en aquellos pacientes en los que estén contraindicados todos los fármacos de primera línea o en aquellos que no han conseguido la cesación tras haber usado éstos.

Recomendación

- La nortriptilina es un tratamiento efectivo para la cesación tabáquica, que puede usarse bajo supervisión médica como terapia de segunda línea en el tratamiento del tabaquismo (nivel de evidencia A).

4.3.6 Citisina

La citisina es un alcaloide natural extraído de las semillas de plantas como la *Cytisus laburnum* y la *Sophora tetráptera*. La citisina actúa de manera similar a la vareniclina,

comportándose como un agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$, responsables de la acción reforzadora de la nicotina, y previniendo también la fijación de la nicotina a esos receptores, por lo que disminuyen la satisfacción y la recompensa asociados al consumo de tabaco, los síntomas negativos de abstinencia y los *cravings*^{32,73,74}.

Tabex® está disponible en forma de tabletas orales que contienen 1,5mg de citisina. Ha sido producida y comercializada por la compañía búlgara Sopharma Pharmaceuticals desde 1964⁷⁵. Tabex® ha sido empleado para la cesación tabáquica durante décadas en los antiguos países del bloque socialista (Bulgaria, Hungría, Polonia, Alemania Oriental y Unión Soviética), habiendo sido el primer fármaco en la historia oficialmente aprobado con esta intención. Sin embargo, la aprobación de citisina en otras partes del mundo se ha visto retrasada en parte por la falta de evidencia, de ensayos clínicos controlados^{73,76,77}.

El interés por la citisina se ha disparado por la necesidad de busca productos para la cesación tabáquica que presenten alta disponibilidad, aceptación, eficacia, seguridad, y un bajo coste, todo ello esencial para intervenciones a gran escala dentro de programas nacionales.

Los ensayos consideran la citisina como una alternativa a los productos basados en la nicotina y a los antidepresivos, especialmente en los grupos de ingresos bajos y medios y en las culturas en que usan ampliamente remedios naturales⁷⁷. En la actualidad, un tratamiento con citisina es de 5 a 15 veces más barato que un tratamiento con TSN76.

Un ensayo doble ciego, controlado y aleatorizado, realizado en Kirguistán (n:171) y publicado en 2008, encontró que a los 6 meses se mantenían abstinentes el 1,2% de los pacientes del grupo control y el 10,6% del grupo citisina⁷³.

En Rusia Tabex® se registró oficialmente para la cesación tabáquica en 1999 y se vende libremente en las farmacias. El primer ensayo controlado, doble ciego y aleatorizado se publicó en 2009 (n:196). El porcentaje de personas que dejaron de fumar durante 12 semanas o más fue del 50% en el grupo citisina y del 37,5% en el grupo placebo. Consiguieron el efecto del tercer día (ver más abajo) un 87% y 74%, respectivamente. Refirieron efectos adversos el 30% y el 16%, respectivamente⁷⁸.

Un metaanálisis de la colaboración Cochrane de 2016 identificó sólo dos ensayos clínicos que han probado la eficacia de la citisina para el tratamiento del tabaquismo³². El riesgo relativo conjunto para la cesación fue de 3,98 (IC95%: 2,01-7,87). Dado estos resultados, se ha insistido en un mayor uso de este tratamiento.

Un ensayo controlado de Walker y cols. (2014) compararon citisina y TSN. Encontraron una tasa de cesación continua significativamente mayor al mes de la cesación en el grupo citisina (OR:1,5; IC95%1,2-1,9; p:0,003). A los 6 meses se mantenía la diferencia en abstinencia continua, pero no en prevalencia puntual de 7 días. Las diferencias sólo aparecieron en las mujeres, no en los varones. Náuseas, vómitos y trastornos del sueño fueron más frecuentes en el grupo citisina que en el grupo TSN.

El régimen de administración recomendado por el fabricante comienza por un comprimido (1,5mg) cada dos horas (hasta 6 tabletas al día) los tres primeros días. Debe fumarse menos para que no aparezcan síntomas de sobredosis nicotínica. Si no se consigue el efecto deseado, se interrumpe el tratamiento y se realiza un nuevo intento en dos o tres meses. Si existe respuesta positiva, el paciente continua con una dosis de hasta 5 comprimidos diarias (una cada 2,5 horas) de los días 4 a 12, dejándose de fumar en el quinto día. Posteriormente, los días 13-16 se toman 4 comprimidos al día (una cada 3 horas), 3 tabletas los días 17-20 (una cada 5 horas) y 1 ó 2 comprimidos (una cada 6-8 horas) los días 21-25, interrumpiéndose entonces el tratamiento.

En los ensayos clínicos las dosis recomendadas de citisina produjeron pocas reacciones adversas^{76,78,80}. De acuerdo a las autoridades de seguridad medicamentosa europea, y tras la administración del producto a millones de personas, no se han producido señales de riesgo de reacciones adversas graves⁸⁰. La sobredosis de citisina es similar a la intoxicación nicotínica, presentando efectos como náuseas, vómitos, convulsiones clónicas, taquicardia, dilatación pupilar, dolor de cabeza, debilidad general y parálisis respiratoria⁸¹.

Recomendaciones

- La citisina parece incrementar las tasas de cesación; sin

embargo, la evidencia se limita a tres ensayos (nivel de evidencia B).

- Se necesitan más estudios para determinar la eficacia de esta intervención prometedora.

Referencias bibliográficas

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
2. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies, Arch Gen Psychiatry 2009;66:1253-62. [Erratum, Arch Gen Psychiatry 2010;67:77].
3. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al., Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:47-55.
4. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
5. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ. et al., Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics. Arch Intern Med 2009;169:2148-55.
6. Stead LF, Perera R, C, Mant D, Jamie Hartmann-Boyce, J Cahill K, Tim Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2012, Issue 4. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
7. Benowitz NL, Jacob P Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and non-smokers. Clin Pharmacol Ther. 1993;53(3):316-23.
8. Institute national de prevention et d'education pour la sante (INPES). La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne. Mars 2004. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>
9. Hays J.T., Hurt R.D., Decker P.A., Croghan I.T., Oxford K.P., Patten C.A., A randomized, controlled trial of Bupropion sustained release for preventing tobacco relapse in recovering alcoholics, Nicotine Tob.Res., 2009;11(7):859-67.
10. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 2001;358:1009-1010.
11. Trofor A, Mihaltan F, Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. - Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
12. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster

T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.

13. King D.P., Paciga S., Pickering E., Benowitz N.L., Bierut L.J., Conti D.V., Kaprio J., Lerman C.Park P.W., Smoking Cessation Pharmacogenetics: Analysis of Varenicline and Bupropion in Placebo-Controlled Clinical Trials, Neuropsychopharmacology 2012;37:641-650.
14. Roddy, E. Bupropion and other nonnicotine pharmacotherapies, BMJ, 2004;328: 509-511.
15. Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained release Bupropion in the management of smoking cessation. Drugs 2002; 62:Suppl.2:45-52.
16. David SP, Strong DR, Munafo` MR, et al. Bupropion efficacy for smoking cessation is influenced by the DRD2 Taq1A polymorphism: analysis of pooled data from two clinical studies, Nicotine Tob Res. 2007;9:1521-1527.
17. Ebbert JO, Fagerstrom K., Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use, CNS Drugs. 2012;26(1):1-10.
18. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, Ann.Intern.Med., 2001;135(6):423-33.
19. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease, Lancet 2001;358:1009-1010.
20. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>.
21. Beyens M.N., Guy C., Mounier G., Laporte S., Ollagnier M., Serious adverse reactions of Bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004, Drug Saf., 2008;31(11):1017-26.
22. Tackett A.E., Smith K.M., Bupropion induced angioedema, Am.J.Health Syst, Pharm., 2008;65(17):1627-30.
23. Chang Seong Kim, Joon Seok Choi, Eun Hui Bae, Soo Wan Kim, Hyponatremia Associated with Bupropion, Electrolyte Blood Press. 2011;9:23-26, ISSN 1738-5997.
24. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays T.J., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin. 2009;59:314-326.
25. <http://www.fda.gov/20Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/20DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm169986.htm>
26. www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm
27. Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM., Systematic review of the cost-effectiveness of Varenicline vs. Bupropion for smoking cessation., Int J Clin Pract. 2012;66(2):171-82.

28. Fagerstrom K., Hughes J., Varenicline in the treatment of Tobacco dependence, *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008;4(2):353-363.
29. Benowitz NL, Porchet H, Jacob P 3rd. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamics investigations, *Prog Brain Res*, 1989;79:279-87.
30. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. Pharmacological profile of the alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist Varenicline, an effective smoking cessation aid, *Neuropharmacology*, 2007a;52:985-94.
31. Rollema H, Coe JW, Chambers LK, et al. Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of alpha4beta2 nACh receptors for smoking cessation, *Trends Pharmacol Sci*, 2007b;28:316-25.
32. Cahill K, Lindson-Hawley N, Kyla H, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103.
33. West R, Baker CL, Cappelleri JC, et al. Effect of Varenicline and Bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt, *Psychopharmacology (Berl)*. 2008;197:371-377.
34. Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2010;2:39-48.
35. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2006;296(1):64-71.
36. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. Varenicline in the routine treatment of Tobacco dependence: a pre - post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness, *Addiction*, 2008;103:146-54.
37. Williams KE, Reeves KR, Billing CB Jr, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of Varenicline for smoking cessation, *Curr Med Res Opin*. 2007;23(4):793-801.
38. Hitomi Tsukahara, RN; Keita Noda, MD; Keijiro Saku, MD* A Randomized Controlled Open Comparative Trial of Varenicline vs Nicotine Patch in Adult Smokers- Efficacy, Safety and Withdrawal Symptoms (The VN- SEESAW Study) *Circulation Journal*, 2010;74:771-8.
39. Tashkin D., Rennard S., Hays T., Ma W., Lee C.T., Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Chest Meeting*, October 1, 2009.
40. 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.
41. Qu Cui, Robinson L., Elston, D., Smaill.F., Cohen J., Quan,C., McFarland N., Thabane L., Mclvor A., Zeidler J., Smieja M., Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Champix/Chantix) for Smoking Cessation in HIV- Infected Subjects: A Pilot Open-Label Study, *AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 26, Number 1*, 2012 a Mary Ann Liebert, Inc.
42. McClure J.B., Swan G.E., Catz S.L., Jack L., Javitz H., McAfee T. Mona Deprey M., Richards, Zbikowski S.M. Smoking Outcome by Psychiatric History after Behavioral and Varenicline Treatment, *J Subst Abuse Treat*. 2010;38(4):394-402.
43. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, Yufnis C. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2013 Sep 17;159(6):390-400.
44. Kishi T1, Iwata N. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;265(3):259-68.
45. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, Ascher J, Russ C, Krishen A. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387(10037):2507-2520.
46. http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm?source=govdelivery&utm_medium=email&utm_source=govdelivery
47. Fagerstrom K., Gilljam H., Metcalfe M., Tonstad S., Messig M., Stopping smokeless tobacco with Varenicline: randomized double blind placebo controlled trial, *BMJ* 2010;341:c6549.
48. Ebbert J.O., Croghan I.T., North F., Schroeder D.R. A pilot study to assess smokeless tobacco use reduction with Varenicline, *Nicotine & Tobacco Research*, 2010;12(10):1037-1040.
49. Ebbert J.O., Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(5):572-576.
50. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. *BMC Med*. 2013 May 29;11:140.
51. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. *BMC Med*. 2014 Oct 8;12:172.
52. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Iruken EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*;312(2):155-61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.
53. Swan G.E., McClure J.B., PhD, Jack, M.J., Zbikowski S.M., Javitz H.S., Catz S.L., Deprey M., Richards J., McAfee T.A. Behavioral Counseling and Varenicline Treatment for Smoking Cessation, *Am J Prev Med*. 2010;38(5):482-490.
54. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther*. 2009;31:463- 491.
55. Leung L.K. Patafio F.M. Rosser W.W. Gastrointestinal adverse effects of Varenicline at maintenance dose: a meta-analysis, *Clinical Pharmacology* 2011;11:15.
56. Singh S., Loke YK., Spangler J.K., Furberg K.D. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with Varenicline: a systematic review and meta-analysis, *CMAJ*. 2011;183(12):1359-66.
57. Mills EJ, Thortlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation*. 2014;129(1):28-41.
58. FDA Advisory: Varenicline. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436494.htm>
59. European Medicines Agency confirms positive benefit-risk balance for Champix, July 21 2011. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_detail_001314.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
60. Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SA. Safety and drug utilization profile of Varenicline as used in general practice in England: interim results from a prescription-event monitoring study, *Drug Saf*. 2009;32:499-507.
61. Tonstad S., Davies S., Flammer M., Russ C., Hughes J., Psychiatric adverse events in randomized, double blind, placebo controlled clinical trials of Varenicline, *Drug Saf*, 2010;33(4):289-301.
62. Meyer TE, Taylor LG, Xie S, Graham DJ, Mosholder AD, Williams JR, Moeny D, Ouellet-Hellstrom RP, Coster TS. Neuropsychiatric events in varenicline and nicotine replacement patch users in the Military Health System. *Addiction*. 2013;108(1):203-10.
63. Thomas KH1, Martin RM, Davies NM, Metcalfe C, Windmeijer F, Gunnell D. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. *BMJ*. 2013;347:f5704.
64. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_and_scientific_information_after_authorisation/human/000699/WC500025256.pdf Wang C, Xiao D, Chan KP, Pothirat C, Garza D, Davies S. Varenicline for smoking cessation: a placebo- controlled, randomized study. *Respirology*. 2009;14:384-392.
65. Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2009;3:287-308.
66. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2004; Issue 3. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2.
67. Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther*. 1993;54:670-679.
68. Ministry of Health (MoH). New Zealand smoking cessation guideline. MoH: Wellington; 2007. Available from: www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-smoking-cessation-guidelines [Accessed Nov, 2010]
69. Herman A.Y., Sofuoglu M., Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(5):433-40.
70. Dhippayom T, Chaiyakunapruk N, Jongchansittho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis, *Drug Saf*. 2011;34(3):199-210.
71. http://www.treatobacco.net/en/page_36.php
72. Faibischew Prado G., Siqueira Lombardi E.M., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., de Paula Santos U., A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success. *CLINICS* 2011;66(1):65-71.
73. Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation in medium-dependent workers. *J Smoking Cessation*. 2008;3(1):57-62.
74. Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep*. 2006;58(6):777-798.
75. www.tabex.bg
76. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2006;166(15):1553-1559.
77. Walker N., Howe C., Bullen C., McRobbie H., Glover M., Parag V., Williman J., Veale R., Nosa V., Barnes J. Study protocol for a non-inferiority trial of cytisine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. *BMC Public Health* 2011;11:880.
78. Levshin VF, Slepchenko NI, Radkevich NV. Randomizirovanoe kontrolirovannoe issledovanie effektivnosti preparata Tabeks® pri lechenii tabachnoy zavisimosti. [A randomized controlled study of the efficacy of Tabex® (Cytisine) for treatment of tobacco craving] / *Voprosy narkologii*. 2009;N:13-22.
79. Walker N, Howe C, Glover M, McRobbie H, Barnes J, Nosa V, Parag V, Bassett B, Bullen C. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med*. 2014 Dec 18;371(25):2353-62.
80. West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *New Engl J Med*. 2011; 365(13):1193-200.
81. Musshoff F, Madea B. Fatal cytisine intoxication and analysis of biological samples with LC-MS/MS. *Forensic Sci Int*. 2009;186(1-3):e1-4.

4.4 Esquemas terapéuticos individualizados

En la práctica clínica, la toma de decisiones respecto a la elección y dosificación de la medicación se basa en la literatura publicada y en nuestra experiencia clínica. En la actualidad se reconoce

que existen limitaciones con las dosis establecidas o con los regímenes fijos con la mayoría de los fármacos empleados en la cesación. En consecuencia, los clínicos deberían usar sus habilidades y conocimiento para individualizar la dosificación de los pacientes tratados por tabaquismo.

Existen oportunidades para aumentar las tasas de cesación y disminuir los síntomas de abstinencia mediante el uso de combinaciones de fármacos que se han mostrado útiles en monoterapia.

Algunas combinaciones de fármacos de primera línea son más efectivas que la monoterapia. Esto es lo que ocurre con: parches de nicotina con chicles o spray nasal a largo plazo (más de 14 semanas), parches de nicotina más inhalador de nicotina, y parches de nicotina más bupropión^{1,2}. Se desconoce si la superioridad de la terapia combinada se debe al uso de dos sistemas distintos de liberación de nicotina o a que se produce una mayor concentración sanguínea de nicotina¹. La combinación de farmacoterapia a altas dosis parece aliviar los síntomas de abstinencias más eficazmente, especialmente en fumadores más dependientes.

En la vida real, los especialistas combinan medicaciones frecuentemente. Para pacientes con una dependencia nicotínica más grave, es adecuado usar terapia combinada y el uso frecuente de tres o más productos simultáneamente. Para pacientes con una respuesta parcial a la medicación inicial, un ajuste necesario de la medicación puede ser necesario para conseguir la abstinencia. Así, si un paciente ha reducido el consumo de tabaco con la dosis de 1 mg dos veces al día, la dosis puede aumentarse hasta 1 mg tres veces al día. Otra situación que requiere creatividad es la de un fumador que ha dejado de fumar usando parches y TSN oral, pero que percibe síntomas aumentados de abstinencia por la tarde: añadir un parche de 14mg por la tarde puede disminuir su sintomatología de abstinencia^{2,3}.

Para abordar más adecuadamente los síntomas de abstinencia mal controlados durante la fase de iniciación del tratamiento con vareniclina, Hurt y cols.⁵ utilizaron un parche de nicotina en un programa con internamiento ya que los pacientes tenían que dejar de fumar al ser ingresados y la vareniclina tarda varios días en alcanzar las concentraciones en equilibrio estacionario.

4.4.1 Terapia farmacológica combinada

4.4.1.1 Principios generales de terapia farmacológica combinada

Se ha evaluado la eficacia para la cesación tabáquica de dos tipos principales de terapia combinada: 1) mediante el empleo de dos formas de TSN con dos perfiles farmacocinéticos distintos (por ejemplo, parche y chicle); o 2) mediante el empleo con dos fármacos con diferente mecanismo de acción (por ejemplo, bupropión y TSN).

La terapia combinada que emplea dos fármacos diferentes ofrece la oportunidad de ganar sinergismo terapéutico mediante el uso de medicamentos con mecanismo de acción o propiedades terapéuticas diferentes. Por ejemplo, la combinación de vareniclina y bupropión combina la eficacia de la vareniclina con la capacidad de reducir la ganancia post-cesación del bupropión. De manera similar, combinar diferentes formas de TSN permite alcanzar unos niveles basales estables de nicotina (mediante el parche) con la oportunidad de aumentos intermitentes rápidos en los niveles de nicotina (mediante chicles, comprimidos, inhaladores o spray nasal) en respuesta a los síntomas de abstinencia.

La terapia farmacológica combinada es aún controvertida e infrautilizada. La FDA sólo ha aprobado para la cesación la combinación de varias formas de TSN y la combinación de parches y bupropión.

4.4.1.2 Combinación TSN (Terapia sustitutiva con nicotina)

Los dos tipos de combinaciones de TSN que se han descrito son secuenciales y concurrentes. La terapia secuencial puede teóricamente niveles estables de nicotina para conseguir la abstinencia (con el parche) y posteriormente dosis intermitentes a voluntad para prevenir las recaídas. Existen, sin embargo, pocos datos que apoyen la terapia secuencial. Existen más datos sobre la utilización simultánea de TSN (terapia concurrente). Esta fórmula permite la liberación pasiva de nicotina con TSN de larga duración de acción (con el parche de nicotina) y la administración activa a voluntad de formas de TSN de duración de acción rápida (chicles, comprimidos, inhalador y spray nasal). La combinación

presenta la ventaja de una mayor adherencia al tratamiento con los parches y permite a la persona fumadora manejar los *cravings* y los síntomas de abstinencia mediante la administración de formas de TSN de corta duración⁶.

TSN + paroxetina

En un ensayo doble ciego Killen y cols.⁷ examinaron la eficacia de un tratamiento de cesación tabáquica que combinó TSN transdermal con el antidepresivo paroxetina. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a uno de los tres grupos: parches + placebo, parche + 20 mg de paroxetina, y parches + 40 mg de paroxetina. Los parches se administraron durante 8 semanas; el placebo y la paroxetina, durante 9 semanas. Las tasas de abstinencia no difirieron significativamente durante el seguimiento entre los grupos, pero un análisis por subgrupos se encontró que los pacientes adheridos al tratamiento sí se encontraron diferencias en la semana 4 entre los grupos paroxetina y control.

Parche + chicle

El parche se administra diariamente y puede también usarse en combinación con el chicle. La forma oral de TSN es de corta duración de acción y puede usarse a necesidad para aliviar los *cravings*. Las formas de acción corta pueden administrarse de manera diaria o intermitentemente.

Los estudios evaluando la combinación de parches y chicles han mostrado que la combinación es superior a la monoterapia para incrementar las tasas de abstinencia a las 12 y 24 semanas^{8,9}. Los resultados de la terapia combinada frente a la monoterapia (parches) fueron del 34% frente al 24% a las 12 semanas y del 28% frente al 15% a las 24 semanas¹⁰. Los tratamientos que combinan parches y chicles y que duran más de 3 a 6 meses deben tenerse en cuenta para los pacientes con sintomatología de abstinencia severa o prolongada, para los que no exista otra solución terapéutica¹¹.

Parche + spray

El uso de terapia combinada parches y spray nasal se investigó en un estudio abierto con 1394 fumadores asignados a parches, spray nasal o a la combinación; la combinación fue

superior a las 6 semanas, pero no a los 6 meses¹². En cambio, en un estudio controlado la combinación fue superior a ambas monoterapias a los 6 y a los 12 meses¹³.

Parche + inhalador

Mayores tasas de cesación se observaron a las 12 semanas con parches e inhalador que con inhalador sólo en un estudio controlado y aleatorizado con 400 pacientes, pero no a los 6 o 12 meses. La mitad de los pacientes recibieron inhalador + parche 15mg/16h durante 6 semanas e inhalador + parche placebo durante otras 6 semanas y sólo inhalador durante 14 semanas más; la otra mitad de los pacientes recibieron inhalador y parche placebo durante 12 semanas y sólo inhalador durante 14 semanas más¹⁴.

En general, la combinación de TSN es bien tolerada y los efectos adversos son consistentes con los efectos adversos de cada preparado aislado^{2,3}.

Parche + bupropión

La combinación de bupropión con parches de nicotina es más eficaz que los parches de nicotina solos probablemente porque tienen diferentes mecanismos de acción. El tratamiento suele comenzarse con las dosis habituales de bupropión, añadiéndose los parches el día establecido para dejar de fumar. El bupropión se administra de 7 a 12 semanas; los parches, de 3 a 6 meses¹¹.

En un estudio controlado doble ciego con cuatro grupos, realizado por Jorenby y cols.¹⁵ las tasas de cesación a los 12 meses fueron 35,5% para la combinación, 30,6% para el bupropión solo, 16,4% para el parche solo y 15,6% para el placebo¹⁵. Las diferencias entre el grupo bupropión con parches y el bupropión solo no fueron significativas.

En general, la literatura sugiere que la combinación de bupropión y TSN aumenta las tasas de cesación a corto plazo (comparado con el parche). La Guía americana sugiere que existe una tendencia no-significativa (OR:1,3; IC95%:1,0-1,8) respecto a la cesación a largo plazo (>6 meses)¹. A la misma conclusión llega una revisión reciente de la colaboración Cochrane¹⁶.

Un estudio controlado con placebo evaluó la asociación de

bupropión con parches, chicles y terapia cognitivo conductual en 51 pacientes con esquizofrenia. La adición de bupropión aumentó el número de personas que redujeron a la mitad el consumo de tabaco (*primary outcome measure*) en las semanas 12 y 24, pero no hubo diferencias en la abstinencia (*treatment goal*) en las semanas 12, 24 o 52¹⁷.

En un estudio con 1700 pacientes, la terapia combinada con bupropión e inhalador de nicotina fue superior que cada uno de los agentes por separado sólo en los tres primeros meses¹⁸. En otro estudio (n:1346) de efectividad en atención primaria se observó que bupropión y comprimidos fueron superiores a todas las monoterapias (comprimidos, parches, bupropión) a los seis meses¹⁹.

Nortriptilina + TSN

Un metaanálisis de los estudios evaluando nortriptilina y TSN en comparación con TSN sugiere que la evidencia es insuficiente para afirmar que aumentan las tasas de cesación con la combinación (RR:1,21; IC95%:0,94-1,55)¹⁶.

Vareniclina + TSN

Ver también la sección 4.3.3.3. Basándose en un estudio farmacocinético²⁰, Ebbert y cols.²¹ hipotetizaron que: 1) la vareniclina no satura completamente los receptores colinérgicos nicotínicos dando lugar a una respuesta incompleta de “recompensa” y a un bloqueo incompleto del refuerzo del fumar; 2) la vareniclina sustituye de manera incompleta los efectos dopaminérgicos de fumar, dando lugar a un deseo (*craving*) continuado de fumar. Los autores consideraron por tanto que algunos pacientes pueden necesitar TSN, además de vareniclina, para reducir la abstinencia y las urgencias por fumar, y para conseguir así una abstinencia completa. Como ellos tienen una experiencia amplia en el uso combinado de vareniclina y TSN en su programa de internamiento de 8 días de la Clínica Mayo, los autores aconsejan dar TSN para aliviar la sintomatología de abstinencia mientras se alcanzan los niveles adecuados de vareniclina. En su estudio un incremento en las reacciones adversas, en comparación con lo que se apreciaba en el mismo programa antes de la introducción de la vareniclina.

Sin embargo, los autores sugieren que los resultados de su estudio pueden no ser aplicables a otras poblaciones y que deberían ser interpretados con precaución.

Un ensayo clínico examinó por qué la cesación tiene más probabilidades de dejar de fumar que quienes reciben sólo un fármaco (monoterapia) o placebo. Los datos recogidos de 1504 fumadores aleatorizados a seis condiciones de tratamiento farmacológico (placebo, parche, comprimidos, bupropión, parches y comprimidos, y bupropión y comprimidos) sugirió que los tratamientos combinados producen mayores que las monoterapias por una mayor supresión de la abstinencia, del *craving* y de las expectativas del fumar²².

Loh y cols.²³ respondieron a la pregunta sobre si la terapia combinada debería ser usada de manera rutinaria con todos los fumadores o si habría algún subgrupo de fumadores que se beneficiarían poco o nada con la misma. Concluyeron que la terapia combinada es generalmente más efectiva que la monoterapia excepto en el grupo con baja dependencia de la nicotina. El uso de monoterapia en este grupo podría estar justificado teniendo en cuenta el coste y los efectos adversos de la terapia combinada²³.

Tres nuevos ensayos clínicos controlados han examinado la eficacia²⁴⁻²⁶. Hayek y cols.²⁴ no encontraron aumento de efectividad en los pacientes recibiendo vareniclina y TSN que en los que sólo recibían vareniclina, si bien el estudio se ve limitado por su tamaño muestra (n:117). Ramón y cols.²⁵ tampoco encontraron diferencias significativas entre el grupo vareniclina y parches y el grupo de solo vareniclina (n:341); ambos grupos recibieron apoyo conductual. Un subanálisis de sus resultados encontró que quienes fumaban 30 o más cigarrillos sí que mostraron mayor cesación a las 24 semanas (OR:1,46; IC95%:1,2-1,8). Otro estudio controlado (n:435), también comparando vareniclina y TSN con vareniclina sola sí que encontró diferencias significativas a las 24 semanas (49,0% vs. 32,6%; OR:1,98; IC95%1,25-3,14; p:0,004)²⁶. Los autores también refirieron una mayor incidencia de náuseas, trastornos del sueño, depresión, reacciones cutáneas y estreñimiento, aunque sólo las reacciones cutáneas alcanzaron significación.

Se requieren más ensayos clínicos para mejorar nuestro

conocimiento de esta combinación y analizar la posibilidad de que pueda ser recomendado a determinados grupos de pacientes. El tratamiento combinado puede recomendarse a quienes encuentran difícil conseguir la cesación total con monoterapia, reconociendo lo limitado de la evidencia actual.

Vareniclina + bupropión

Como la vareniclina y el bupropión tienen mecanismos de acción diferentes, en ocasiones son usados combinadamente, sobre todo en pacientes que consiguieron la cesación con bupropión, pero que les costó. Un estudio piloto no ciego ni controlado encontró eficacia excelente y alta tolerabilidad, sugiriendo que esta combinación podría aumentar las tasas de cesación más allá de lo observado sólo en monoterapia³.

Recomendaciones

- Cinco combinaciones de medicaciones de primera línea se han mostrado efectivas como tratamientos para la cesación tabáquica. En la actualidad, sin embargo, la evidencia es insuficiente para hacer recomendaciones para estas cinco combinaciones. Hasta el momento sólo la combinación entre presentaciones de TSN y la de parches más bupropión han sido aprobadas por la FDA para la cesación tabáquica²³. Los clínicos deben, por tanto, considerar estas combinaciones con aquellos pacientes que desean dejar de fumar.
- Son combinaciones efectivas:
 - Parches de nicotina y otras formas de TSN (chicles, spray) de larga duración (> 14 semanas) (nivel de evidencia A);
 - Parches de nicotina e inhalador de nicotina (nivel de evidencia B);
 - Parches de nicotina y bupropión (nivel de evidencia A).
- No existen contraindicaciones para el uso conjunto de la vareniclina con la TSN (nivel de evidencia B).
- Puede obtenerse un beneficio adicional de combinar vareniclina con TSN, especialmente en grandes fumadores; sin embargo, los resultados no son claros. Se necesita más investigación para determinar la eficacia de esta estrategia (nivel de evidencia C).

Referencias bibliográficas

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
2. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
3. Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? Drugs. 2010;70(6):643-650.
4. 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(1):34-42.
5. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin 2009;59:314-326.
6. Hajek P, West R, Foulds J, Nilsson F, Burrows S, Meadow A. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. Arch Intern Med. 1999;159:2033-8.
7. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Hayward C, Sussman L, Rothman M, et al. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation, J Consult Clin Psychol. 2000;68:883-9.
8. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo E-L, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia, Tob Control. 1995;4:231-5.
9. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. Prev Med. 1995; 24(1):41-7.
10. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, et al Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo controlled clinical trial. Prev Med. 1995;24:41-47.
11. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. - Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
12. Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, Novotny P, Hurt RD, DeKrey WL, et al. Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: a minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting, Nicotine Tob Res. 2003;5(2):181-7.
13. Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow up, Br Med J. 1999;318:285-8.
14. Bohadana A., Nilsson F., Rasmussen T., Martinet Y., Nicotine Inhaler and Nicotine Patch as a Combination Therapy for Smoking

Cessation, Arch Intern Med. 2000;160:3128-3134.

15. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med. 1999;340:685-691.
16. Hughes J, Stead L, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation, Cochrane Database Systematic Reviews 2014; 1:Art. No. CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
17. Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. A 12-week double-blind, placebo-controlled study of Bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia, J Clin Psychopharmacol. 2007;27(4):380-6.
18. Croghan IT, Hurt RD, Dakhlil SR, Croghan GA, Sloan JA, Novotny PJ, et al. Randomized comparison of a nicotine inhaler and Bupropion for smoking cessation and relapse prevention, Mayo Clin Proc. 2007;82(2):186-95.
19. 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(22):2148-55.
20. Faessel HM, Gibbs MA, Clark DJ, Rohrbacher K, Stolar M, Burstein AH. Multiple-dose pharmacokinetics of the selective nicotinic receptor partial agonist, Varenicline, in healthy smokers, J Clin Pharmacol. 2006;46(12):1439-48.
21. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. Nicotine Tob Res. 2009;11(5):572-6.
22. Bolt DM, Piper ME, Theobald WE, Baker TB. Why two smoking cessation agents work better than one: Role of craving suppression. Nicotine Tob. Res. 2012;80(1):54-65.
23. Loh WY, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Cook JW, Bolt DM, Baker TB. Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy. Nicotine Tob. Res. 2012;14(2):131-41.
24. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. BMC Med. 2013 May 29;11:140.
25. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. BMC Med. 2014 Oct 8;12:172.
26. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Iruken EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. JAMA;312(2):155-61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.

4.4.2 Recomendaciones de prolongación del tratamiento

En algunos pacientes ha sido beneficioso alargar el tratamiento algo más de lo habitual.

Tratamiento prolongado con TSN

El temor a una adicción potencial causada por un tratamiento más prolongado con TSN no está justificado. Por el contrario, alargar la terapia podría ser útil para la salud ya que las recaídas prematuras se encuentran frecuentemente en todo intento de cesación.

Los estudios muestran mayores tasas de abstinencia cuando los chicles de nicotina se usan durante largo tiempo que cuando se usan durante corto tiempo y un 15-20% de abstinencia en quienes han usado el chicle durante al menos 12 meses¹. El *Lung Health Study* encontró que aproximadamente un tercio de los pacientes con EPOC abstinentes a largo plazo habían usado chicles de nicotina durante un año (algunos hasta 5 años), sin sufrir efectos adversos graves².

En un estudio controlado, aleatorizado por bloques, en el que participaron 568 pacientes que recibieron un parche de nicotina (21mg) diario durante 8 semanas, placebo durante 16 semanas o un parche diario (21mg) durante 24 semanas se encontró que, frente al tratamiento de 8 semanas, el tratamiento extendido aumentó las tasas de cesación continua (OR:1,64; IC95%:1,04-2,60; p:0.032) y puntual (OR:1,81; IC95%:1,23-2,66; p:0.002) a los 6 meses, pero no a los 12 meses (ORs: 0,67 y 1,01, respectivamente)³.

Los chicles y parches nicotina pueden ser administrados durante más de 6 meses con buenos resultados especialmente en aquellos pacientes que refieren sintomatología de abstinencia prolongada.

La FDA ha aprobado el uso de la TSN durante más de 6 meses, ya que no tiene riesgos¹. Usar el chicle de nicotina asegura un mejor control del peso tras dejar de fumar. Existe una correlación inversa entre la dosis de nicotina empleada como TSN y la ganancia de peso¹. Pocas personas se vuelven realmente adictas a la TSN, aunque de hecho, algunos ex-fumadores los continúan usando durante un año o más por temor a recaer y volver a fumar¹.

Un total de 402 pacientes participaron en un programa de tratamiento de 12 semanas que incluía terapia grupal, TSN y bupropión⁴. Tras este espacio de tiempo fueron designados aleatoriamente a uno de los siguientes cuatro grupos: 1) no más tratamiento; 2) chicles de nicotina disponibles durante 40 semanas más; 3) once sesiones de terapia cognitivo conductual durante un periodo de 40 semanas; y 4) chicles de nicotina y terapia cognitivo conductual durante 40 semanas. Un año después las personas del grupo 3 (sólo terapia cognitivo-conductual) presentaron mayores tasas de abstinencia que el grupo 1 (control; OR:1,27; IC95%: 1,05-1,52; p:0,012) y que las del grupo 2 (TSN prolongada; OR:1,22; IC95%: 1,03-1,45; p:0,021), Sin embargo, ni el grupo 2 (TSN prolongada) ni el grupo 4 (TSN y terapia cognitivo conductual prolongada) difirieron significativamente del grupo control (p:0,71 y P.0,73, respectivamente).

Tratamiento prolongado con vareniclina

Un periodo de tratamiento con vareniclina de una duración mayor de 12 semanas es seguro, bien tolerado y asegura una mayor tasa de abstinencia reduciendo considerablemente el riesgo de recaída.

La vareniclina puede administrarse durante 24 semanas, con buena tolerancia, como una medicación efectiva para tratar la dependencia nicotínica, especialmente en aquellos pacientes en los que los deseos de fumar vuelven tras el periodo de las 12 semanas de tratamiento estándar. Es el primer fármaco que ha mostrado un efecto significativo a largo plazo contra las recaídas. De acuerdo a Tonstad y cols.^{5s}, frente a quienes recibieron vareniclina durante 12 semanas, quienes la recibieron durante 24 semanas obtuvieron mayores tasas de cesación al año: 43,6% vs. 36,9% (OR:1,34; IC95%:1,06-1,69; p:0,02). El estudio no fue propiamente ciego: todas las personas habían recibido sabiéndolo vareniclina durante las 12 primeras semanas y posteriormente fueron adscritas al grupo vareniclina o placebo durante las otras 12 semanas.

Tratamiento prolongado con bupropión

La duración del tratamiento con bupropión puede ser prolongada más allá de las 7-9 semanas del tratamiento estándar, con una buena eficacia en las tasas de abstinencia

y en la prevención de recaídas. En un estudio, controlado y aleatorizado en el que se administró 300 mg de bupropión durante 7 semanas a 784 fumadores sanos, seguido de otras 45 semanas de bupropión o placebo, se encontró que al cabo de este total de 52 semanas las tasas de cesación eran superiores en el grupo bupropión (55,1% vs. 42,3% ; p: 0,008); 6 meses más tarde, se mantuvieron las diferencias (47,7% vs. 37,7; p: 0, 034), lo que no ocurría un año más tarde (41,6% vs. 40,0%). El tiempo medio hasta la recaída fue superior en el grupo bupropión (156 vs. 56 días), algo que claramente apoya los tratamientos prolongados de bupropion⁶.

Con un diseño similar, Cox y cols.⁷ aleatorizando pacientes abstinentes tras un curso de 7 semanas con bupropión, administrándoles bupropión o placebo hasta la semana 52 (1 año). De manera similar, aunque se obtuvieron mayores tasas de cesación que con el placebo al terminar el tratamiento, no se apreciaron diferencias al año de seguimiento. Killen y cols.⁸ trataron fumadores con bupropión, parches y una intervención semanal de prevención de recaídas; tras ello, se ofreció a todos los participantes cuatro sesiones de prevención de recaídas y bupropión o placebo durante 14 semanas más: al año no hubo diferencias en las tasas de cesación entre las diversas condiciones de tratamiento.

Cuando sea apropiado, el tratamiento farmacológico podría ser prolongado durante un tiempo superior al recomendado por la evidencia científica. Se reconoce que los mayores efectos en las tasas de abstinencia se consiguen con los parches a largo plazo y las formas orales de TSN administradas a voluntad¹.

Referencias bibliográficas

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. - Tehnopress Iași, 2010, www.srp.
2. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the lung health study. Am J of Med. 1999;106(4):410-416.
3. Schnoll R.A., Patterson.F., Wileyto E.P., Heitjan D.F., Shields A.E., Asch D.A., Lerman C., Effectiveness of Extended-Duration Transdermal Nicotine Therapy, Ann Intern Med. 2010;152:144-151.

4. Hall S.M., Humfleet G.L., Muñoz.R.F., Reus V.I., Robbins J.A., Prochaska J.J. Extended treatment of older cigarette smokers, *Addiction*, 2009;104(6):1043-52.
5. Tonstad S., MD, PhD, Tonnesen P., MD, PhD, Hajek P., PhD, Williams K.E., PhD, Billing C.B., MS, Reeves R.K., MD, Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation, *JAMA*, 2006;296(1):64-71.
6. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann. Intern. Med.*, 2001;135(6):423-33.
7. Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Choi WS, Faseru B, Benowitz NL, Tyndale RF, Okuyemi KS, Ahluwalia JS., Bupropion for Smoking Cessation in African American Light Smokers: A Randomized Controlled Trial. *J Natl Cancer Inst.*, 2012;104(4):290-8.28.
8. Killen JD, Fortman SP, Murphy GM Jr, Harvard C., Arredondo C., Cromp D., Celio M., Abe L., Wang Y., Schatzberg AL, Extended treatment with Bupropion SR for cigarette smoking cessation, *J. Consult Clin Psychol.* 2006;74(2):286-94.

4.5 Evidencia disponible sobre otras intervenciones para apoyar la cesación

Existen múltiples tipos de intervenciones, farmacológicas y no farmacológicas, cuya eficacia no ha sido comprobada. Entre las intervenciones que hasta el momento no han conseguido dar resultados positivos, considerando como tales un incremento de las tasas de cesación al menos 6 meses después de la intervención, se incluyen:

Vacunas

En la actualidad hay tres vacunas anti-nicotina en evaluación clínica¹. La revisión de los cinco ensayos clínicos de fase II disponibles encontró un aumento en las tasas de cesación sólo en pequeños grupos de fumadores con niveles altos de anticuerpos. Se concluyó que en los modelos animales de adicción puede haber algún problema y que se necesita una mejor comprensión de los procesos que contribuyen a la adicción².

Una segunda revisión de la colaboración Cochrane concluyó que no existe evidencia para apoyar el uso de las vacunas en la cesación tabáquica³. Se necesita más investigación al respecto.

Acetato de plata

Una revisión de los ensayos realizados con acetato de plata comercializado para la cesación tabáquica encontró falta de efecto⁴.

Nicobrevin

Una revisión de los ensayos realizados con Nicobrevin®, comercializado como ayuda para la cesación tabáquica, no encontró evidencia de efecto⁵.

Lobelina

La revisión de los ensayos realizados con lobelina, agonista-antagonista mixto del receptor nicotínico entre otras acciones, no encontró evidencia de que pudiera ser útil en la cesación tabáquica a largo plazo⁶.

Ansiolíticos

Una revisión de la efectividad de los fármacos ansiolíticos o que bloquean la manifestación de la ansiedad (tales como diazepam, doxepina, meprobamato, ondansetrona y varios beta-bloqueantes) no encontró evidencia consistente de un efecto positivo, aunque no se pueda excluir del todo un posible efecto⁷.

Antagonistas opioides

Una revisión de la evidencia disponible sobre la eficacia de los antagonistas opioides (naloxona y naltrexona) para conseguir la cesación tabáquica a largo plazo no dio lugar a conclusiones definitivas, sugiriendo la necesidad de estudios más amplios⁸.

Mecamilamina

Una revisión del antagonista nicotínico, también en combinación con TSN, encontró la evidencia insuficiente⁹.

Gabapentina

En un estudio preliminar la gabapentina, administrada a las dosis habituales, no incrementó las tasas de cesación tabáquica¹⁰.

Antagonistas cannabinoides CB1

Una revisión de tres ensayos para determinar si los antagonistas de los receptores cannabinoides CB1 (rimonabant y taranabant) podrían ser eficaces en la cesación tabáquica y analizar su efecto sobre el peso corporal tras la

cesación, encontró alguna evidencia sugerente de efecto positivo¹¹. No obstante, por cuestiones de toxicidad, el fármaco fue retirado en 2008.

Tabletas de glucosa

En un ensayo clínico sobre la eficacia de la glucosa como ayuda para la cesación -cuyo objetivo era comprobar si las tabletas de glucosa aumentaban las tasas de cesación más que las tabletas de placebo bajas en calorías- no se encontraron efectos ni de las tabletas de glucosa ni de otras tabletas dulces¹². Sin embargo, los autores refieren que merece la pena estudiar la posibilidad de un efecto adyuvante a la TSN o al bupropión.

Intervenciones no farmacológicas

Intervenciones basadas en la pareja

Una revisión de 57 estudios acerca de la implicación de la pareja para conseguir la cesación tabáquica a largo plazo no fue capaz de llegar a conclusiones definitivas y recomendó más investigación al respecto¹³.

Incentivos económicos

Una revisión de 17 estudios de competiciones y de incentivos económicos o financieros para reforzar la cesación no llegó a conclusiones definitivas sobre su eficacia para aumentar las tasas de cesación a largo plazo¹⁴. Los autores concluyen que, mientras siguen presentes, los incentivos pueden aumentar las tasas de cesación, pero que los resultados documentados a largo plazo son heterogéneos. Las intervenciones basadas en incentivos mejoraron las tasas de cesación al final del embarazo y durante el post-parto.

Intervenciones basadas en el ejercicio

Una revisión sobre las intervenciones con ejercicio para la cesación tabáquica encontró que sólo uno de los 20 estudios mostró impacto positivo al año de la cesación. Varios de los ensayos revisados presentan deficiencias, por lo que se recomendó realizar más estudios al respecto¹⁵.

Hipnoterapia

Una revisión de 11 ensayos controlados y aleatorizados sobre

la eficacia de la hipnoterapia como método de ayuda a la cesación tabáquica halló resultados discordantes y no fue incapaz de mostrar que la hipnoterapia pueda ser tan eficaz como el asesoramiento conductual¹⁶.

Acupuntura, láser, electro-estimulación

Una revisión de 38 informes sobre ensayos clínicos sobre la efectividad de la acupuntura y las técnicas relacionadas de acupresión, terapia con láser y electro-estimulación, no encontró evidencia consistente de efectividad de estas intervenciones para conseguir la cesación tabáquica. No se pudieron extraer conclusiones definitivas, sin embargo, por lo que se aconsejó más investigación al respecto¹⁷.

Estímulos aversivos

Una revisión de 25 estudios para determinar la eficacia de fumar rápido y otras técnicas aversivas en la cesación tabáquica, y para determinar una posible relación dosis-respuesta, no encontró evidencia suficiente para determinar la eficacia de fumar rápido o si hay una respuesta proporcional a la aplicación de estímulos aversivos¹⁸.

Recomendaciones

- La eficacia de las terapias no convencionales –como la hipnosis, acupuntura, fitoterapia u homeopatía- no ha sido propiamente demostrada y estas terapias no son recomendadas por los expertos.
- Como estos procedimientos son generalmente seguros, si algún paciente solicita una terapia no convencional, el profesional sanitario puede desaconsejársela, pero es mejor no prohibírsela por el riesgo de que el paciente renuncie a la medicina convencional.
- Combinar terapias convencionales y no convencionales es en la mayoría de los casos mejor que usar solamente las no convencionales.

Referencias bibliográficas

1. Escobar-Chávez J.J., Dominguez-Delgado C., Rodriguez-Cruz I. Targeting nicotine addiction: the possibility of a therapeutic vaccine. *Drug Des Devel Ther.* 2011;5:211-224.

- Raupach T, Hoogsteder PH, Onno van Schayck CP. Nicotine vaccines to assist with smoking cessation: current status of research. *Drugs*. 2012;72(4):e1-16.
- Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD007072. DOI: 10.1002/14651858.CD007072.pub2.
- Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191.pub2.
- Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990.
- Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD000124. DOI: 10.1002/14651858.CD000124.pub2.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD002849. DOI: 10.1002/14651858.CD002849.
- David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.
- Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001009. DOI: 10.1002/14651858.CD001009.
- Sood A, Ebbert JO, Wyatt KD, Croghan IT, Schroeder DR, Sood R, Hays JT. Gabapentin for smoking cessation. *Nicotine Tob Res*. 2010;12(3):300-4.
- Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.pub4.
- West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P, Vangeli E. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. *Psychopharmacology (Berl)*. 2010;207(4):631-5.
- Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No.: CD002928. DOI: 10.1002/14651858.CD002928.pub3.
- Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub5.
- Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub5.
- Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of*

- Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.
- White AR, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
- Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD000546. DOI: 10.1002/14651858.CD000546.pub2.

Cigarrillos electrónicos

Los cigarrillos electrónicos, o e-cigs, son una aparatos que consisten una batería que calienta una solución líquida contenida en un cartucho, recargable o desechable, a partir de la cual emite un vapor. La solución habitualmente contiene glicerina y propilenglicol, aromatizantes, aditivos y nicotina (aunque, en ocasiones, existen algunos que no contienen nicotina)¹. Estos preparados están comercialmente disponibles y pueden anunciarse tanto como una alternativa a los cigarrillos habituales (de combustión) o como un producto para dejar de fumar.

Existe, sin embargo, la preocupación de que los e-cigs sean o puedan transformarse en un producto de iniciación en el consumo de tabaco o en un producto que se consuma en las áreas libres de tabaco. En general, los e-cigs de cartuchos desechables son, por calada, más baratos que los cigarrillos y en muchas partes de Europa la experimentación con e-cigs se está volviendo cada vez más frecuente².

Eficacia

Una revisión sistemática de la colaboración Cochrane examinó la evidencia disponible acerca de la eficacia de los e-cigs para promover la cesación o la reducción tabáquica³. La revisión identificó un total de 24 estudios, de los cuales sólo 2 eran estudios controlados aleatorizados. Ambos estudios utilizaron modelos de e-cigs considerados hoy en día con bajo contenido en nicotina y ambos estudios sufren bastantes limitaciones metodológicas. Los pacientes que usaron e-cigs (o seguían usándolos a los 6 meses) tenían más posibilidades de no fumar cigarrillos a los 6 meses que los del grupo placebo (e-cigs sin nicotina) [RR: 2,29; IC95%: 1,05-4,96; 9% vs. 4%]³.

Uno de los dos ensayos controlados, Bullen y cols.⁴, tuvo un tercer brazo en el que se comparaba con parches de TSN: no encontraron diferencias significativas entre los tres brazos: e-cigs, e-cigs sin nicotina y parches.

Cara a la reducción del consumo de tabaco, la muy limitada evidencia disponible sugiere que los pacientes con e-cigs fueron capaces de reducir su consumo de cigarrillos al menos a la mitad si se compara con e-cigs sin nicotina (2 estudios; RR:1,31; IC95%:1,02-1,68; 36% vs. 27%) o con parches de TSN (1 estudio; RR:1,41; IC95%:1,20-1,67; 61 vs. 44%). Hallazgos similares se han descrito en los estudios de cohortes: así, por ejemplo, Polosa y cols.⁵ en fumadores italianos que no querían dejar de fumar encontraron reducciones sustanciales en el número de cigarrillos diarios fumados y una tasa de abstinencia mantenidas del 12,5% tras seis meses de uso de los e-cigs. Una vez más estos estudios sufren de limitaciones metodológicas. Los estudios de laboratorio también han encontrado que los e-cigs pueden disminuir los deseos de fumar cigarrillos, el *craving*^{6,7}.

Existe una urgente necesidad de realizar ensayos clínicos para determinar la eficacia, si existe, de los cigarrillos electrónicos para facilitar la cesación tabáquica.

Seguridad

Las emisiones del total de partículas en suspensión (particulate matter, PM) que producen los e-cigs son de alrededor de 60mcg/m³, cifra unas 10-15 veces menor que la producida por los cigarrillos habituales. La densidad es entre 6 y 21 veces menor para todas las fracciones de PM (≤1mcg, <2,5mcg, <10mcg), aunque los niveles exceden ligeramente los valores de calidad del aire exterior aconsejados por la OMS¹.

El vapor producido por el etilenglicol o el glicerol es irritante tras la exposición repetida, pero no ha demostrado ser muy tóxico en el uso a corto plazo⁹. Lerner y cols.¹⁰ han analizado la toxicidad de los aromatizantes encontrando que producen respuestas inflamatorias y oxidativas en las células y tejidos pulmonares lo que podría tener consecuencias para la salud aún no apreciadas.

Tres revisiones sistemáticas han abordado el tema de la seguridad de los e-cigs^{3,11,12}. Farsalinos y Polosa revisaron

la evidencia clínica y de laboratorio acerca de los riesgos potenciales de los e-cigs y concluyeron que los e-cigs son menos tóxicos que el riesgo que implica seguir fumando. En la revisión más exhaustiva hasta el momento, Pisinger y Dossing¹² revisaron 76 estudios publicados sobre el tema. Los autores concluyen que no pueden extraerse conclusiones firmes sobre la seguridad de los e-cigs. Esto se debe a los pocos estudios existentes, a sus deficiencias metodológicas, a los resultados en parte contradictorias y a la falta de estudios son seguimientos a largo plazo. Es muy probable que los e-cigs sean bastante menos tóxicos que los cigarrillos normales, pero esto no implica que sean inocuos. La carencia de estudios fiables ha conducido a que la mayoría de las autoridades nacionales hayan prohibido la promoción de estos productos como herramientas para la cesación tabáquica.

Recomendaciones

- Existe evidencia insuficiente para valorar adecuadamente los riesgos de salud asociados con el uso de cigarrillos electrónicos (nivel de evidencia B).
- Existe evidencia insuficiente acerca de la eficacia de los cigarrillos electrónicos como ayuda a la cesación (nivel de evidencia B).
- Aunque no hay evidencia de efectos adversos frecuentes o serios, como tampoco hay evidencia de que sean útiles para la cesación tabáquica, los profesionales de la salud no deberían recomendar este producto (nivel de evidencia B).
- Existe una urgente necesidad de realizar ensayos clínicos para determinar la toxicidad y la eficacia, si existe, de los

cigarrillos electrónicos para facilitar la cesación tabáquica.

Referencias bibliográficas

- Etter J-F. The Electronic Cigarette: An Alternative to Tobacco? Geneva, Switzerland: Jean-Francois Etter, 2012; 1-125.
- European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco, special Eurobarometer 385. May 2012. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf
- Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 9. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub3.

4. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382(9905):1629-37.
5. Polosa R, Morjaria JB, Caponnetto P, Campagna D, Russo C, Alamo A, et al. Effectiveness and tolerability of electronic cigarette in real-life: a 24-month prospective observational study. *Internal and Emergency Medicine* 2014;9(5):537-46.
6. Bullen, C., McRobbie, H., Thornley, S., Glover, M., Lin, R. & Laugesen, M. Effect of an electronic nicotine delivery device [e-cigarette] on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: Randomized cross-over trial. *Tob Control* 2010; 19: 98-103.
7. Vansickel, A. R., Cobb, C. O., Weaver, M. F. & Eissenberg, T. E. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic "cigarettes": Nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(8): 1945-53.
8. Pellegrino R.M, Tinghino B, Mangiaracina G., Marani A., Vitali M., Protano C., and M.S. Cattaruzza. Electronic cigarettes: an qualitative evaluation of exposure to chemicals and fine particulate matter. *Ann Ig* 2012;24:1.
9. Vardavas CI, Anagnostopoulos N, Kougias M, Evangelopoulou V, Connolly GN, Behrakis PK. Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: Impact on respiratory flow resistance, impedance, and exhaled nitric oxide. *Chest* 2012;141(6):1400-6.
10. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S, et al. Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. *PLoS One* 2015;10(2):e0116732.
12. Farsalinos K.E., and R. Polosa. Safety evaluation and risk assessment of electronic
13. cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf.* 2014 Apr; 5(2): 67-86.
14. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Prev Med.* 2014;69:248-60.

4.6 Recomendaciones para estrategias de reducción

La reducción del consumo de tabaco puede proponerse como una opción de segunda línea para personas fumadoras incapaces o no deseosas de dejar de fumar completamente. Debería considerarse como un paso intermedio para conseguir una cesación posterior en quienes no pueden o no quieren dejarlo. El objetivo para los consumidores de tabaco es siempre la cesación completa.

Los beneficios de la reducción se manifiestan en dos vertientes:

- se fuma menos y así se disminuyen al menos algunos de los riesgos del consumo;
- se aumenta la confianza del paciente en su capacidad de dejar de fumar completamente y aumenta el número de intentos de cesación.

Existía la preocupación de que la propuesta de reducir el consumo podría hacer disminuir las tasas de cesación. No hay datos que apoyen esto: se ha observado lo contrario. Una revisión de la Cochrane no encontró diferencias en las tasas de cesación según la cesación fuera brusca o gradual, y concluyó que a los pacientes se les debe dar a elegir ambas posibilidades¹. Los pacientes que no quieren dejar de fumar, pero a los que se les propone reducir, tiene más posibilidades de estar abstinentes un año después que aquellos a los que la cesación completa se les ofreció como única solución³.

Se define reducción como una disminución del 50% del consumo inicial, sin conseguir la abstinencia¹.

Algunos pocos datos (de estudios pequeños, en poblaciones seleccionadas o con periodos de seguimiento cortos) sugieren que una reducción sustancial del consumo de cigarrillos disminuirían algunos factores de riesgo cardiovascular y mejorarían síntomas respiratorios. La reducción del consumo se asocia con un 25% de disminución de los biomarcadores de tabaco y de incidencia en cáncer de pulmón y con un ligera, casi insignificante, aumento en el peso de los recién nacidos de gestante fumadoras². No parecen apreciarse beneficios claros en la función pulmonar con la reducción del consumo⁵.

La reducción del consumo representa una alternativa terapéutica para los fumadores que aún no están preparados para dejar de fumar completamente. La tasa de cesación en un grupo de estudio que fueron tratados con chicles de nicotina fue del doble a los 3 meses y del triple a los 12 meses que la del placebo². El uso del chicle asociado al menor consumo de tabaco fue bien tolerado y disminuyó significativamente los niveles de monóxido de carbono². El estudio ROSCAP acerca de la reducción del consumo en pacientes cardiacos fue un estudio controlado que analizó la eficacia de las estrategias de reducción del consumo en disminuir los efectos dañinos de la exposición al tabaco. Comparado con el grupo control, quienes consiguieron reducir fueron sobre todo los varones y quienes tenían un consumo previo más intenso⁶.

4.6.1 Reducción con TSN

La reducción del consumo con TSN sólo se recomienda en un fumador dependiente; esto es, en un fumador en el que el gran número de receptores nicotínicos y su desensibilización es un factor importante en el consumo con una puntuación en el test de Fagerström superior a 3, incluso superior a 6⁴. La reducción del consumo debería proponerse sistemáticamente a los fumadores altamente dependientes con una puntuación de 7 o más en el test de Fagerström, que tiene una enfermedad ocasionada por el tabaco y que no están preparados para dejar de fumar.

Un metaanálisis de 7 ensayos controlados y aleatorizados, con un total de 2767 fumadores, que inicialmente no deseaban dejar de fumar, mostró que las tasas de abstinencia mantenida seis meses después de iniciarse el tratamiento fue más elevada en quienes habían sido asignados al grupo de TSN (chicle, inhalador o parche) durante seis o más meses que en el grupo control: 1,6% vs. 0,4%⁷.

LA TSN se utiliza como sustitución del número de cigarrillos no fumados por lo que los efectos de los otros productos del tabaco se reducen potencialmente. La nicotina se libera de manera más progresiva por lo que hay un menor mantenimiento de la adicción. La nicotina farmacéutica se va aumentando hasta conseguir al menos una reducción del 50% en el número de cigarrillos fumados y puede ser aumentada para acercar la cesación (figura 4.9).

Figura 4.9: Estrategia de reducir para dejar de fumar



4.6.2 Reducción con vareniclina

Un estudio reciente, controlado, de Ebbert y cols.⁸ que analizó el uso de vareniclina en fumadores que referían no poder o no querer dejarlo en los siguientes 30 días, pero que sí estaban dispuestos a reducir y dejarlo en los próximos tres meses, encontró que la vareniclina durante 24 semanas aumentó las tasas de cesación a los 12 meses: 27,0 vs. 9,9% en el grupo placebo (RR:2,7; IC95%:2,1-3,5)

Recomendaciones

- La reducción en el consumo de tabaco aumenta las posibilidades de realizar un intento de cesación posterior (nivel de evidencia A).
- El uso de TSN es una parte recomendada del abordaje "reduce para dejarlo" en fumadores que refieren tasas más altas de dependencia nicotínica (nivel de evidencia A).
- El uso de vareniclina se ha mostrado útil en el abordaje "reduce para dejarlo" en un ensayo (nivel de evidencia B).

Referencias bibliográficas

1. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.
2. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and

Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

3. NICE Guidelines: Tobacco: Harm-reduction approaches to smoking cessation. National Institute for Health Care Excellence, United Kingdom. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph45>.
4. Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T and al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000;321:329-333.
5. Anthonisen N, Connett J and Muttay R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166:675-79.
6. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease, *Am Heart J* 2005;149:565-72.
7. 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.
8. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, Treadow J, Yu CR, Dutro MP, Park PW. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2015;313(7):687-94.

4.7 Recomendaciones para la prevención de recaídas

La recaída, definida como una vuelta al consumo de una sustancia tras un periodo de abstinencia, es una parte frustrante pero no inevitable del proceso de recuperación del tabaquismo. Refiriéndose a la recaída como fallo del tratamiento a largo plazo en un sentido general, Piaseki muestra que es un hallazgo frecuente y rápido entre quienes lo dejan, y que la inmensa mayoría de quienes participan en los ensayos clínicos para dejar de fumar refieren una historia de intentos de cesación pasados, en la que muchos han fallado al menos una vez usando una estrategia farmacológica de ayuda^{1,2} y en la que muchas vueltas al consumo ocurren en las primeras 24 horas tras la cesación.

Estrategias conductuales

Tres estrategias principales se emplean en los programas de prevención de recaídas: 1) estrategias cognitivo-conductuales para evitar una recaída cuando ocurre los cravings y para aprender de los consumos puntuales; 2) estrategias de apoyo

social que se polarizan en la necesidad de apoyo emocional de la persona fumadora por parte de su familia o amigos íntimos; 3) estrategias de cambios en los estilos de vida centradas en ayudar a los fumadores a desarrollar nuevas identidades como personas libres de tabaco^{1,2}.

En la actualidad no existe ninguna estrategia conductual específica que ayude a prevenir la recaída en quienes ya han dejado de fumar³. Las intervenciones individuales o grupales no previnieron las recaídas, independientemente del tiempo de contacto, incluso tras ocho semanas de asesoramiento telefónico^{2,3}.

Las intervenciones encaminadas a reconocer y resolver las situaciones de riesgo de consumo son las más prometedoras desde el punto de vista conductual³.

Para diseñar intervenciones intensivas que reduzcan la recaída en grupos vulnerables de fumadores, como es el caso de las mujeres que han dado a luz o de los presos, la identificación de factores de recaída puede aumentar la eficacia de la entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual combinadas^{5,6}.

Uso de medicación

El uso prolongado de varenicline parece ser efectivo en prevenir las recaídas tras un periodo inicial de abstinencia o un episodio agudo de tratamiento, aunque la evidencia se limita a un artículo. Hajek y cols. en 2009⁷ encontraron que la varenicline prolongada podía prevenir la recaída, especialmente en quienes conseguían la abstinencia más tarde tras el tratamiento habitual de 12 semanas con varenicline. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: a uno se le administró tres meses más de varenicline y al otro tres meses más de placebo. Los autores encuentran un mayor riesgo de recaída en quienes consiguieron la cesación en la semana 12 que los que la consiguieron en la semana 1: la abstinencia al año para ambos grupos fue 5,7% frente a 54,9%. Desde este punto de vista puede concluirse que repetir el tratamiento de 12 semanas en quienes no consiguen la cesación en las dos primeras semanas era beneficioso, como se muestra en estudio con los 1208 pacientes que se mantenían abstinentes en la semana 12 del tratamiento⁷.

No hay evidencia clara de que el uso extendido de bupropión

mejore las tasas de recaídas³. Un pequeño número de estudios han encontrado que el uso prolongado de la TSN puede ser efectivo en prevenir la recaída, pero se necesitan mucha más investigación al respecto³.

Japuntich y cols.⁸ examinaron los efectos de cinco tipos de farmacoterapia (bupropión, parches, comprimidos, bupropión + comprimidos, parches + comprimidos) sobre la cesación durante 8 semanas tras un intento de cesación. Concluyen que las medicaciones son efectivas en conseguir más abstinencia inicial y un menor riesgo de recaída, pero que en general no disminuyen el riesgo de recaída tras un consumo.

Bupropión, TSN y varenicline parecen ser coste-efectivas para prevenir la recaída en fumadores que lo están intentando dejar o que lo han dejado hace muy poco. Un uso más extendido de estos tratamientos de efectivos de prevención de recaídas podrían suponer una ganancia de salud sustancial, a un coste aceptable para los sistemas de salud⁹.

El conocimiento del grado de riesgo de recaída podría ayudar a los clínicos a proporcionar tratamientos óptimos para aquellos pacientes que necesitan intervenciones más agresivas. Estas intervenciones podrían incluir dosis más altas o más prolongadas de fármacos o intervenciones psicosociales más frecuentes o más intensas. Así, Bolt y cols. han desarrollado un cuestionario de siete preguntas (WI-PREPARE) que proporciona a los investigadores y a los clínicos una herramienta que mide la predisposición a la recaída y que es efectiva en predecir a corto y a largo plazo la recaída en los fumadores con interés en dejar de fumar¹⁰.

Recomendaciones

- En la actualidad hay evidencia insuficiente para apoyar el uso de una intervención específica para ayudar a quien ha dejado de fumar a evitar la recaída (nivel de evidencia B).
- El tratamiento prolongado con varenicline puede prevenir la recaída (nivel de evidencia B).
- No parece que el tratamiento prolongado con bupropión tenga un efecto clínico significativo (nivel de evidencia B).
- Hay alguna evidencia inicial de que el uso prolongado de TSN puede prevenir la recaída, sin embargo se necesitan estudios adicionales (nivel de evidencia B).

Referencias bibliográficas

1. Piasecki T.M., Relapse to smoking, *Clinical Psychology Review*, 2006;26:196-215.
2. DeJong W., Relapse Prevention: An Emerging Technology for Promoting Long-Term Drug Abstinence. *Substance use and misuse*, 1994;29(6):681-705.
3. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.
4. Agboola S, McNeill A, Coleman T, Leonardi Bee J., A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction.* 2010 Aug;105(8):1362-80.
5. Clarke J.G., Martin R.A., LAR Stein, Lopes C.E., Mello J., Friedmann P., Bock B., Working Inside for Smoking Elimination (Project W.I.S.E.) study design and rationale to prevent return to smoking after release from a smoke free prison *BMC Public Health* 2011;11:767.
6. Polanska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB, Jaakkola JJ, Predictors of smoking relapse after delivery: prospective study in central Poland, *Matern Child Health J.* 2011;15(5):579-86.
7. Hayek P., Tonnesen P., Arteaga C., Russ C., Tonstad S., Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment, *Addiction*, 2009;104:1597-1602.
8. Japuntich S.J., Piper M.E., Leventhal A.M., Bolt D.M., Baker T.B., The Effect of Five Smoking Cessation Pharmacotherapies on Smoking Cessation Milestones, *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(1):34-42.
9. Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, McNeill A, Coleman T., Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation, *Addiction*, 2011;106(10):1819-26.
10. Bolt D., M., Piper M.E., McCarthy D.E., Japuntich J.S., Fiore M.C., Smith S.S., Baker T.B., The Wisconsin predicting patients relapse questionnaire, *Nicotine & Tobacco Research*, 2009;11(5):481-4.

4.8 Recomendaciones terapéuticas para situaciones especiales y grupos de riesgo

Las intervenciones que son efectivas para el tratamiento del tabaquismo se recomiendan a todas las personas fumadoras, salvo cuando la medicación esté contraindicada o no haya mostrado eficacia, como en el embarazo o la adolescencia. También deben tenerse en cuenta algunas consideraciones específicas en poblaciones específicas en las que la evidencia

es insuficiente, como en consumidores de formas de tabaco oral o fumadores de un bajo número de cigarrillos. Las situaciones y grupos particulares se analizan en los siguientes encabezamientos.

4.8.1. Embarazadas

Dejar de fumar es esencial para las mujeres embarazadas. Fumar durante el embarazo dobla las posibilidades de muerte fetal y de muerte neonatal¹. La hipoxia uterina ocasionada por el tabaco se asocia a menor, con las complicaciones que esto implica².

La mejor opción es dejar de fumar antes del embarazo utilizando todo el apoyo disponible.

Para las embarazadas que no pueden dejar de fumar por sí mismas, asegurar el acceso al mejor apoyo psicológico y a la medicación es la mejor opción. La reducción a unos pocos cigarrillos diarios no puede ser un objetivo aceptable: sólo la cesación completa antes de finalizar el primer trimestre reduce realmente los riesgos asociados al consumo.

Existe buena evidencia de que las intervenciones psicosociales son efectivas para aumentar las tasas de cesación en las embarazadas [RR:1,44; IC95%:1,19-1,73; 30 estudios]. La evidencia no es clara en relación a la eficacia de las intervenciones de apoyo social de los iguales [5 estudios; RR:1,42; IC95%:0,98-2,07]³. Las intervenciones basadas en incentivos parecen prometedoras, aunque se necesitan más estudios³.

Ningún estudio ha encontrado que la toxicidad de la TSN sea mayor que la del fumar⁴. Aunque existe evidencia incuestionable de que la nicotina daña al feto en desarrollo, no hay evidencia de que el uso de la TSN *per se* influya positiva o negativamente sobre el feto⁴.

La eficacia de la TSN durante el embarazo ha sido examinada en 8 estudios. La TSN puede aumentar las tasas de cesación en la fase tardía del embarazo, aunque los estudios presentan limitaciones metodológicas y en general las tasas de adherencia a la medicación son bajas. Falta evidencia como tal acerca de si la TSN ayuda a la cesación durante el embarazo. Un ensayo inglés aleatorizado, en el que más del 80% de las embarazadas no recibieron tratamiento después

de un mes, no encontró diferencias en la cesación a lo largo del embarazo⁵.

Comparados con seguir fumando, los riesgos para el feto de la TSN son suficientemente menores.

El uso de nicotina oral, en vez de los parches de 24 horas, pueden reducir el riesgo derivado de la TSN.

Bupropión y vareniclina no están indicados en el embarazo y no se recomiendan.

Recomendaciones

- Debería preguntarse a todas las embarazadas sobre su estatus de fumadoras y ofrecerles ayuda para dejar de fumar (nivel de evidencia A).
- A todas las embarazadas que fuman debe recomendarse intervenciones conductuales / psicosociales intensivas (nivel de evidencia A).
- La TSN es la única medicación probada en el embarazo. No hay evidencia concluyente de que sea una estrategia efectiva para aumentar las tasas de cesación en las embarazadas, pero sin embargo el riesgo para el feto es menor que el de seguir fumando.

Referencias bibliográficas

1. Kirsten Wisborg, Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurdrud Fródi Olsen and Niels Jørgen Secher Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life. *Am. J. Epidemiol.* 2001;154(4):322-327.
2. Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent?, Ginzel, K. H., Maritz, G., Marks, D., Neuberger, M., Pauly, J., Polito, J., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T., *Journal of Health Psychology*, 2007;12(2):215-224.
3. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.
4. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD010078. DOI:10.1002/14651858.CD010078.pub2.
5. Coleman T et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. *N Engl J Med.* 2012;366:808-818.

4.8.2. Tratamiento recomendado para menores de 18 años

La adicción a la nicotina se desarrolla rápidamente a edades tempranas.¹ Normalmente se empieza a fumar en la preadolescencia, por ello, los doctores deben intervenir en el apoyo a la prevención del tabaquismo como una prioridad en este grupo de edad.

Un repaso general de la literatura en este campo muestra una amplia gama de enfoques, pero también su efectividad limitada¹. Las intervenciones contra tabaquismo para los adolescentes han incluido farmacoterapia, enfoque conductual (como programas escolares y comunitarios) y políticas de control de tabaco; estas intervenciones han tenido resultados mixtos. Parece que el efecto terapéutico más significativo en los adolescentes se observa en las habilidades de autocontrol y afrontamiento, estrategias motivacionales (reducir la ambivalencia al cambio) y abordar las influencias sociales que afectan al comportamiento del tabaquismo.

El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomienda como más eficientes las intervenciones que son de componentes múltiples y que combinan programas de apoyo escolar con la participación de la comunidad local.²

Cuando se brinda asesoramiento para dejar de fumar a los jóvenes, debe tenerse en cuenta que en la mayoría de los casos subestiman su propia dependencia de la nicotina. Los adolescentes que fuman ocasional o diariamente creen que pueden dejar de fumar fácilmente en cualquier momento. De hecho, solo alrededor del 4% de los fumadores de 12 a 19 años logran dejar de fumar cada año, con una tasa de fracaso superior a la de los fumadores adultos.³ Las estadísticas también muestran que los adolescentes están muy interesados en dejar de fumar: el 82% de los que tienen entre 11 y 19 años piensan en dejar de fumar y el 77% ha realizado intentos serios para dejar de fumar en el último año.³ Los intentos de los adolescentes rara vez se planifican: la mayoría de los adolescentes eligen dejar de fumar sin ayuda cualificada, pero las investigaciones han demostrado que los jóvenes fumadores que siguen los programas de cesación tienen el doble de posibilidades de dejar de fumar con éxito.⁴

Terapias de asesoramiento para dejar de fumar recomendadas a personas menores de 18 años

A pesar de la alta prevalencia y las implicaciones para la salud del tabaquismo en los adolescentes, se ha trabajado poco para desarrollar programas para dejar de fumar dirigidos a este grupo de edad. Este área de investigación se ha centrado casi exclusivamente en los tratamientos psicosociales, como se muestra en un metaanálisis que encontró una tasa de abandono del 12% tres meses después del tratamiento, en comparación con el 7% entre los grupos control.⁵ Una intervención psicosocial que se ha mostrado alentadora, pero sólo en lo que respecta a los resultados preliminares, es el manejo de contingencias (MC), que es un tratamiento conductual basado en el condicionamiento operante, en el que las conductas deseadas (como la abstinencia del tabaquismo) se refuerza directamente con recompensas (por ejemplo, vales, efectivo). La evidencia sugiere que la MC, sola o combinada con la terapia cognitiva-conductual (TCC), puede ser eficaz para alentar a los adolescentes a dejar de fumar. Un estudio (n=28) demostró resultados particularmente alentadores, con el 53% de los participantes que recibieron CM y TCC logrando la abstinencia al final del tratamiento de un mes, en comparación con el 0% de los que recibieron sólo TCC.⁶ Con base en estos hallazgos piloto, un estudio reciente a gran escala (n=110) investigó una intervención de MC de tres semanas, dos veces al día, sola o combinada de terapia motivacional, entre estudiantes universitarios fumadores que no buscaban tratamiento.⁷ Participantes que recibieron MC (con recompensas económicas, basando en la medición de niveles de monóxido de carbono en la primera semana y en la abstinencia de fumar en la segunda y tercera semana) demostraron niveles de monóxido de carbono significativamente más bajos y una mayor abstinencia (55% Vs 18%) durante el tratamiento, que aquellos que no recibieron CM.

Un metaanálisis que examinó la eficacia del asesoramiento en jóvenes mostró que este método duplica las tasas de abstinencia a largo plazo en comparación con el enfoque común (consejo breve, materiales de autoayuda y derivación a centros para dejar de fumar) en comparación

con la ausencia de cualquier intervención.⁸ En general, los adolescentes pueden ser abordados utilizando varios formatos de tratamiento: ya sea en sesiones individuales con asesoramiento telefónico /mensajes o por Internet, o sesiones grupales. El asesoramiento a los adolescentes debe ser confidencial, se debe respetar su privacidad, y preferiblemente no debe estar en presencia de padres o maestros.

Programas específicos para adolescentes

Estos incluyen: Programas escolares para dejar de fumar⁹ campañas en los medios con mensajes de prevención eficaces¹⁰, programas interactivos para dejar de fumar como el proyecto europeo *"Adolescents Smoking Cessation"*¹¹ lecciones en video como el programa holandés *"I do not smoke"* concursos con premios e incentivos, como *"Quit and Win for Teenagers"*¹¹ *"NOT (Not on Tobacco)"*, que es el programa voluntario para dejar de fumar de la *American Lung Association* para estudiantes de secundaria.¹²

Asesoramiento telefónico

Las líneas telefónicas para dejar de fumar son más atractivas para los adolescentes debido a que son de fácil acceso y son semi-anónimas, se pueden individualizar para la persona que se llama dentro de un protocolo estructurado y pueden incluir un seguimiento proactivo por lo que el asesor, no la persona que llama, toma la iniciativa de volver a llamar después de que se haya establecido el contacto inicial. Por ejemplo, en el protocolo de ayuda en línea para fumadores de California, los asesores trabajan para ayudar a los adolescentes a dejar de ver el fumar como un comportamiento adulto. Además, abordan temas propios de esta categoría de edad, como: formación de identidad, sentido de invulnerabilidad, dependencia de la familia, identificación con los compañeros y deseo de autonomía.¹³

En un estudio que incluyó a 1058 alumnos de bachillerato se utilizaron semanalmente estos métodos de asesoramiento telefónico, obteniendo una muy buena adherencia al protocolo de tratamiento en la población de estudio (90%). En otro estudio similar que proporcionó asesoramiento cognitivo-conductual y una entrevista motivacional telefónica, el seguimiento al año

de los 2151 alumnos de secundaria identificados de manera proactiva encontró que el 21,8% dejaba de fumar a los 6 meses en el grupo de intervención frente al 17,7% en el grupo de control.¹

Farmacoterapia para adolescentes

A pesar de la clara evidencia de la abstinencia y el deseo de nicotina en los adolescentes, la investigación limitada se ha centrado en los agentes farmacológicos para dejar de fumar en los adolescentes.^{14,15,16} Aunque hay siete medicamentos de primera línea aprobados por la FDA para dejar de fumar en adultos, no hay evidencia suficiente para recomendar cualquiera de estos para el tratamiento de fumadores adolescentes. Además, la mayoría de los países europeos prohíben por ley la prescripción de medicamentos para dejar de fumar a esta categoría de personas. Las pruebas de medicamentos en adolescentes fumadores se han limitado a la terapia de reemplazo de nicotina y al bupropión.

Los pocos estudios publicados sobre este tema encontraron una tasa de abstinencia insignificamente diferente para la terapia con parche de nicotina versus placebo a las 12 semanas de seguimiento desde el día que se dejó de fumar, no encontraron diferencias entre la eficacia del chicle de nicotina versus el parche de nicotina y grupos placebo en un seguimiento de 6 meses. En todos estos grupos de estudio, los jóvenes recibieron, además del fármaco de estudio/ placebo, un asesoramiento breve.^{4,8}

Un ensayo abierto no controlado sobre el parche de nicotina combinado con un tratamiento conductual mínimo (n=101), demostró tasas de abstinencia de prevalencia puntual del 11% al final del tratamiento y del 5% a los seis meses de seguimiento.¹⁷ Otro estudio controlado de ambos grupos que recibieron TCC y MC (n=100) apoyó la seguridad del parche en adolescentes, pero no reveló diferencias entre el parche y el placebo (28% versus 24% de prevalencia puntual de abstinencia al final del tratamiento, respectivamente). En un ensayo aleatorio de TSN en el que participaron 120 adolescentes fumadores diarios, Killen et cols. encontraron al final del tratamiento, y nuevamente a los tres meses de seguimiento, que el 20,6% de los que llevaban el parche se confirmaron en abstinencia, en comparación con el 8,7% en

el grupo de chicle y el 5% en el grupo placebo.¹⁵ Moolchan et al. Compararon el parche, el chicle y el placebo entre los fumadores adolescentes que también recibieron TCC grupal para dejar de fumar (n=120). La abstinencia continúa después de un periodo de gracia de dos semanas que se logró 18%, 7% y 3% en los tres grupos respectivamente.²⁰ Un estudio piloto (n=40) reveló una mala adherencia al tratamiento y ninguna diferencia a los resultados del cese entre la nicotina en spray nasal y el placebo.²¹

A la luz del modesto efecto de la TSN, algunos investigadores se han centrado en el bupropión SR para dejar de fumar en los adolescentes. Un grupo de investigación llevó a cabo un ensayo abierto de bupropión SR, combinado con un breve asesoramiento individual en adolescentes fumadores (n=16) y encontró un 31% de abstinencia después de cuatro semanas de tratamiento.²² Killen et cols. Compararon el tratamiento combinado con bupropión SR 150 mg al día y parche de nicotina con el parche de nicotina solo (n=211), ambos tratamientos se proporcionaron junto con una intervención grupal de entrenamiento en habilidades. Encontraron solo un 8% de abstinencia a las 26 semanas de seguimiento para la terapia combinada frente al 7% para el parche de nicotina sólo.²³

En un ensayo aleatorizado a gran escala (n=312), Muramoto et cols. Comparó bupropión SR 300 mg/día, bupropión SR 150mg/día y el tratamiento con placebo, añadido a un breve asesoramiento individual semanal.²⁴ El grupo de bupropión SR 300mg/día (pero no el grupo 150mg/día) demostró una prevalencia puntual superior de abstinencia, en comparación con el placebo, al final del tratamiento (15% vs 6%) y a las 26 semanas de seguimiento (14% Vs 10%). En otro estudio 134 adolescentes fumadores que buscaban tratamiento fueron aleatorizados para recibir bupropión SR y / o manejo de contingencias (MC), cada uno solo o en combinación con el otro, en un ensayo controlado 2x2 de seis semanas. Los autores encontraron tasas de abstinencia del 27% para bupropión SR MC combinados, 8 % para bupropión SR y MC, 10% para placebo y MC, y 9% para placebo y no MC, al 30% de pacientes que completaron el tratamiento.²⁵ De acuerdo con las revisiones recientes y las pautas de

Estados Unidos, actualmente no hay evidencia suficiente para recomendar el uso de farmacoterapia para dejar de fumar en adolescentes. De acuerdo con las guías de práctica clínica, la derivación a una intervención psicosocial adecuada (por ejemplo, orientación escolar o comunitaria, grupal o individual) es el tratamiento de primera línea más apropiado para los fumadores adolescentes. Aunque estas intervenciones producen tasas generales de abandono relativamente bajas, aumentan significativamente las probabilidades de dejar de fumar sin tratamiento. Si bien se puede considerar la farmacoterapia, solo se deben recetar con un estrecho seguimiento y después de una cuidadosa consideración de la tasa de tabaquismo de los adolescentes, el historial de intentos fallidos para dejar de fumar y la motivación actual para dejar de fumar. Los resultados de los ensayos de farmacoterapia para dejar de fumar en adolescentes no son concluyentes y sugieren los límites de la prescripción de tales medicamentos.²⁵

Recomendaciones

- Se recomienda a los médicos interrogar a todos los pacientes jóvenes menores de 18 años sobre el consumo de tabaco y transmitir mensajes claros sobre la importancia de abstenerse de fumar (nivel de evidencia C).
- La consideración demostró ser un método eficaz para dejar de fumar para los adolescentes (nivel de evidencia B).
- El tabaquismo pasivo es perjudicial para los niños y adolescentes. El asesoramiento para dejar de fumar proporcionado dentro de los servicios pediátricos demostró ser eficaz para aumentar las tasas de abstinencia del tabaco en los padres fumadores. Por esta razón, para proteger a los niños contra el tabaquismo pasivo, recomendamos a los médicos que evalúen el tabaquismo de los padres y les brinden asesoramiento y asistencia para dejar de consumir tabaco (nivel de evidencia B).

Referencias bibliográficas

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. - Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.

2. Teen Smoking Statistics, CDC, Mayo Clinic, ALA Teen Help.com.
3. Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, *Eur Respir. J.* 2002;19:13.
4. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008.
5. Sussman S., Effects of sixty six adolescents tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting, *Tobacco Induced Disease* 2002;1(1):35-81.
6. Krishnan-Sarin S., Duhiq a.M., McKee SA, McMahan TJ, Liss T., McFetridge A., Cavallo DA, Contingency management for smoking cessation in adolescents, *Exp. Clin. Psychopharmacology*, 2006;14(3):306-10.
7. Tevyaw T.O'L, Colby S.M., Tidey J.W., Kahler C.W., Rohsenow D.J., Barnett N.P., Gwaltney C.J., Monti P.M., Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers, *Nicotine Tob Res.* 2009;11(6):739-749. doi: 10.1093/ntr/ntp058.
8. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.
9. www.notontobacco.com
10. http://arnoldagency.com/cleanindoorair/
11. Trofor A., Mihaltan F, Mihaicuta S., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people Romanian expertise, *Pneumologia*, 2009;58:7278. ISSN 12233056.
12. http://www.ttac.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT_2009-2010_N-O-T_Program_Summary.pdf
13. Tedeschi GJ, Zhu S-H, Anderson CM, et. al. Putting it on the line: Telephone counseling for adolescent smokers. *J Couns Dev.* 2005;83:416-424.
14. Jacobsen LK, Krystal JH, Mencl WE, Westerveld M, Frost SJ, Pugh KR., Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers *Biol Psychiatry.* 2005;57(1):56-66.
15. Killen JD, Ammerman S, Rojas N, Varady J, Haydel F, Robinson TN, Do adolescent smokers experience withdrawal effects when deprived of nicotine?, *Exp.Clin Psychopharmacol.*, 2001;9(2):176-82.
16. Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N., Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking, *Nicotine Tob. Research*, 2001;3(2):151-5.
17. Hurt RD, Croghan GA, Beede SD, Wolter TD, Croghan IT, Patten CA., Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptom relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels, *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.* 2000;154(1):31-7.
18. Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D, Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine Tob. Res.*, 2003;5(4):515-26.
19. Breland, A.B., Colby, S., Dino, G., Smith, G., Taylor, M. Youth smoking cessation interventions: Treatments, barriers, and

- recommendations for Virginia. Richmond, Virginia: Virginia Commonwealth University, Institute for Drug and Alcohol Studies, 2009. <http://www.vcu.edu/idas/vytp/reports/index.html>.
20. Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, Schroeder JR., Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction, *Pediatrics*, 2005;115(4):e407-14.
21. Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki AB A randomized trial of nicotine nasal spray in adolescent smokers. *Pediatrics*, 2008;122(3):e595-600.
22. Upadhyaya HP, Brady KT, Wang W Bupropion SR in adolescents with comorbid ADHD and nicotine dependence: a pilot study, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 2004;43(2):199-205.
23. Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C, Samuels D, Levin SK, Green S, Schatzberg AF., Randomized clinical trial of the efficacy of Bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2004;72(4):729-35.
24. Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, Matthews E, Strayer L.J., Randomized, double-blind, placebo- controlled trial of 2 dosages of sustained-release Bupropion for adolescent smoking cessation., *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2007;161(11):1068-74.
25. Gray K.M., Carpenter M.J., Baker N.L., Hartwell K.J., Lewis A.L., Hiott D.W., Deas D., Upadhyaya H.P., Bupropion SR and Contingency Management for Adolescent Smoking Cessation, *J Subst Abuse Treat.* 2011;40(1):77-86.

4.8.3. Pacientes con patologías respiratorias, cardiovasculares, psiquiátricas, oncológicas u otras

Los fumadores con patologías asociadas del tipo cáncer, enfermedad cardiaca, EPOC, diabetes y asma, son objetivos importantes en el tratamiento del tabaquismo dado el papel que fumar juega en el origen y evolución de estos trastornos. Usar los programas de manejo de enfermedades crónicas para integrar las intervenciones de tratamiento del tabaquismo puede ser una manera efectiva y eficiente de ofrecer estas intervenciones a estas poblaciones¹. Los tratamientos de cesación han mostrado ser efectivos en fumadores con una gran variedad de comorbilidades, si bien se pueden presentar algunas dificultades y deben tomarse algunas precauciones.

Enfermedad cardiovascular

Critchley y Capewell, en una revisión sistemática, encontraron que la cesación tabáquica se asocia con una disminución sustancial del 36% del riesgo de mortalidad por todo tipo de

causas en pacientes con enfermedad coronaria previa². El tratamiento del tabaquismo en los pacientes con patología cardiovascular difiere del de otros pacientes en que estos pacientes a menudo se ven obligados a dejar de fumar y a mantener una abstinencia de por vida después de un evento cardiovascular inesperado. Dado que la aparición de enfermedad cardiovascular es la principal razón que motiva a los pacientes a dejar de fumar, los médicos deben proveer a estos pacientes con enfermedades cardiovasculares con programas de cesación adecuados³. En los pacientes con enfermedades cardiovasculares deben tenerse en cuenta especialmente que: 1) como muestra la evidencia, la cesación está absolutamente recomendada en estos pacientes; 2) deberían dejar de fumar en la fase de aguda del trastorno cardiovascular y mantenerse abstinentes después; y 3) en ellos está contraindicadas durante la fase aguda (primeras 48 horas después del evento) la terapia sustitutiva de nicotina¹. Los efectos de la medicación se ven sustancialmente aumentados cuando se administran junto con intervenciones conductuales impartidas por un médico o por otro profesional sanitario, o con grupos terapéuticos de cesación o con líneas telefónicas de cesación.

A todo paciente con algún factor de riesgo cardiovascular se le debería aconsejar que lo dejara. Tanto la vareniclina como la TSN deberían tenerse en cuenta. Aparte de las precauciones reseñadas para la TSN en pacientes con un trastorno cardiovascular agudo, la evidencia actual muestra que la TSN no ha mostrado efectos adversos en pacientes con enfermedades cardíacas³. La vareniclina parece razonablemente segura en pacientes con enfermedad cardíaca estable sin historia de depresión o de enfermedad psiquiátrica. Los datos específicos sobre el uso de la vareniclina en pacientes cardiovasculares se han abordado en 4.3.3.9. Finalmente, las intervenciones que combinan múltiples estrategias (farmacológicas y psico-sociales) pueden tener mayor eficacia a largo plazo, especialmente para aquellos pacientes que no responden al fármaco aislado⁴.

Enfermedad respiratoria

Por estar directamente expuesto al humo del tabaco, el aparato respiratorio se ve particularmente afectado por el

consumo de tabaco. Esta es la razón por la que la cesación tabáquica debe ser especialmente en los pacientes con EPOC, asma, infecciones respiratorias y trastornos respiratorios intersticiales y del sueño.

EPOC

La cesación tabáquica es la intervención terapéutica más importante en los pacientes con EPOC. Los pacientes fumadores con EPOC suelen presentar un alto grado de dependencia, lo que requiere programas de cesación estructuradas que incluyen intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La revisión de la Cochrane de 2016 sobre cesación tabáquica en pacientes con EPOC y la literatura reciente indican que el concepto de cesación tabáquica que incluye medicación y apoyo psico-social es efectivo para los pacientes con EPOC (nivel de evidencia A)⁵. La intervención psico-social consiste en programa de cesación tabáquica estructurado de varias horas de duración en el que se abordan aspectos cognitivos y hallazgos respiratorios, subjetivos y objetivos, como la función pulmonar⁶. Algunos estudios analizaron si el uso de vocabulario especial (como "pulmón del fumador"), estrategias de reforzamiento contingente como boletos de lotería por niveles de CO menores, o realizar pruebas de función pulmonar tienen efecto sobre la eficacia del asesoramiento: no se han encontrado diferencias entre estas intervenciones más intensivas y las intervenciones habituales, aunque había una tendencia a favor de las intervenciones más intensivas.

La mejor manera de aumentar la auto-eficacia y la auto-estima en estas personas es ofrecerles asistencia continua. El cuestionario clínico del EPOC (CCQ) es una herramienta valiosa que indica la ganancia de calidad de vida asociada a la cesación tabáquica en los pacientes con EPOC⁷. Toda persona fumadora con EPOC debería ser advertida reiteradamente sobre la conveniencia de la cesación por su médico. Se recomienda una visita al mes, pero también intervenciones intensivas conductuales en formatos individuales o grupales⁸. En un ensayo abierto aleatorizado valorando diferentes regímenes de TSN usando habitualmente en una clínica respiratoria en pacientes con EPOC, la tasa de cesación anual

de los tres tratamientos activos fue del 5,6%⁹. Tonnesen y cols.¹⁰ evaluaron la eficacia de la TSN sublingual y dos niveles de apoyo conductual en la cesación de pacientes con EPOC: encontraron que la cesación era mayor con TSN sublingual sin encontrar diferencias en los niveles de apoyo conductual. El análisis de 7372 pacientes mostró que el asesoramiento en combinación con TSN era el que tenía mayor efecto en las tasas de cesación a largo plazo (frente al asesoramiento solo o en combinación con un antidepresivo)¹¹.

Una combinación de diferentes modalidades de TSN puede ser empleada como una estrategia válida para ayudar a dejar de fumar a los pacientes con EPOC. Se recomienda la combinación de dos tipos de TSN con mecanismos de liberación distintos. Aumentar el tiempo que se emplea la TSN a 6 o 12 meses puede ayudar a que más fumadores dejen de fumar. La TSN puede ser también utilizada como ayuda para la reducción del número de cigarrillos a modo de vía de entrada a una cesación permanente posterior. Dado que los fumadores con EPOC están especialmente poco motivados para dejar de fumar, esta aproximación podría ayudarles a aumentar su motivación y a construir su auto-eficacia para la cesación⁸.

Tres ensayos clínicos analizaron la eficacia del bupropión en el tratamiento de fumadores con EPOC, encontrándose que bupropión era más efectivo que placebo a los 6 meses (16% vs. 9% y 28% vs. 15%)^{12,13} y que bupropión y nortriptilina era similarmente efectivos, pareciendo ser más coste-efectivo la nortriptilina. También el bupropión asociado a asesoramiento fue más efectivo que el placebo para conseguir la abstinencia que el placebo con un 18,9% de diferencia (IC95%: 3,6%-26,4%). Una espirometría con una intervención breve de cesación, seguida por una carta personal de un médico, consiguió mayores tasas de cesación a los 3 años en pacientes con EPOC que en fumadores con función pulmonar normal¹⁵. La eficacia y la seguridad de la vareniclina en el tratamiento de fumadores con EPOC ha sido analizada en dos estudios: en un estudio multicéntrico, doble ciego, con 504 pacientes con EPOC leve a moderado y sin trastornos psiquiátricos conocidos y en un estudio abierto con 472 pacientes con EPOC severo. En el primer estudio¹⁶ la tasa de abstinencia continua al año fue superior en el grupo vareniclina: 18,6% vs. 5,6%. En

el segundo estudio¹⁷, que combinaba tratamiento conductual con farmacológico, la tasa de abstinencia continua a las 24 semanas fue de 61,0% para la vareniclina, 60,0% para el bupropión y 38,2% para la TSN (44,1% para los parches). Hoogendorn y cols.¹⁸ analizaron la efectividad de la asistencia continua en fumadores con EPOC y concluyeron que, a pesar de los altos costes de este agresivo programa de cesación, es posible obtener beneficios a largo plazo.

Recomendaciones

- La TSN o la vareniclina deberían ser usadas en la cesación tabáquica de todos los pacientes con EPOC, independientemente de la severidad de la enfermedad y del número de cigarrillos fumados (nivel de evidencia B).
- TSN, vareniclina y bupropión son efectivos y bien tolerados en pacientes con EPOC (nivel de evidencia A).

Asma

La cesación tabáquica es crucial en el caso de los fumadores asmáticos, ya que el consumo de tabaco es predictor, de manera dosis-dependiente, de la severidad del asma y de un control pobre¹⁹. Frente a los asmáticos no fumadores, los fumadores presentan una mayor severidad de los síntomas asmáticos, una mayor necesidad de medicación de rescate, mayor resistencia a los corticoides y peores índices de estado de salud. De acuerdo a un estudio que evaluó el efecto de la cesación tabáquica en la función pulmonar y en la calidad de vida de los pacientes con asma durante el tratamiento con corticoides, seguir fumando ocasionó una mayor disminución de la función pulmonar en los asmáticos fumadores de larga evolución²⁰.

Se recomiendan dos estrategias para conseguir mejores resultados con las personas con asma fumadoras:

- Búsqueda de fármacos que intervengan en la respuesta inflamatoria alterada (la teofilina parece aumentar el efecto de los corticoides inhalados y mejorar los síntomas y el FEV1; la combinación fluticasona/salmeterol proporciona mayores mejoras que una dosis doble de fluticasona en la hiperreactividad y el calibre de las vías aéreas; los antagonistas de los leucotrienos han mostrado incrementos en el flujo aéreo);

- Realizar tratamientos de cesación tabáquica basado en la evidencia (existe poca evidencia sobre cuáles son los programas de cesación tabáquica que son más efectivos específicamente para el asma; las técnicas conductuales y el asesoramiento telefónico se ha mostrado efectivo; debe tenerse en cuenta el riesgo del spray de TSN)²¹.

Recomendación

- Considerar a los fumadores asmáticos como pacientes de alto riesgo y hablar sobre su cesación tabáquica en todas las oportunidades. Aportar folletos educativos y planes para el auto-manejo del asma por escrito asegura que se aborde la cesación tabáquica como un tratamiento para el asma^{22,23}.

Tuberculosis

Quienes fuman presentan un riesgo mayor de estar infectados por el bacilo tuberculoso y, una vez infectados, desarrollan tuberculosis más a menudo que quienes no fuman. En ellos la tuberculosis se extiende más fácilmente, y presentan más frecuentemente tuberculosis pulmonar, esputo positivo y lesiones cavitarias, las recaídas de la tuberculosis y la muerte por tuberculosis. Dado que fumar aumenta el riesgo de infección y enfermedad tuberculosa, no fumar o dejar de hacerlo aumenta el control de la tuberculosis en una comunidad. Además, como fumar disminuye significativamente la efectividad del tratamiento de la tuberculosis²⁴, integrar la cesación tabáquica en los programas de tratamiento de la tuberculosis es algo muy recomendable para reducir la carga global del tabaco y la tuberculosis.

Para la cesación tabáquica de los fumadores con tuberculosis, la Unión Internacional contra la tuberculosis (IUAT) recomienda la técnica ABC (Preguntar, Aconsejar, Apoyar la cesación – *Ask about smoking status, Brief advice, Cessation support*). Estos tres fáciles pasos pueden ser realizados por cualquier profesional sanitario que trate a personas tuberculosas, debiendo registrarse su aplicación en la historia clínica²⁵.

En un ensayo multicéntrico no aleatorizado realizado en Malasia con 120 pacientes fumadores a la hora del diagnóstico de la tuberculosis se dividió a los pacientes en dos grupos:

unos recibieron solamente el tratamiento habitual (DOTS, con observación directa del tratamiento) y los otros recibieron además una intervención tabáquica de cesación. Los pacientes de este último grupo presentaron una significativa mejor calidad de vida (medida por el cuestionario ED-5D)²⁶.

Cáncer

La cesación tabáquica es un desafío en esta población de pacientes²⁷. Al tratar a la dependencia tabáquica en los pacientes con cáncer de pulmón debe tenerse en cuenta lo siguiente²⁸:

- Motivación: la evidencia sugiere que la mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón están motivados para dejar de fumar. Sin embargo, aunque se asume que un diagnóstico de cáncer de pulmón es un fuerte motivador, estos pacientes pueden presentar una motivación variable.
- Estigma y sensación de culpabilidad: Existe evidencia empírica que indica que, según fumen o no, los pacientes con cáncer de pulmón experimentan altos niveles de estigma percibido.
- Manejo del estado de ánimo: Como resultado del diagnóstico de cáncer de pulmón los pacientes a menudo experimentan un mayor malestar psicológico y mayores sentimientos de carga, estrés y estigmatización.
- Hogares libres de humo: Considerable evidencia muestra que vivir en un hogar libre de humo se asocia con una mayor cesación tabáquica.

Los pacientes con cáncer pueden presentar mayores niveles de dependencia nicotínica, mayores niveles de comorbilidad o más dificultad en la cesación, así como una peor salud y funcionamiento físico y más estrés y malestar emocional. Esto sugiere la necesidad de programas más intensos o personalizados que combinen intervenciones conductuales con intervenciones farmacológicas²⁸. El asesoramiento, la medicación y el asesoramiento motivacional son efectivos en estos pacientes; también lo es la farmacoterapia combinada²⁸. Un programa de cesación tabáquica llevado a cabo por personal de enfermería en pacientes con cáncer de cabeza y cuello o de pulmón mostrar tasas de cesación favorables a largo plazo

(40% a los seis meses); el programa duraba un año y era más intensivo el primer mes y combinaba el consejo médico, la intervención de enfermería y la utilización de fármacos²⁹.

Trastornos psiquiátricos, consumo de drogas

Los trastornos psiquiátricos son más frecuentes en las personas fumadoras; estos pacientes pueden encontrar más difícil la cesación. Aunque la conducta de fumar se encuentra muy frecuentemente en consumidores de alcohol y drogas, estos pacientes raramente solicitan tratamiento de cesación tabáquica. Dentro del contexto de un diagnóstico psiquiátrico y la medicación específica que usan, el tratamiento de la dependencia tabáquica es un proceso complejo. Comparados con los fumadores sin historia de trastorno psiquiátrico, quienes han padecido un trastorno del ánimo o de ansiedad (incluso aunque haya sido en el último año) tienen menos posibilidades de estar abstinentes ocho semanas después de la cesación. Presentar un diagnóstico de un trastorno de ansiedad también se ha relacionado con una menor posibilidad de estar abstinentes a los seis meses de la cesación. Estos hallazgos pueden ofrecer una base para el ajuste del tratamiento en los fumadores con comorbilidad psiquiátrica³⁰. Es importante reseñar que el tratamiento del tabaquismo en los pacientes con condiciones psiquiátricas estables no empeora el estado mental, pudiendo de hecho mejorarlo³¹⁻³³. Un metaanálisis de la colaboración Cochrane examinó las intervenciones para la cesación en personas con historia actual o pasada de depresión³⁴. La revisión incluía 49 estudios y encontró evidencia de que la adición de un componente psico-social de manejo del estado de ánimo a la intervención habitual de cesación era efectiva para aumentar las tasas de abstinencia a largo plazo en estos pacientes. También se encontró que la adición de bupropión era efectiva en pacientes con historia de depresión, pero no en pacientes con depresión actual; el tratamiento farmacológico se impartió junto con asesoramiento intensivo; la evidencia respecto al uso de otras medicaciones fue insuficiente.

Se aconseja incrementar y prolongar el tratamiento en los pacientes fumadores con trastornos mentales severos, como depresión mayor, esquizofrenia o psicosis, así como el uso

conjunto de técnicas psicológicas cognitivo-conductuales y medicación para la cesación y para el control de síntomas de la enfermedad basal³⁵.

En los pacientes esquizofrénicos el estatus de fumador debería identificarse en la entrevista clínica³⁶. Aunque se ha descrito un alto riesgo de recaída en estos pacientes, el tratamiento del tabaquismo es eficaz en ellos. Un metaanálisis de la colaboración Cochrane encontró evidencia de que el bupropión es útil en fumadores adultos con esquizofrenia³⁷. La vareniclina pueda atenuar los efectos adversos asociados a la cesación y parece ser bien tolerada en pacientes con esquizofrenia³⁸. Tanto la vareniclina como la farmacoterapia combinada fueron efectivos y no aumentaron el malestar psicológico durante al menos seis meses en fumadores con comorbilidad psiquiátrica, aunque se necesitan más estudios para descartar efectos adversos; (ver sección 4.3.3.9)³⁹. Conviene monitorizar estrechamente a los pacientes con enfermedad mental durante el periodo de cesación⁴⁰. Los pacientes tratados con antipsicóticos atípicos podrían responder mejor al bupropión²¹. En un estudio abierto con 412 fumadores (111 con patología psiquiátrica) la vareniclina fue igualmente efectiva y no se asoció con una mayor incidencia o severidad de reacciones adversas²¹.

El asesoramiento y la farmacoterapia son efectivos en los fumadores tratados simultáneamente de un trastorno adictivo por sustancias ilegales, aunque existe poca evidencia sobre cómo el tratamiento del tabaquismo influye sobre la recuperación del otro trastorno adictivo. Una intervención basada en el manejo de contingencias y que ofrecía bonos de regalo fue útil para iniciar la abstinencia nicotínica en pacientes en tratamiento de mantenimiento de opiáceos⁴¹. Un ensayo abierto aleatorizado que comparó el efecto de parches más terapia grupal cognitiva en pacientes con problemas de alcohol o drogas concluyó sugiriendo que la valoración y el tratamiento de los síntomas depresivos pueden jugar un papel importante en la cesación de estos pacientes⁴².

Recomendaciones

- El tratamiento de la dependencia tabáquica es efectivo en los pacientes con enfermedad mental severa Aquellos

tratamientos que funcionan en la población general, funcionan también para las personas con estos problemas, siendo aparentemente casi igual de efectivos.

- Se aconseja intensificar y prolongar el tiempo de tratamiento en aquellos pacientes con trastornos mentales graves, como depresión, esquizofrenia o psicosis.
- Debe monitorizarse estrechamente a los pacientes con enfermedad mental durante el periodo de cesación, ya que podría producirse en ellos una cierta inestabilidad.

Pacientes VIH +

Los pacientes VIH-positivos presentan una mayor prevalencia tabáquica que la población general⁴³. Hoy en día estos pacientes viven más gracias a los avances en los tratamientos, lo que hace que el consumo de tabaco sea una preocupación de salud grave también en estos pacientes. Los pacientes VIH-positivos que fuman presentan mayores tasas de mortalidad y menor calidad de vida. Además parecen estar en mayor riesgo de desarrollar enfermedades neumocócicas invasivas, así como de infecciones oportunistas y neumotorax espontáneo. Estos pacientes tienden a subestimar los efectos del consumo de tabaco sobre su salud, alegando que no vivirán lo suficiente para que se manifiesten las enfermedades ocasionadas por el tabaco o que el consumo de tabaco les ayuda a enfrentarse al estrés de su enfermedad¹.

Una revisión de la colaboración Cochrane de 2016 analizó las intervenciones de cesación tabáquica en los pacientes que presentan VIH y SIDA⁴³. La revisión identificó 12 estudios, la mayoría de los cuales empleaban técnicas conductuales y farmacológicas. En los estudios controlados no se encontró mucha evidencia de que la intervención fuera más eficaz que el grupo control comparativo⁴³. Ningún ensayo aleatorizado analizó la eficacia de las intervenciones en este grupo de pacientes, por lo que son necesarios más estudios

Referencias bibliográficas

1. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE,
2. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 2003;290(1):86-97.
3. Japanese Circulatory Society Joint Working Group. Guidelines for

Smoking Cessation. Circulation Journal, 2012;76:1024-1043.

4. Ockene I, Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease, Circulation, 2010;121:188-90.
5. van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD010744. DOI:10.1002/14651858.CD010744.pub2.
6. Andreas S, Hering T, Mühlig S, Nowak D, Raupach T, Worth H., Clinical Practice Guideline, Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease An Effective Medical Intervention Deutsches Ärzteblatt International -Dtsch Arztebl Int. 2009;106(16):276-82.
7. Papadopoulos G., Vardavas C.I., Limperi M., Linardis A, Georgoudis G., Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. BMC Pulmonary Medicine 2011;11:13.
8. Jiménez-Ruiz C.A., Luhnig S., Buljbasich D., Pendino R. Smoking Cessation Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Smokers, European Respiratory Disease, Touch Briefings, 2011;1-10.
9. Tonnesen P, Carrozzi L., Fagerström K.O., Gratiou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campbell L.A., Dagli E., West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy, Eur Respir J., 2007;29:390-417.
10. Tonnesen P, Mikkelsen K, Bremann L, Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD, using nicotine sublingual tablets and behavioral support, Chest, 2006;130(2):334-42.
11. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, et al., Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials, Eur Respir J, 2009;34:634-40.
12. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al., Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial, Lancet, 2001;357:1571-5.
13. Wagena EJ, Knispchild PG, Huibers MJ, et al., Efficacy of Bupropion and nortryptiline for smoking cessation among people at risk for or with COPD, Arch Intern Med, 2005;165:2286-92.
14. Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, et al., The cost effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, Addiction, 2009;104:2110-7.
15. Coronini-Cronberg S., Heffernan C., Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence J R Soc Med Sh Rep, 2011;2:78.
16. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al., Effects of Varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial, Chest, 2011;139:591-9.
17. Jiménez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, et al., Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications, Nicotine Tob Res, 2012;14(9):1035-9.
18. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van

- Mölkén MPMH, Long term effectiveness and cost effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, Thorax, 2010;65:711-8.
19. Polosa R., Russo C., Caponnetto P., Bertino G., Sarvà M., Antic T., Mancuso S., Al-Delaimy W.K., Greater severity of new onset asthma in allergic subjects who smoke: a 10-year longitudinal study, Respiratory Research, 2011;12:16.
 20. An-Soo Jang, Sung-Woo Park, Do-Jin Kim, SooTaek Uh, Young Hoon Kim, Hun Gyu Whang, Gun Il Lim, Choon-Sik Park, Effects of Smoking Cessation on Airflow Obstruction and Quality of Life in Asthmatic Smokers, Allergy Asthma Immunol Res. 2010 October;2(4):254-259.
 21. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
 22. Tobacco use in relation to COPD and asthma M.N. Hylkema et al Eur Respir J. 2007;29:438-445.
 23. Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control. Respiratory Medicine. 2008;102:1681-1693.
 24. Chiang YC, Lin YM, Lee JA, Lee CN, Chen HY., Tobacco consumption is a reversible risk factor associated with reduced successful treatment outcomes of anti-tuberculosis therapy, Int. J. Inf. Dis. 2012;16(2);e130-5.
 25. Bissell K., Fraser T., Chiang C-Y, Enarson D.A., Smoking Cessation and Smokefree Environments for Tuberculosis Patients, Paris, France: international Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010. ISBN: 978-2-914365-81-9.
 26. Awaisu A., Mohamed M.H.N., Noordin N.M., Muttalif A.R., Aziz N.A., Sulaiman S.A.S., Mahayiddin A.A. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life. Tobacco Induced Diseases 2012;10:2.
 27. Nayan S., Gupta M.K., Sommer D.D., Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: an updated Systematic Review and Meta-Analysis, Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;149(2):200-11.
 28. Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment Oncology 2010;78:289-301.
 29. de Bruin-Visser J.C., Ackerstaff H., Rehorst H., Rete`V.P., Hilgers F.J.M., Integration of a smoking cessation program in the treatment protocol for patients with head and neck and lung cancer, Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012;269;659-665.
 30. Piper M., Smith S.S., Schlamm T.R., Fleming M.F., Bittrich A.A., Brown J.L., Leitzke C.J., Zehner M.E., Fiore M.C., Baker T.B., Psychiatric Disorders in Smokers Seeking Treatment for Tobacco dependence: Relations with Tobacco dependence and Cessation J Consult Clin Psychol. 2010;78(1):13.
 31. Banham L, Gilbody S., Smoking cessation in severe mental illness: what works? Addiction. 2010;105(7):1176-89.
 32. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. BMJ. 2014 Feb 13;348:g1151. doi: 10.1136/bmj.g1151. Review. Erratum in: BMJ. 2014;348:g2216.
 33. Prochaska JJ. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. BMJ. 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.
 34. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD006102. DOI: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.
 35. Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(2):106-14.
 36. Allen MH, Debanné M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Am J Psychiatry. 2011;168(4):395-9.
 37. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD007253. DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
 38. Liu ME, Tsai SJ, Jeang SY, Peng SL, Wu SL, Chen MC, Tsai YL, Yang ST, Varenicline prevents affective and cognitive exacerbation during smoking abstinence in male patients with schizophrenia, Psychiatry Res. 2011;190(1):79-84.
 39. Steinberg MB, Bover MT, Richardson DL, Schmelzer AC, Williams JM, Foulds J. Abstinence and psychological distress in co-morbid smokers using various pharmacotherapies. Drug Alcohol Depend. 2011;114(1):77-81.
 40. Ebbert J.O., Wyatt K.D., Zirakzadeh A., Burke M.V., Hays J.T. Clinical utility of Varenicline for smokers with medical and psychiatric comorbidity, International Journal of COPD, 2009;4:421-430.
 41. Dunn K.E., Kathryn A. Saulsgiver K.A., Sigmon S.C., Contingency management for behavior change: Applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients, Exp Clin Psychopharmacol. 2011;19(1):20-30. doi:10.1037/a0022039
 42. Sonne S.C., Nunes E.V., Jiang H., Tyson C., Rotrosen J., Reid M., The Relationship Between Depression and Smoking Cessation Outcomes in Treatment-Seeking Substance Abusers, Am J Addict. 2010;19(2):111-118.
 43. Pool ERM, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P, Siddiqi K. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD011120. DOI: 10.1002/14651858.CD011120.pub2.

4.8.4 Recomendaciones sobre la ganancia de peso post-cesación

La mayor parte de quienes fuman, tras la cesación ganan

una cantidad variable peso, habitualmente por debajo de los 5kg, pero un 10% puede ganar por encima de los 13kg. En cualquier caso, comparado con los riesgos que supone seguir fumando, la ganancia de peso post-cesación es una amenaza para la salud pequeña¹. La tendencia a ganar peso es mayor en las mejores, en las personas de raza negra, en los mayores de 55 años y en quienes fuman mucho.

Los adolescentes preocupados por su peso empiezan a fumar más⁵. Es por esto por lo que se necesita promover hábitos saludables de controlar el peso y eliminar la noción del consumo de tabaco como herramienta para el control del peso en los adolescentes fumadores. Los adolescentes deberían ser conscientes de que hay otras maneras de perder peso que son más efectivas y más saludables, y estos mensajes deberían ser incluidos en los programas escolares, especialmente al hablar del tabaco².

Los datos de Levine y cols.³ muestran que las mujeres preocupadas por su peso que reciben terapia cognitivo-conductual específica para sus preocupaciones sobre el peso y bupropión tiene más posibilidades de mantenerse abstinentes a los 6 meses (34%) que quienes reciben bupropión y la terapia cognitivo-conductual habitual (21%) y que quienes reciben la terapia cognitivo-conductual específica junto con placebo (11,5%), efecto que no se relacionó con diferencias en la ganancia post-cesación o a cambios en las preocupaciones por el peso.

La TSN y el bupropión son eficaces para limitar la ganancia de peso descrita tras la cesación. En dos estudios la ganancia de peso con varenicline fue menor (por debajo de 3 kg) que con bupropión y placebo¹.

La ganancia ponderal se debe a un aumento en el aporte calórico y a una disminución en la tasa metabólica. Los datos disponibles acerca de los mecanismos metabólicos implicados sugieren que los fumadores ganarán peso durante un intento cesación aunque no aumenten su ingesta calórica³. El paciente debe ser informado de la posibilidad de ganar peso y se le debe ofrecer apoyo para controlarlo, animándole a adoptar estilos de vidas saludables, a practicar ejercicio físico moderado, a consumir comida sana rica en fruta y verduras, a dormir bien y a limitar la ingesta de alcohol. Un programa de 45 minutos

realizado tres veces a la semana, combinado con un programa cognitivo-conductual, aumenta las tasas de abstinencia a largo plazo en mujeres y limita el sobrepeso. La ganancia ponderal es escasa si se asocia con un incremento de la actividad física⁴. El apoyo personalizado para manejo del peso puede ser efectivo sin reducir las posibilidades de cesación, pero hay muy pocos datos para estar seguros de ello. Un estudio mostró que una dieta muy hipocalórica incrementó la abstinencia, pero no impidió la ganancia de peso a largo plazo. La terapia cognitivo conductual para aceptar la ganancia ponderal no la limitó y puede no incrementar la cesación a largo plazo. Las intervenciones con ejercicio disminuyen el peso significativamente a largo plazo, pero no a corto plazo; se necesitan más estudios para aclararse si esto es un efecto del tratamiento o un hallazgo casual. La fluoxetina, el bupropión, la TSN y la varenicline reducen la ganancia ponderal post-cesación mientras se usa la medicación; aunque este efecto no se mantiene un año después de la cesación, la evidencia es insuficiente para excluir un efecto modesto a largo plazo. La evidencia es aún insuficiente para poder hacer recomendaciones clínicas claras acerca de los programas efectivos para prevenir la ganancia de peso asociada a la cesación tabáquica⁵. La TSN, en particular los chicles y comprimidos de 4 mg, parecen efectivos en retrasar la ganancia ponderal post-cesación; es más, parece existir una relación dosis-respuesta directa entre el uso del chicle y la supresión de la ganancia. El bupropión también parece efectivo en retrasar la ganancia ponderal post-cesación. Sin embargo, una vez que se deja de usar el chicle o el bupropión, la persona gana de media una cantidad de peso similar a la que hubiera ganado si no hubiera tomado la medicación.

Recomendaciones

- En aquellas personas preocupadas por una posible ganancia ponderal post-cesación se recomienda usar varenicline, bupropión o chicles de nicotina como medicación para limitar la potencial ganancia de peso (nivel de evidencia B).
- Se recomiendan para controlar la ganancia de peso la monitorización de la ingesta de calorías y el incremento del gasto calórico.

Referencias bibliográficas

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iasi, 2010, www.srp.ro.
2. Cavallo D.A.<http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e66.long> - aff-1, Smith A.E., Schepis T.S., Desai R., Potenza M.N., Krishnan-Sarin S., Smoking Expectancies, Weight Concerns, and Dietary Behaviors in Adolescence, Pediatrics 2010;126:e166-e72.
3. Levine M.D., Perkins K.A., Kalarchian M.A., Yu Cheng, Houck P.R., Slane J.D., Marcus M.D., Bupropion and Cognitive Behavioral Therapy for Weight-Concerned Women Smokers, Arch Intern Med. 2010 March 22;170(6):543-550. doi:10.1001/archinternmed.2010.33
4. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. Nicotine Tob Res 2005;7:871-80.
5. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation, Cochrane Database Systematic Review, 2012, Issue 1. Art. No.:CD006219. DOI: 10.1002/14651858.

SEGUNDA PARTE | Capítulo 5

Recomendaciones para la evaluación de la cesación tabáquica

“Las estrategias de cesación tabáquica eficaces deberían aumentar las tasas de cesación y disminuir las recaídas”



5.0 Recomendaciones para la evaluación de la cesación tabáquica

5.1 Criterios para la investigación clínica en la cesación tabáquica

Muchos sistemas de salud han integrado el tratamiento del tabaquismo y se está realizando un esfuerzo de investigación para mejorar las actuales tasas de cesación. Hasta hace relativamente poco, los resultados de los ensayos clínicos se exponían de muy diversas maneras, dando lugar a problemas de interpretación. Por ello, West y cols.¹ propusieron 6 criterios estándar que los agruparon en lo que denominaron los Estándares de Russell. Estos criterios son: 1) seguimientos de 6 o 12 meses a partir del día previsto para la cesación o con un “periodo de gracia” predefinido; 2) auto-informe de abstinencia durante todo el periodo de seguimiento permitiéndose hasta un total de 5 cigarrillos en el periodo; 3) validación bioquímica al menos a los 6 o a los 12 meses; 4) utilizar una aproximación de “intención de tratar”: salvo que se hayan muerto o se hayan mudado a una dirección ilocalizable, todos los pacientes incluidos en el estudio se cuenta como fumadores si no es posible determinar el estatus de fumador en la última visita de seguimiento; 5) seguimiento de los “infractores del protocolo” y utilización de su estatus real de fumador; y 6) recoger los datos de seguimiento de manera ciega, sin saber a qué grupo del ensayo pertenecen.

Resumen de los criterios de determinación de la abstinencia para los trabajos científicos¹.

- **Duración de la abstinencia:** se considera como criterio de abstinencia un tiempo mínimo de seis meses a partir del tiempo establecido para dejar de fumar.
- **Definición de abstinencia:** es la del paciente que refiere haber fumado menos de 5 cigarrillos en los seis meses desde que dejó de fumar y presenta un resultado negativo en la cooximetría. Debe diferenciarse entre abstinencia puntual (la que se determina en una visita) y abstinencia continua (la que se determina mediante visitas seriadas durante 6-12 meses).

- **Validación bioquímica de la abstinencia:** se recomienda determinar los niveles de CO en el aire espirado en cada visita, siendo obligatorio en la última, en la del final del tratamiento.
- **Análisis por intención de tratar:** la tasa de abstinencia se determina teniendo en cuenta todas las personas incluidas en el grupo de estudio, que recibieron el tratamiento, consiguieron llevarlo a término y acudieron a todas las visitas de seguimiento. Los pacientes perdidos en el seguimiento deben ser considerados como fumadores.
- **Infractores del protocolo:** la abstinencia se confirma de acuerdo a los cuatro criterios anteriores, independientemente de si los pacientes siguieron el tratamiento correcto (usaron las dosis establecidas, no añadieron por sí mismos otras terapias al esquema terapéutico, asistieron a las visitas de seguimiento,...).
- **Cegamiento (blinding):** los datos deben ser recogidos a través de métodos de doble ciego, si es posible.

5.2 Coste-efectividad de los tratamientos de cesación

Mediante la prohibición de fumar en los espacios públicos cerrados el control del tabaquismo pretende asegurar que las personas puedan respirar aire sano, no contaminado por humo de tabaco. Al ayudar a los pacientes a dejarlo, la cesación tabáquica, uno de los principales componentes del control del tabaquismo, reduce muchos problemas de salud. Existen una multitud de estudios que muestran la efectividad de las intervenciones para dejar de fumar. Existe también literatura científica abundante procedente de muchos países acerca del coste-efectividad de las intervenciones de cesación. Los primeros estudios evaluaron la TSN y el bupropión. Uno de los primeros concluyó que, comparadas con otras intervenciones preventivas, la intervención de cesación tabáquica era extremadamente coste-efectiva²:

una intervención por médicos de Atención Primaria que preguntaban por el estatus de fumador, motivaban por la cesación, realizaban asesoramiento y prescribían TSN tuvo un coste medio de 3.779\$ por paciente fumador, 2587\$ por año de vida ganado y 1915\$ por cada QALY ganado.

Comparado con estrategias de rutina para la prevención del infarto de miocardio, la intervención de cesación tabáquica es más coste-efectiva. Mientras que se necesitan más de 10.000€ anuales por año de vida salvado mediante la prevención primaria del infarto de miocardio con fármacos como la simvastatina o la pravastatina, el coste de una intervención que incluyera consejo breve y TSN estaría entre varios cientos y 1000€^{3,4}.

En un estudio realizado en Atención Primaria en Suiza en 2003 mostró que tanto el bupropión como los parches de nicotina eran coste-efectivos. El estudio se realizó en dos cohortes de grandes fumadores en las que una rama sólo recibió consejo de su médico, mientras que la otra recibió también farmacoterapia. Al final del estudio, se comprobó que el bupropión y los parches fueron las terapias más coste-efectivas, seguidos en orden decreciente del spray, inhalador y por último los chicles⁵.

El coste del tabaco se ha calculado en 193.000 millones de dólares anuales, de los cuales 97.000 son debidos a la productividad perdida y 96.000 a los gastos de cuidado de la salud⁶. En el Reino Unido los costes directos para el Sistema Nacional de Salud fueron de 5.200 millones de libras⁷ y en la Unión Europea el total de gastos, directos e indirectos, se ha estimado que está entre los 98.000 y 130.000 millones de euros anuales⁸.

Tras la introducción de la vareniclina, este fármaco también fue analizado encontrándose que es también altamente coste-efectivo. En una intervención de cesación en el lugar de trabajo, se calculó que el ahorro de 12 meses fue de 541\$ para la vareniclina, 151-270\$ para el bupropión y 82\$ para el placebo^{9,10}.

Un metaanálisis realizado en los Estados Unidos concluyó que el asesoramiento de cesación junto con contactos de apoyo tras el alta hospitalaria por infarto de miocardio es potencialmente coste-efectivo y puede reducir la prevalencia

de fumar y los efectos adversos y costes sociales asociados al consumo. El programa costaría 540\$ por cesación y el coste-efectividad sería de 5050\$ por QALY ganado¹¹.

Fumar es el principal factor de riesgo para el desarrollo y evolución clínica del EPOC. La cesación es, por tanto, particularmente importante en este grupo de pacientes. Dos estudios realizados en Holanda mostraron que la cesación tabáquica es coste-efectiva en pacientes con EPOC. Una revisión sistemática realizada en 2010 que incluyó todos los estudios controlados aleatorizados con validación bioquímica a los 12 meses en pacientes con EPOC (n:9) encontró que el coste por QALYs ganado fueron de 16,900€ para la intervención mínima, 8.200€ para la intervención intensiva y 2400€ para la farmacoterapia¹². Un estudio holandés posterior, diseñado para comparar un programa de cesación tabáquica de alta intensidad con otro de mediana intensidad también en pacientes con EPOC, generó costes totales similares en ambos programas (580-600€ por paciente), pero el programa más intensivo presentó un mayor número de cesaciones (20% vs. 9%) y un menor número de exacerbaciones (0,38 vs. 0,60), de días de hospitalización por paciente (0,39 vs. 1,00), lo que lo hace más coste-efectivo¹³.

En un estudio llevado a cabo en Massachusetts se encontró que los servicios de cesación tabáquica comprehensivos ocasionan ahorros sustanciales al sistema de salud (Medicaid). Estos servicios incluyen farmacoterapia, asesoramiento y difusión y cuestan 183\$ por participante, consiguiendo unos ahorros estimados de 571\$ por participante, lo que implica 3,12\$ de ahorro por cada dólar gastado en el programa^{14,15}.

En una evaluación económica reciente Cantor y cols.¹⁶ encontraron que el entrenamiento de médicos y farmacéuticos en cesación tabáquica es un método altamente coste-efectivo para la cesación en una comunidad.

Referencias bibliográficas

1. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299-303.
2. Cromwell J., Bartosch WJ., Fiore MC., Hasselblad V., Baker T. Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations

in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. JAMA. 1997;278(21):1759-1766.

- Johannesson M., Jönsson B., Kjekshus J., Olsson AG., Pedersen TR., Wedel H. Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. N Engl J Med. 1997;336(5):332-6.
- Caro J., Klittich W., McGuire A., Ford I., Norrie J., Pettitt D., McMurray J., Shepherd J. Economic benefit of primary prevention with Pravastatin. BMJ, 1997;315(7122):1577-82.
- Cornuz J., Pinge C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. Eur J Clin Pharmacol. 2003 Jul;59(3):201-6.
- Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. Prev Chronic Dis 2009;6(3):1-10.
- Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. Tob Control 2009;18(4):262-7.
- World Health Organization. The European tobacco control report 2007 [online]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf> [Accessed 2015 Apr 10].
- Jackson KC. 2nd, Nahoopii R., Said Q., et al. An employer based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. J Occup Environ Med 2007;49(4):453-60.
- Keating GM., Katherine A., Lyseng-Williamson KAL. Varenicline: A Pharmacoeconomic Review of its Use as an Aid to Smoking Cessation, Pharmacoeconomics 2010;28(3):231-254.
- Ladapo JA, Jaffer FA., Weinstein MC., Froelicher ES. Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction, Arch Intern Med. 2011;171(1):39-45.
- Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT. Rutten-van Mölken MPMH., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, Thorax 2010;65:711-718.
- Christenhusz LC, Prenger R, Pieterse ME, Seydel ER, and van der Palen J. Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. Nicotine Tob Res. 2012;14(6):657-63.
- Richard P., West K., Ku L. The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts. PLoS ONE 2012;7(1):e29665.doi:10.1371/journal.pone.0029665
- Ferketich AK1, Pennell M, Seiber EE, Wang L, Farietta T, Jin Y, Wewers ME. Provider-delivered tobacco dependence treatment to Medicaid smokers. Nicotine Tob Res. 2014;16(6):786-93.
- Cantor SB., Deshmukh AA., Luca NS., Noguera-González GM., Rajan T., Prokhorov AV. Cost-effectiveness analysis of smoking-cessation counseling training for physicians and pharmacists. Addict Behav. 2015 Jun;45:79-86.

5.3 Recomendaciones sobre implementación de las guías o directrices de cesación tabáquica

Una buena guía, unas buenas directrices, sólo es realmente útil si se difunde y se aplica en la población destinataria, de acuerdo con los mejores estándares de la práctica clínica.

El ejemplo europeo más fiable en Europa para ilustrar esto se refiere a los servicios de cesación británicos del NHS (Servicio Nacional de Salud). Al desarrollar un algoritmo de implementación de las guías NICE, las guías de cesación se transformaron en una herramienta valiosa para todo tipo de profesionales implicados en el tratamiento del tabaquismo. De esta manera, las guías o directrices pueden ayudar a las organizaciones nacionales a desarrollar estándares de salud pública científicamente reconocidos y promulgados por los gobiernos nacionales, a determinar las organizaciones nacionales y locales dentro del sector público que cumplen los indicadores y los objetivos determinados por los gobiernos para mejorar la salud, a reducir las desigualdades de salud, y a promover el bienestar dentro de las comunidades¹.

Las directrices deben poderse aplicar a los servicios ofrecidos dentro de atención primaria y secundaria, farmacias, autoridades locales y lugares de trabajo, pero también a equipos de formación y a quienes establecen las políticas de salud.

Para conseguir este objetivo, el proceso de implementación necesita un proyecto de estructura de liderazgo y una aproximación por pasos para hacer lo siguiente:

- asegurarse de que todos los grupos relevantes son conscientes de las directrices y tienen el acceso a las páginas web, material impreso, etc.;
- trabajar con los grupos de especialistas relevantes para comparar su actividad con las recomendaciones contenidas en las directrices¹;
- identificar qué organizaciones, hospitales, etc. necesitarán cambiar su manera de trabajar para ajustarse a las guías y construir alianzas con las redes existentes (como redes regionales de control del tabaco);
- identificar áreas claves para ayudar en la implementación,

tales como vías de derivación a los centros de cesación, aumentar el número de profesionales recibiendo capacitación y centrarse en las poblaciones difíciles de alcanzar;

- evaluar cuánto costará implementar las directrices;
- construir un plan de acción para la implementación de las directrices trabajando conjuntamente con actores locales y especialistas.

Para asegurar una implementación efectiva, todas las personas e instituciones relevantes (como organizaciones de salud pública, autoridades y organizaciones locales) deberían firmar el plan de acción, por ejemplo, mediante un acuerdo local. La implementación de las directrices debe ser revisada y monitorizada y los resultados enviados a las personas responsables. Es también importante compartir experiencias acerca de la implementación de las directrices con otras organizaciones dentro de diversos eventos profesionales o científicos².

En un estudio experimental que probó la efectividad de difundir intervenciones para mejorar la implementación de las guías de cesación tabáquica en clínicas materno-infantiles, Manfredi y cols.³ encontraron mejoras post-difusión en la subpoblación de fumadoras que referían haber recibido diversos materiales, pero sobre todo en quienes recibieron los folletos e intervenciones complementarias (*adjunct interventions*).

Referencias bibliográficas

- NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>. Accessed April 10, 2015.
- NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice, 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/PH010>. Accessed April 10, 2015.

- Manfredi C., Chol Y.I., Warnecke R., Saunders S., Sullivan M., Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors, Health Educ Res. 2011;26(2):348-360.

5.4 Fuentes de bibliografía científicas recomendadas

- Hoogendoorn M., Feenstra TL., Hoogenveen RT., Rutten-van Mölken MPMH. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. Thorax 2010;65:711-718.
- Hodgson DB., Saini G., Bolton CE., Steiner MC. Thorax in focus: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Thorax 2012;67(2):171-176.
- Ford ES., Mannino DM., Zhao G., Li C., Croft JB. Changes in Mortality Among US Adults with COPD in Two National Cohorts recruited from 1971-1975 and 1988-1994. Chest 2012;141(1):101-110.
- Christenhusz LC., Prenger R., Pieterse ME., Seydel ER., van der Palen J. Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. Nicotine Tob Res. 2012 Jun;14(6):657-63.
- Decramer M., Sibille Y., Bush A., Carlsen KH., Rabe KF., Clancy L., Turnbull A., Nemery B., Simonds A., Troosters T. The European Union conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions. Eur Respir J 2011;37(4):738-742.
- Cornuz J., Pinge C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. Eur J Clin Pharmacol. 2003;59(3):201-6.

TERCERA PARTE | Capítulo 6

Estándares Europeos de Acreditación de Servicios de Cesación Tabáquica y de Entrenamiento en Tratamiento del Tabaquismo

“Formar a los profesionales de la salud es lo más fundamental en el tratamiento del consumo y dependencia del tabaco”



Recomendaciones para el entrenamiento de profesionales sanitarios en el tratamiento del tabaquismo y estándares de calidad para los especialistas y los servicios de cesación tabáquica

El presente capítulo describe estándares para el entrenamiento de todos los profesionales de la salud y los estándares para los servicios de cesación tabáquica (grupos profesionales para impartir intervenciones de cesación, estándares generales de entrenamiento en tratamientos del tabaquismo, cuerpos de entrenamiento autorizados y su responsabilidad, formatos del entrenamiento y evaluación).

Una revisión sistemática y metaanálisis de las intervenciones de cesación tabáquica por profesionales sanitarios realizada por la colaboración Cochrane encontró evidencia de que el entrenamiento se asocia con cambios positivos en la práctica clínica.

Es universalmente reconocido que el sector de cuidados de salud requiere una buena gobernanza. Tanto el público general y los pacientes como las aseguradoras quieren disponer de mediciones más objetivas de la calidad de los servicios de salud. En algunos países las asociaciones profesionales y

las aseguradoras tratan de ejercer un control de calidad sobre sus miembros con el fin de mejorar los estándares de cuidados, a menudo sin intervención directa de los gobiernos o de la sociedad. En otros países el estado ejerce un control rígido sobre el sector sanitario, dejando apenas margen para el criterio profesional, lo que acaba resultando en una medicina defensiva y en un elevado número de derivaciones a niveles más altos de cuidados. El reto consiste en equilibrar los papeles de los profesionales sanitarios, diseñadores de políticas públicas, población general y otras partes interesadas para mejorar la calidad del sector sanitario y establecer los estándares necesarios para ello.

Una revisión de la bibliografía disponible identificó múltiples fuentes de directivas, guías y evidencia, que podrían ser recogidas como requerimientos explícitos por los diversos servicios de salud europeos (figura 6.1).

Figura 6.1: Visión general de los Estándares Europeos de Prácticas de los Servicios de Salud

Consejo de Europa	
Recomendación (1997) 5	Protección de datos médicos
Prácticas de Medicación Seguras (P-SPPH/SAFE) 2006	Prácticas de medicación seguras
Resolución ResAP (2003) 3	Cuidados nutricionales en hospitales
Recomendación (2000) 5	Participación de los pacientes
Recomendación Rec (2006) 7	Seguridad de los pacientes
OMS	
WHO-HEN-OBS-2009	Habilidades médicas
Estándares de promoción de la salud en hospitales 2004	Promoción de la salud
Lista para reducir la morbi-mortalidad poblacional	Seguridad quirúrgica
Un marco de determinación del rendimiento hospitalario: PATH	Indicadores de rendimiento
Directivas Europeas	
Directiva 2005/36/EC	Cualificaciones profesionales
Directiva 1995/46/EC	Procesamiento de datos personales

Continuado

Figura 6.1 Continuado

Directiva 2011/24/EU	Derechos de los pacientes en cuidados de salud transfronterizos
Investigación Europea	
Desarrollo de estándares pan-europeos y criterios para la inspección	Almacenamiento sangre
Indicadores de sistemas de calidad y metodología en donación de órganos (proyecto ODEQUS)	Donación de órganos
Resistencia a los antibióticos y prescripción en los niños europeos (APREC)	Uso de antibióticos
Desarrollo del uso racional de medicamentos en Europa (DRUM Europe)	Uso de medicinas
PROSAFE – Promoviendo la seguridad del paciente y mejorando la calidad en cuidados intensivos	Cuidados intensivos
Definiendo las mejores prácticas en cuidados paliativos en Europa (PPP)	Cuidados paliativos
Programa Internacional para uso de recursos en cuidados intensivos	Cuidados intensivos
Mejorando la seguridad de los cuidados hospitalarios mediante cirugía ambulatoria (DAYSAFE)	Cirugía ambulatoria
Red Europea para el cuidado y gestión de servicios para personas ancianas (CARMEN)	Servicios para gente anciana
Buenas prácticas en acceso, calidad y conveniencia de los servicios de salud para los inmigrantes en Europa (EUGATE)	Minorías
ONGs	
European Resuscitation Council guidelines 2010	Resucitación
Union Européenne des Médecines Spécialistes (UEMS)	Calidad de la práctica médica
UEMS Basel Declaration	Formación profesional continuada
Carta europea de los derechos de los pacientes	Derechos de los pacientes
EACH Charter for children	Derechos de los pacientes
International Association of Gerontology: The Old Person's Charter of Standards	Derechos de los pacientes
European Society of Radiology (ESR). Manejo de riesgos en Radiología 2004	Radiología
European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) octubre 2010	Enfermedades crónicas
CEN	
EN ISO 22870:2006 (POCT) Requerimientos de calidad y competencia	Quiropráctica
EN 16224:2012 Cuidados de quiropraxis	Quiropráctica
WS0668001 Servicios de salud – Criterios de calidad de los chequeos médicos	Chequeos de salud
004 14001 Cuidados osteopáticos	Osteopatía
CEN/TC 403 Servicios de cirugía estética	Cirugía estética

Continuado

Figura 6.1 Continuo

ISO 9001 para servicios de salud	Sistemas de gestión de calidad
Autoridad Nacional de Estándares de Irlanda: aplicación a los servicios de salud del ISO 9002 en un ambiente hospitalario	
SGS Yarsley International en Reino Unido (BS EN ISO 9000): notas orientadoras para aplicación en hospitales	
Guía del Instituto Sueco de Estándares (CEN/TS 15224)	
DNV Acreditación integrada nacional para las organizaciones sanitarias – Guías de interpretación	
CEN/TC 362 Servicios de cuidados de salud – Sistemas de gestión de calidad	

Revisiones independientes realizadas en Australia y Estados Unidos han remarcado la necesidad de una colaboración activa entre las agencias públicas y privadas para reconciliar el conflicto de la regulación de arriba hacia abajo y del desarrollo de abajo hacia arriba. Una colaboración entre el sector público y alguna agencia de acreditación es esencial para que la acreditación tenga éxito^{2,3}.

Referencias bibliográficas

1. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJJ, Smith BJ. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.pub2.
2. Toolkit for Accreditation Programmes © 2004: The International Society for Quality In Health Care, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia.
3. Shaw CD, Jelfs E, Franklin P. Implementing recommendations for safer hospitals in Europe: the SANITAS project. EuroHealth July 2012 (in press)

6.1 Recomendaciones de criterios para el entrenamiento de expertos en cesación tabáquica

Cómo ayudar a los pacientes fumadores a dejarlo debería ser un capítulo obligatorio del currículum médico. El

entrenamiento de todos los diversos profesionales implicados en esta área debe ser realizado mediante cursos impartidos por expertos en el campo.

En una revisión publicada por Rigotti y cols.¹ en 2008 se realiza un escaneo de los entrenamientos en cesación tabáquica que se realizan en diversos países. Se observa una gran variedad de aproximaciones y formatos de actividades de entrenamiento, así como de fuentes de financiación de los mismos. Esta revisión fue particularmente valiosa para llamar la atención sobre la necesidad de estándares en el entrenamiento especializado del tratamiento del tabaquismo. La población diana del entrenamiento en tratamiento del tabaquismo incluye todas las personas implicadas en los servicios de cesación: personal médico, de enfermería, comadronas, de farmacia, odontología, psicología, trabajadores de las quit-lines y otros profesionales que den consejo sobre cómo dejar de fumar.

Todas las entidades europeas responsables de la educación y entrenamiento de los profesionales de la salud que abordan el consumo de tabaco deberían intentar conseguir:

- Entrenar a todos los profesionales de primera línea (en contacto con los pacientes) a ofrecer consejo breve de acuerdo con la mejor evidencia disponible y, cuando sea necesario y posible, a derivarlos a servicios de cesación más especializados;
- Asegurarse de que el entrenamiento en apoyo a la

cesación es parte del currículum de grado y de posgrado de las profesiones sanitarias;

- Asegurar y mantener la disponibilidad del entrenamiento mediante la formación continuada;
- Entrenar a todos los profesionales de los servicios de cesación mediante un programa que cumple con los mejores estándares de entrenamiento en tratamiento del tabaquismo;
- Proporcionar formación adicional especializada a quienes trabajan con grupos especiales, como personas con problemas mentales, pacientes hospitalizados o mujeres embarazadas;
- Animar y entrenar a los profesionales de la salud a preguntar a sus pacientes sobre todas las formas de consumo de tabaco y a aconsejarles sobre el tabaquismo pasivo.

Estas entidades responsables de la formación varían en los diversos países europeos, yendo desde universidades a otras entidades, dependientes de los gobiernos o reconocidas por ellos.

El entrenamiento básico o estandarizado debe cubrir dos áreas principales: conocimientos y habilidades. La estandarización se aplica al contenido del programa y a los objetivos perseguidos con el aprendizaje.

Los estándares de entrenamiento del servicio británico de

Tabla 6.1: Estándares de la evaluación de la formación en cesación tabáquica del NHS

1. Evidencia de asistencia al curso
2. Evaluación continua del trabajo del curso (evaluación formativa)
3. Análisis de los conocimientos y habilidades claves al terminar el curso
4. Valoración, a través de la observación, de las habilidades y conocimientos durante el curso
5. Evidencia del aprendizaje y de la aplicación a la práctica mediante una propuesta de formación continuada

salud (NHS; tabla 6.1) se enfocan en el mínimo de elementos y de módulos para realizar intervenciones de cesación a tres niveles diferentes: consejo breve oportunista, intensivo individual y grupal. El estándar de entrenamiento aporta orientación a los formadores sobre qué debería incluirse en el proceso de entrenamiento. El formato de entrenamiento es diferente para cada nivel. También varía cuándo es más conveniente impartirlos: en líneas generales, se ha propuesto que la formación en consejo breve oportunista podría corresponder más bien a la formación universitaria y el formato intensivo cara a cara y el grupal a la formación de posgrado.

El término *requerimientos mínimos de contenido* hace referencia a aquellos elementos del programa que se consideran esenciales para conseguir el estándar. Cada objetivo es clasificado como de conocimiento o de habilidades, distinción que es importante porque requieren diferentes formas de evaluación: los conocimientos pueden ser evaluados mediante pruebas escritas al final del curso, mientras que la evaluación de habilidades es más dificultosa, pudiendo requerir un examen práctico o la observación de la práctica una vez realizado el curso.

6.2 Recomendaciones para desarrollar un currículum en tabaquismo para estudiantes en Medicina en Europa

Justificación

El consumo de tabaco es uno de los principales problemas de salud pública, matando actualmente a más de 6 millones de personas anuales, cifra que en 2030 será de 8 millones². Cada año en Europa el tabaco mata a unas 500.000 personas. La evidencia muestra que, si no lo dejan, la mitad de quienes fuman morirán prematuramente de alguna enfermedad ocasionada por su consumo de tabaco. Aparte del coste en mortalidad, el consumo de tabaco comporta daños ambientales y es una gran carga económica. Existe por ello una urgente necesidad de controlar el consumo de tabaco y de reducir el número de fumadores, algo a lo que contribuye el hecho de ayudar a los

pacientes a dejar de fumar. Muchos países están llevando a cabo programas exitosos de control de tabaco, incluyendo el tratamiento del tabaquismo, y han conseguido reducir tanto el consumo como las consecuencias sanitarias del mismo.

Contenido del programa de entrenamiento

- la epidemia de consumo de tabaco (en Europa y en el mundo);
- factores que influyen en el inicio del consumo;
- bases farmacológicas de la dependencia del tabaco;
- riesgos para la salud del consumo;
- otras consecuencias (ambientales, económicas,...) del consumo;

- estrategias de control del tabaco;
- papel de los profesionales sanitarios en el control del tabaco;
- legislación de control del tabaco.

Métodos de entrenamiento

El entrenamiento es fundamentalmente teórico durante los primeros años en la facultad de medicina y más práctico durante los años clínicos (de 4º a 6º). La duración del entrenamiento teórico es de 10-12 horas (mínimo), integrado en el currículum de los tres primeros años (preclínicos) de la facultad. Clases, discusiones en grupos pequeños o casos son ejemplos de entrenamiento teórico. El objetivo de las clases

Tabla 6.2: Detalles del programa

Objetivos generales	Contenidos	Periodo y nivel (*)		
		Preclínico	Clínica	Interconsulta
Información sobre prevalencia y factores de inicio	Epidemiología básica (quiénes y cómo se consume, tendencias,...)	B2		
Información sobre los riesgos para la salud del consumo de tabaco	Composición del humo de tabaco y efectos sobre la salud	B1		
	Efectos sobre el sistema respiratorio	B1	B2	
	Efectos sobre el sistema cardiovascular	B1	B2	
	Efectos sobre el cáncer y sistema hematopoyético	B1		
	Efectos sobre el sistema respiratorio	B1		
La dependencia del tabaco y su importancia	Bases neurobiológicas de la dependencia del tabaco	B1	B2	
	Aspectos cognitivos y conductuales de la dependencia del tabaco	B1	B2	
Efectos ambientales	Calidad del aire interior y contaminantes	B1		
	Contaminación ambiental, riesgo de incendios	B1		
Efectos económicos y sociales	Efectos en los individuos	B2		
	Efectos en la sociedad	B2		
Legislación	Internacional (CMCT, Convenio Marco sobre el Control del Tabaco)	B2		
	Legislación nacional relevante	B2		
Control de tabaco y estrategias	Estrategias del MPOWER	B2		
	Aplicación nacional de las estrategias	B2		

Continuado

Tabla 6.2 Continuado

Papel del médico en el control del tabaco	La conducta de no fumar como papel modélico	B2	B2 D2	B3 D3
	Ayudar a los fumadores a dejarlo: aplicación de las 5As y de las 5Rs	B1	B3 D3	B3 D3
	Métodos de cesación basados en la evidencia		B2	
	Cesación en la práctica clínica			B3
	Prevención de recaídas	B2	B3	B3
	Advocación y liderazgo en control de tabaco		D3	B3
	Conciencia de las interferencias y manipulaciones de la industria del tabaco		B3	D3
	Cesación en poblaciones especiales: psiquiátricos, bronquíticos, cardíacos, quirúrgicos,...			D3
	Papel de los medios de comunicación en el control de tabaco	B2		
Control de tabaco diario y en el trabajo con instituciones relevantes.	Instituciones gubernamentales y ONGs en control de tabaco	B2		
	linstituciones gubernamentales y ONGs en control de tabaco	B2		

es aumentar sensibilización en cuestiones relacionadas con el tabaco (ver tabla 6.2). Durante el periodo de entrenamiento clínico, pueden discutirse más casos con el fin de desarrollar una actitud y una conducta anti-tabaco. Debe resaltarse que todos los médicos deberían preguntar sobre el consumo de tabaco a todos los pacientes (incluyendo el consumo de los padres en el caso de pacientes menores de edad) y deberían aconsejar y ayudar a los fumadores a dejarlo. Por ello, algunos casos clínicos y el tratamiento se abordan en la fase clínica.

Aspectos cognitivos

B1: Saber (recordar, contar, definir); p. ej., conocer prevalencia de consumo y factores que influye sobre la prevalencia, enumerar por órganos y sistemas los efectos del consumo de tabaco.
B2: Comprender, llevar a cabo, analizar, evaluar; p. ej., mecanismos biológicos y psicológicos de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco, explicar los efectos ambientales y carga económica del consumo de tabaco.
B3: Usar el conocimiento de B2 en situaciones reales (en

pacientes) (realizar la historia, evaluar y decidir); p. ej., aplicar las 5As, ofrecer ayuda a un fumador, dar información sobre las diferentes opciones de tratamiento.

Aspectos perceptivos

D1: Sensibilización; p. ej., conocer las estrategias de marketing de la industria del tabaco.
D2: Actitud; p. ej., considerar las estrategias de marketing y la importancia de contrarrestarlas.
D3: Conducta; p. ej., elaborar un plan de neutralización de las estrategias publicitarias de la industria del tabaco y llevarlo a cabo.

Evaluación

El impacto del programa se evalúa mediante pruebas previas y posteriores al mismo; por ejemplo, al empezar y al finalizar la carrera. Las pruebas pueden realizarse mediante preguntas tipo test específicas, así como mediante *feed-back* escrito u oral. No se registran los nombres del alumnado; interesa el resultado del grupo.

6.3 Recomendaciones para desarrollar un currículum en tabaquismo en formación médica de postgrado en Europa- Certificado del Programa

Justificación

El consumo de tabaco es uno de los principales problemas de salud pública, matando actualmente a más de 6 millones de personas anuales, cifra que en 2030 será de 8 millones². Cada año en Europa el tabaco mata a unas 500.000 personas. La evidencia muestra que, si no lo dejan, la mitad de quienes fuman morirán prematuramente de alguna enfermedad ocasionada por su consumo. Aparte del coste en mortalidad, el consumo de tabaco provoca daños ambientales y es una gran carga económica. Existe por ello una necesidad urgente de controlar el consumo de tabaco y de reducir el número de fumadores, algo a lo que contribuye el hecho de ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Muchos países están llevando a cabo programas exitosos de control de tabaco, incluyendo el tratamiento del tabaquismo, y han conseguido reducir tanto el consumo como las consecuencias sanitarias del mismo.

Contenido del programa de entrenamiento

El contenido de un programa de formación es enseñar prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo a los participantes. Al final del programa se espera que los participantes sean capaces de trabajar en un centro de cesación tabáquica. Para conseguir este objetivo, dentro de los límites del programa, deben abordarse los siguientes temas:

- epidemiología del consumo de tabaco;
- factores de iniciación al consumo
- bases farmacológicas de la dependencia del tabaco;
- riesgos para la salud del consumo;
- otras consecuencias (ambientales, económicas,...) del consumo;
- estrategias de control del tabaco;
- papel de los profesionales sanitarios en el control del tabaco;
- legislación de control del tabaco (nacional e internacional);

- servicios de control de tabaco en el país;
- puesta en marcha de un centro de cesación tabáquica.

Métodos de entrenamiento

El programa se lleva a cabo en dos partes: una a distancia y otra presencial. El material docente se encuentra disponible en la página web y los participantes pueden disponer de él durante una serie de días definidos empleando su contraseña. Se espera de ellos que lean todo el material y que pasen un examen posteriormente. Quienes pasen el examen reciben un entrenamiento presencial de dos días. Este programa puede ser organizado por el ministerio de Sanidad o por las universidades, siendo el número máximo de participantes no muy altos (unos 25).

Detalles del programa de entrenamiento presencial

- examen previo, expectativas de los participantes, objetivos del programa de entrenamiento;
- epidemiología del consumo de tabaco, datos nacionales y tendencias;
- consumo de tabaco en grupos especiales: niños y jóvenes, embarazadas, pacientes con comorbilidades, profesionales sanitarios;
- dependencia del tabaco, mecanismos, valoración (test de Fagerström, criterios de la EMASH, European Medical Association Smoking and Health);
- enfoques en las entrevista a los fumadores, 5As, 5Rs;
- casos resistentes o problemáticos, fumadores de pocos cigarrillos, fumadores con comorbilidades, etc.;
- apoyo psicosocial;
- tratamientos farmacológicos;
- legislación: legislación de control de tabaco, legislación sobre los centros de tratamiento;
- estudio de casos, role-playing, etc.;
- visita a un centro de cesación;
- examen posterior, evaluación del programa, sugerencias para el programa.

Evaluación

El éxito se valora mediante las pruebas previa y posterior.

Los participantes que las superan reciben una certificación del ministerio de Sanidad o de otro organismo competente. También se aporta feedback verbal. Los médicos que consiguen el certificado están autorizados a llevar un centro de cesación tabáquica.

Programa de entrenamiento para neumólogos

La Sociedad Europea de Respiratorio (ERS) publicó en 2007 una monografía sobre cesación tabáquica en pacientes con EPOC^{3,4}. Una versión actualizada estará disponible pronto. La figura 6.2. recoge una experiencia turca en este campo.

Figura 6.2: Ejemplo de un programa de entrenamiento en cesación tabáquica para profesionales de la salud en Turquía

El programa fue llevado a cabo por la Sociedad Torácica Turca con apoyo financiero de la Fundación Internacional de Pfizer (*Tobacco Control and Policy Micro-Grants*). El programa de entrenamiento modular fue preparado por los miembros del grupo de trabajo de control del tabaco de la Sociedad Torácica Turca. A continuación un grupo de 40 neumólogos fueron entrenadores como formadores, formando el equipo clave de entrenamiento. El programa de entrenamiento se hizo accesible, vía *on-line*, a todos los miembros de la sociedad. Un total de 765 personas completaron el curso de entrenamiento *on-line*. El objetivo de este curso *on-line* era conseguir integrar las dos primeras As (*Ask & Advice*) en la clínica práctica diaria. Al final de cada módulo del curso los participantes respondían a las preguntas referentes a los principales puntos del módulo. Tras completar el curso *on-line*, aquellos participantes que deseaban mejorar su práctica asistieron a un curso presencial que duró un día (de hecho, los 765 participantes que habían terminado el programa asistieron al mismo). Estos programas de entrenamiento presencial fueron llevados a cabo por el equipo clave de entrenamiento en 18 provincias de Turquía. Al final de estos programas presenciales, los participantes desarrollaron su capacidad de manejo de pacientes fumadores mediante el empleo de métodos científicos de cesación tabáquica. En relación al contenido y la importancia del curso, todos los programas valoraron el programa como "bueno" o "muy bueno".

Referencias bibliográficas

1. Rigotti NA, Bitton A, Richards AE, Reyen M, Wassum K, Raw M. An international survey of training programs for treating tobacco dependence. *Addiction*. 2009;104(2):288-96.
2. WHO Report on the Global Tobacco Control Report, 2008. The

MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008.

3. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
4. Nardini S. Smoking Cessation. *European Respiratory Society Monographs*, 2008. 10.1183/1025448x.ERM4208. <http://erspublications.com/content/smoking-cessation>.
5. P. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom KO., Gratziou C., Jimenez-Ruiz C., Nardinie S., Viegi G., Lazzaro, C., Campell IA., Dagli E., and R. West. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*. 2007;29:390-417.

6.4 Recomendaciones para desarrollar un currículum en tabaquismo para otros profesionales implicados en la cesación tabáquica: profesionales de la Psicología, de la Enfermería y personal de las Administraciones

Además de los médicos, todo tipo de profesionales que trabajan en los centros de cesación tabáquica o que ayudan a los fumadores a dejarlo necesitan poseer conocimientos y habilidades básicas para abordar el consumo de tabaco y la dependencia tabáquica. Es vital asegurarse que en la cesación se realizan las mejores intervenciones. Se recomienda por ello un módulo básico de formación para enfermeras, comadronas, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos y otro tipo de personal que, según las regulaciones de cada país, ayude a los fumadores a dejarlo.

El contenido del módulo debe tratar, al menos, los trastornos ocasionados por el consumo de tabaco, la neurobiología de la adicción a la nicotina, la dependencia del tabaco (para abordar los factores fisiológicos y los psico-sociales), el proceso de fumar y de cesación, los tipos de intervenciones, evaluación de los fumadores y uso de terapias basadas en la evidencia.

Esta formación debe ser apoyada por aquellas instituciones oficiales que se aseguran de que los profesionales de la salud tengan acceso a ellas. Esto es algo que implica a las autoridades nacionales y regionales de salud que deberían subvencionar el

entrenamiento en cesación tabáquica como una actividad clave en atención de salud. Se aconseja encarecidamente que, para comprender mejor estas necesidades y para elaborar mejor los programas, el módulo básico de entrenamiento sea ofrecido también a los profesionales en puestos de autoridad: al adquirir nociones básicas sobre la morbi-mortalidad ocasionada por el tabaco y sobre el coste-efectividad de las estrategias de prevención y cesación, quienes son responsables de las políticas de salud serán más conscientes de la magnitud del problema y, consecuentemente, establecerán prioridades para mejorarlo. El entrenamiento tipo básico es conveniente para todos los profesionales de la salud. Un entrenamiento más intensivo se diseña para quienes vayan a convertirse en especialistas del tratamiento del tabaquismo.

Recomendaciones

- El consumo de tabaco y la cesación tabáquica deberían formar parte de la formación básica de todos los profesionales sanitarios que trabajan con fumadores.
- Todas las autoridades sanitarias deberían recibir un programa básico de cesación. Deberían reservarse tiempo y fondos para este programa (nivel de evidencia B).
- El entrenamiento en cesación tabáquica debería ser financiado y priorizado dentro de los presupuestos formativos sanitarios existentes (nivel de evidencia B).

Referencias bibliográficas

1. West R., McNeill A., and M. Raw. Smoking cessation clinical guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000;55:987-999.

6.5 Estándares de entrenamiento en tratamiento del tabaquismo para clínicos

Justificación

La cesación tabáquica requiere a menudo un tratamiento complejo, existiendo diversos métodos formativos para transmitir las habilidades de cesación. Aunque la dependencia del tabaco es bastante similar en cualquier parte del mundo,

el ambiente y la cultura en la que se desarrolla puede diferir sustancialmente, al igual que lo pueden hacer los sistemas de salud, tanto en recursos como en prioridades. En esta sección se hace referencia a quienes fuman cigarrillos, que es la forma más prevalente de consumo de tabaco. La cesación de otros productos del tabaco está menos estudiada, pero los métodos utilizados para consumidores dependientes son similares. La cesación tabáquica no siempre forma parte de los servicios de salud, pero el esquema de entrenamiento que se propone se dirige a todos los profesionales de salud.

Las habilidades de cesación deben ser transmitidas a aquellos clínicos que estén en condiciones de dedicar tiempo y recursos a la cesación tabáquica, incluyendo seguimientos de al menos 6 meses.

Ejemplo de contenido de un programa de formación, de entrenamiento

El entrenamiento se ofrece en tres días:

1. El certificado básico (dos días presenciales). Contenido: 50% de teoría y 50% de práctica (entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual y práctica de cesación tabáquica)
2. El certificado avanzado, que consta de:
 - un día entero, realizado de tres a seis meses después del entrenamiento básico (descrito en el párrafo anterior);
 - una evaluación previa de conocimientos (de unos 30 minutos);
 - tres casos clínicos, informes clínicos escritos, observación de un modelo;
 - tres sesiones supervisadas de asesoramiento individual o grupal (en vivo o telefónicos).

El certificado avanzado se otorga a quienes han completado con éxito todo el programa de entrenamiento (2+1 días), el examen escrito, tres casos de pacientes (de los que al menos uno haya sido seguido durante dos meses, y las tres sesiones supervisadas. El certificado debe hacer constar que el entrenamiento se ha realizado de acuerdo a los estándares nacionales de formación (ver abajo). Puede utilizarse un logotipo especial para mostrar que se han seguido los estándares

nacionales (incluyendo una descripción detallada). El certificado básico, caso que sea conveniente, debería ser menos elaborado y distinguirse claramente del certificado avanzado.

Contenido obligatorio del curriculum

Contenido del entrenamiento básico (días 1 y 2)

T: teoría, P: práctica

T Introducción:

T Riesgos del consumo de tabaco y beneficios de la cesación

T Métodos de cesación (biblioteca Cochrane, www.treatobacco.net), métodos de valoración de los resultados

P Entrenamiento en métodos de asesoramiento

P Cesación tabáquica en la práctica: asesoramiento individual, prevención de recaídas, seguimiento

T Dependencia del tabaco, abstinencia, farmacoterapia

T Métodos para diferentes grupos o circunstancias, materiales y otros recursos

T Contenido optativo: legislación, publicidad, y cuestiones globales

Contenido de programa avanzado (día 3)

Aspectos obligatorios.

1. Examen de conocimientos (30'); 10 preguntas: 5 de elección múltiple, 5 de temas
2. Tratamiento grupal: discusión (2h30') mediante preguntas y respuestas sobre la planificación, el papel del líder del grupo, estructura de los encuentros, cuestiones de reclutamiento y composición de los grupos, documentación.
3. Tratamiento individual: intercambio de experiencias y discusión en pequeños grupos de casos clínicos (2h).

Discusiones opcionales:

4. Tema del día (1h): por ejemplo, prevalencias locales, otros productos de tabaco, legislación reciente, tabaquismo pasivo, tratamiento farmacológico, cuestiones de género, intervenciones escolar,...

Evaluación

Los participantes deben ser evaluados tanto del programa básico como del avanzado.

I. Del programa básico

Cuestiones acerca de:

1. Circunstancias del ejercicio profesional
2. Contenido del programa teórico
3. Contenido del programa práctico

II. Del programa avanzado:

Cuestiones acerca de:

- contenido teórico
- contenido práctico
- de la orientación en el tiempo entre el programa básico y el avanzado
- todo el entrenamiento en conjunto
- cuántos pacientes han tratado entre el programa básico y el avanzado

Material a emplear

- conjunto de preguntas para la evaluación
- plantillas para las tareas y para registrar a los pacientes
- casos escritos para las discusiones
- información (presentación) sobre fármacos
- información (presentación) sobre cómo realizar el seguimiento y cómo actualizarse

A los clínicos que deseen re-actualizarse se les pueden pedir que presenten tres casos escritos (que les pueden servir también para obtener el certificado avanzado).

Autorización para desarrollar cursos de formación (entrenamiento) en cesación tabáquica

Debería establecerse un consejo nacional de expertos con autoridad para evaluar las propuestas de cursos. En las propuestas debe constar las competencias de los docentes.

6.6 Estándares de calidad en el tratamiento del tabaquismo

Definición

Un especialista tratamiento del tabaquismo¹ es un profesional

que posee las habilidades, el conocimiento y el entrenamiento para realizar intervenciones efectivas y basadas en la evidencia de tratamiento de la dependencia tabáquica, de un rango variable de intensidad. El especialista puede tener una formación profesional variada y puede trabajar en diferentes lugares, como hospitales, centros de salud, ONGs, consultas médicas y dentales, centros educativos, agencias de servicios sociales, organizaciones de salud pública, centros de tratamiento del tabaquismo, líneas telefónicas de cesación, programas de tratamientos de drogas, centros de salud mental y otros. El especialista no se dedica sólo a realizar tratamientos, sino que también imparte formación a otras personas (profesionales sanitarios, funcionarios, científicos, fumadores y no fumadores) sobre tratamiento del tabaquismo.

Papel y responsabilidades del especialista en tratamiento del tabaquismo

Dependencia tabáquica – conocimiento y educación

Dar información clara y precisa sobre el consumo de tabaco, sus causas y consecuencias, la relevancia de su impacto sobre la salud poblacional y las estrategias de cesación.

1. Describir la prevalencia y los patrones de consumo de tabaco y de cesación en la región o país en que se realiza el tratamiento, así como cómo varían éstas en los diversos subgrupos demográficos, económicos o culturales.
2. Explicar el papel del tratamiento del tabaquismo dentro de un programa de control comprensivo.
3. Utilizar los informes de los informes nacionales, estudios de investigación y guías en el tratamiento del tabaquismo.
4. Explicar los factores sociales y ambientales que facilitan y dificultan la difusión del consumo de tabaco.
5. Explicar las consecuencias para la salud del consumo de tabaco, así como los beneficios asociados con la cesación y los mecanismos básicos de los trastornos más frecuentemente producidos por el tabaco.
6. Describir cómo se desarrolla la dependencia tabáquica y ser capaz de explicar las causas biológicas, psicológicas y sociales de la misma.
7. Resumir y ser capaz de aplicar los criterios diagnósticos válidos y fiables de la dependencia tabáquica.

8. Describir la naturaleza crónica de la dependencia, incluyendo los patrones típicos de recaídas y los factores predisponentes.
9. Proporcionar información adecuada para aprender estilos de vida y capacidad que sea culturalmente apropiada y también apropiado por sexo y edad.
10. Identificar las estrategias de tratamientos basadas en la evidencia con sus potenciales problemas y beneficios.
11. Ser capaz de debatir tratamientos alternativos como reducción de daño, hipnosis, acupuntura y reducción gradual.
12. Demostrar capacidad de conseguir información sobre las cuestiones previas.

Habilidades de asesoramiento

Demostrar una aplicación efectiva de las teorías del asesoramiento y de las estrategias para establecer una relación de colaboración y facilitar la implicación del paciente en el tratamiento y su compromiso por el cambio.

1. Demostrar habilidades de asesoramiento efectivas, tales como escucha activa y empatía, que facilitan el proceso del tratamiento.
2. Demostrar ser capaz de establecer un ambiente terapéutico cálido, confidencial y que evita juicios.
3. Describir y demostrar el uso de un método basado en la evidencia para intervenciones breves (como los descritos en esta guía).
4. Describir el uso de modelos de cambio de conducta como la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual y el consejo de apoyo.
5. Demostrar el uso efectivo de estrategias clínicas útiles para aumentar la motivación y el compromiso por el cambio.
6. Demostrar competencias en al menos una de las tres modalidades de asesoramiento (individual, grupal o telefónico).

Entrevista de evaluación

Llevar a cabo una entrevista diagnóstica para obtener los datos precisos para planificar el tratamiento.

1. Demostrar la capacidad de llevar a cabo una entrevista diagnóstica que incluya:
 - a) Historia del consumo de tabaco;
 - b) medidas validadas de la motivación por el cese;
 - c) medidas validadas de determinación del consumo y de la dependencia tabáquica;
 - d) barreras y desafíos para conseguir una abstinencia permanente;
 - e) fortalezas para conseguir mantener la abstinencia;
 - f) intentos previos de cesación, con sus problemas, obstáculos y éxitos;
 - g) disponibilidad de sistema de apoyo social;
 - h) preferencias por el tratamiento;
 - i) factores culturales que influyen en la realización de un intento.
2. Demostrar la capacidad de recoger información básica de la historia médica y llevar a cabo un breve cribado de trastornos psiquiátricos y de consumo de sustancias adictivas.
3. Describir cuándo debe consultarse con los médicos de primaria y ser capaz de hacer derivaciones antes de llevar a cabo el tratamiento.
4. Describir las medidas objetivas existentes del consumo de tabaco, como niveles de CO y niveles de cotinina.

Planificación del tratamiento

1. Demostrar capacidad de desarrollar un plan de tratamiento individualizado utilizando estrategias terapéuticas basadas en la evidencia.
2. Identificar, en colaboración con el paciente, objetivos terapéuticos específicos y valorables.
3. Planificar tratamientos individuales que tengan en cuenta los factores identificados durante la entrevista diagnóstica.
4. Desarrollar junto con el paciente un plan de tratamiento que utilice estrategias basadas en la evidencia para ayudar al paciente a realizar un intento de cesación y/o a mantener la abstinencia tabáquica.
5. Describir un plan de seguimiento que aborde los potenciales problemas, incluyendo los consumos.
6. Demostrar el proceso de realizar derivaciones a otros

profesionales sanitarios o de aconsejar cuidados especiales.

Farmacoterapia

Aportar información clara y precisa acerca de las opciones farmacoterápicas existentes y su uso.

1. Describir los beneficios de combinar la farmacoterapia y el asesoramiento.
2. Dar información sobre el uso correcto, eficacia, efectos adversos y contraindicaciones para todos los medicamentos aprobados por la agencia regulatoria nacional.
3. Identificar información relevante, pasada o actual, en la historia clínica, psiquiátrica y de consumo de tabaco del paciente que puede tener influencia en las decisiones farmacológicas.
4. Proporcionar educación adecuada al paciente sobre las posibilidades terapéuticas y la dosificación para un amplio rango de situaciones.
5. Comunicar los síntomas, duración, incidencia y magnitud de la abstinencia nicotínica.
6. Describir el uso de combinaciones de medicaciones y de dosis altas que pueden aumentar las posibilidades de cesación.
7. Identificar las medicaciones de segunda línea y ser capaz de obtener información sobre ellas.
8. Identificar posibles reacciones adversas y complicaciones relacionadas con el uso de la farmacoterapia, haciendo las oportunas derivaciones si es el caso.
9. Demostrar capacidad de abordar las preocupaciones acerca de los efectos adversos leves o temporales de la farmacoterapia.
10. Demostrar capacidad de colaborar con otros profesionales sanitarios para coordinar el uso adecuado de medicaciones, especialmente en el caso de comorbilidades médicas o psiquiátricas.
11. Proporcionar información acerca de terapias alternativas de acuerdo a su efectividad real.

Prevención de recaídas

Ofrecer métodos para reducir las recaídas y ofrecer apoyo a

personas que están dejando de fumar.

1. Identificar factores de riesgos personales e incorporarlos al plan de tratamiento.
2. Describir estrategias y habilidades de afrontamiento que puedan reducir el riesgo de recaída.
3. Aporta orientación para modificar el plan de tratamiento para reducir el riesgo de recaída a través del curso del tratamiento.
4. Describir un plan de cuidados de seguimiento después del tratamiento inicial.
5. Describir cómo hacer derivaciones a otros recursos con el fin de reducir el riesgo de recaída.
6. Llevar a cabo estrategias de tratamiento para alguien que haya caído o recaído.

Abordaje de pacientes difíciles o especiales

Demostrar competencia a la hora de trabajar con varios subgrupos poblacionales y con aquellos pacientes pertenecientes a categorías con especiales problemas de salud.

1. Proporcionar asesoramiento culturalmente competente y adecuado.
2. Describir indicaciones específicas de tratamiento para grupos especiales de población (como embarazadas, adolescentes, ancianos, pacientes hospitalizados, pacientes con patología psiquiátrica, con patología respiratoria crónica, etc.)
3. Demostrar capacidad para responder a situaciones de alto riesgo.
4. Realizar recomendaciones de tratamiento efectivas para consumidores de tabaco distinto de los cigarrillos.
5. Describir recomendaciones para personas expuestas a la contaminación ambiental por humo de tabaco.

Documentación y evaluación

Describir y utilizar métodos de seguimiento del progreso individual, de registro de datos, de conservación de documentación, de resultados y de informes.

1. Mantener registros precisos empleando técnicas de codificación adecuadas para las circunstancias del servicio.

2. Desarrollar y llevar a cabo un protocolo de seguimiento de los progresos del paciente.
3. Describir métodos estandarizados de medición de los resultados del tratamiento cara a los pacientes y cara al programa.

Recursos profesionales

Utilizar los recursos disponibles para apoyo del paciente y para la formación profesional.

1. Describir los recursos disponibles (comunitarios, líneas telefónicas, páginas web) para el apoyo continuado de los pacientes abstinentes.
2. Identificar los recursos de la comunidad para poder derivar a quienes presenten problemas médicos, psiquiátricos o psico-sociales.
3. Nombrar y utilizar revistas científicas, sociedades profesionales, páginas web o boletines relacionados con la investigación y el tratamiento del tabaquismo.
4. Describir cómo los pacientes pueden conseguir recuperar los gastos adelantados (según cómo sea su sistema de salud)

Legislación y ética

Emplear consistentemente un código ético que se adhiera a las regulaciones gubernamentales específicas para los cuidados de salud o los lugares de trabajo.

1. Describir y emplear un código ético establecido en su disciplina para los especialistas en tratamiento del tabaquismo (si estuviera disponible).
2. Describir las implicaciones y usar las regulaciones que se aplican a los lugares donde se realiza el tratamiento del tabaquismo (confidencialidad, regulaciones laborales).

Desarrollo profesional

Asumir responsabilidad por la formación continuada personal y por la formación de otros profesionales.

1. Mantener los estándares profesionales requeridos por la licencia o certificación profesional.
2. Utilizar la bibliografía y otras fuentes de búsqueda o de información para mantener conocimientos y habilidades actualizadas en tratamiento del tabaquismo.

3. Describir las implicaciones de la investigación actual sobre tratamiento del tabaquismo.
4. Diseminar el conocimiento y los hallazgos acerca del tratamiento del tabaquismo a través de canales formales o informales.

Referencias bibliográficas

1. ATTUD Core competencies for evidence-based treatment of tobacco dependence. Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence, April 2005. <http://www.attud.org/docs/Standards.pdf>

6.7 > Requerimientos para la acreditación de un servicio de cesación tabáquica especializada

Un servicio de cesación tabáquica¹ se define como aquel lugar en el que, bien como objetivo único o como uno entre otros objetivos, un profesional sanitario realiza tratamiento del tabaquismo.

De acuerdo a esta definición, la estimación de e.SCCAN² es que existen unos 2500 servicios de cesación tabáquica en Europa. Además los servicios de cesación tabáquica tiene el papel de realizar también

- dedicarse a tratar los casos más difíciles;
- formar/entrenar a los profesionales sanitarios en tratamiento del tabaquismo;
- investigar/evaluar las intervenciones de cesación;
- difundir las buenas prácticas de cesación tabáquica (y eliminar las malas) entre los profesionales sanitarios y la población general;
- promover la salud.

6.7.1 Tres niveles de servicios de atención²

La definición de servicios de cesación tabáquica incluye tres subgrupos:

- Unidades especializadas de cesación tabáquica
- Consultas de especialistas en cesación tabáquica
- Centros de asesoramiento de cesación tabáquica

Unidades especializadas de cesación tabáquica

Es un centro dedicado a la cesación tabáquica que cuenta al menos con un médico y dos profesionales sanitarios, de los que al menos uno es un especialista en cesación, con plena capacidad de prescribir medicación, realizar intervenciones conductuales, monitorizar el CO, mantener registros de todos los pacientes y realizar seguimiento y evaluación de la actividad.

Consultas de especialistas en cesación tabáquica

Es una consulta médica dedicada a tiempo parcial o completo al tratamiento del tabaquismo con la capacidad de prescribir medicación, pero sin la amplia gama de opciones ofrecidas por una unidad especializada.

Centros de asesoramiento de cesación tabáquica

Es un centro dedicado al tratamiento del tabaquismo, en el que se requiere la presencia de un especialista en tabaquismo, pero no la de un médico. Generalmente es un psicólogo, enfermero u otro profesional sanitario que actúa como asesor. No se prescriben fármacos, pero se aconseja sobre ellos.

Al igual que en otros lugares en los que se realiza tratamiento del tabaquismo (como consultas de atención primaria, farmacias,...) los servicios de cesación tabáquica deben actuar con respecto a las mejores prácticas en el tratamiento del tabaquismo. Para conseguir la acreditación como servicio de cesación tabáquica especializada, deben necesariamente reunirse los requisitos que se señalan a continuación.

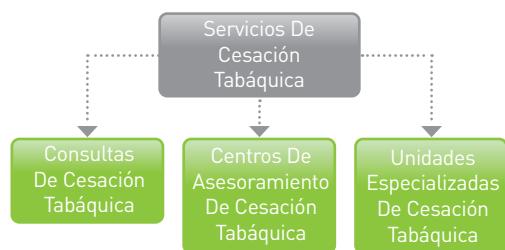
6.7.2 Acreditación de una Unidad especializada de tratamiento del tabaquismo

Los centros acreditados como unidades especializadas de tratamiento del tabaquismo deberían tener las mejores condiciones, humanas y materiales, posibles³. Deben mostrar criterios de excelencia en su tarea asistencial, formativa e investigadora.

Recursos humanos

- De acuerdo a la evidencia científica, la intervención de más de un profesional clínico aumenta las tasas de cesación³.

Figura 6.3: Los tres niveles de servicios de cesación tabáquica (adaptado from e.SCCAN²)



- Idealmente, un equipo multidisciplinar que incluya personal médico, de enfermería, de la psicología, dietistas es adecuado para cubrir las necesidades de los pacientes a lo largo del proceso de cesación.
- Se necesita un especialista en tratamiento del tabaquismo en cada servicio de cesación tabáquica. De acuerdo a la OMS, un especialista en tratamiento del tabaquismo es alguien formado al que se le paga por ofrecer apoyo especializado a quienes necesitan algo más que consejo breve; no tiene porqué tener formación médica.
- Un médico puede realizar todas las tareas de un servicio de cesación
- Los profesionales sanitarios no médicos pueden realizar el apoyo conductual y la formación, tanto en equipos médicos como en no médicos.
- Los profesionales no sanitarios entrenados en cesación tabáquica pueden desempeñar papeles específicos bajo supervisión.
- Los profesionales sanitarios especializados (como las comadronas, anestesiastas y psiquiatras) pueden jugar un papel específicos ante determinadas poblaciones.
- El personal debe ser el suficiente como para poder asegurar una primera visita no más tarde de tres semanas de recibir la solicitud de tratamiento.
- Un centro está formado por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios especializados en tratamiento del tabaquismo. Estos profesionales se caracterizan por

estar altamente cualificados en el campo, ser expertos en la prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo, dedicarse a jornada completa y ser remunerados por ello.

- Es necesario que el personal sanitario que trabaja en estas unidades pueda acreditarse adecuadamente en la prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo.
- Idealmente, el centro debería tener personal administrativo para atender y canalizar las llamadas de los pacientes, mantener los registros y llevar a cabo las funciones administrativas necesarias.
- La disponibilidad de estos recursos debe documentarse adecuadamente. La autoridad competente debe requerir la certificación de la existencia de un equipo multidisciplinar que reúne las características señaladas previamente, tanto de dedicación como de capacitación.

Recursos materiales

- Habitaciones disponibles a tiempo completo: consulta, habitación de exploración, sala de reuniones, sala de espera y oficina administrativa.
- Bases de datos computerizadas y ficheros para documentación específica.
- Registros de historias clínicas de tabaquismo.
- Protocolos de intervención clínica.
- Material de auto-ayuda.
- Material de oficina.
- Material de proyección audio-visual.
- Material clínico: estetoscopio, medidor de presión arterial, cooxímetro, espirómetro, electrocardiógrafo, balanza y medidor de altura.
- Posibilidad de determinación de cotinina en fluidos corporales.
- Número telefónico exclusivo del servicio.

La disponibilidad de estos recursos debe documentarse adecuadamente. La autoridad competente debe requerir la certificación de la existencia de los materiales básicos, como las bases de datos computerizadas y la determinación de cotinina, junto con los registros, cuestionarios, protocolos y material de auto-ayuda.

Tabla 6.3: Cuestionarios para los servicios de cesación tabáquica

Auto-cuestionarios obligatorios:
- Perfil de consumo de tabaco
- Test de dependencia tabáquica (test de Fagerström)
Auto-cuestionarios recomendados:
- de determinación del estado de ánimo (HAD u otro)
- de motivación para la cesación y/o de barreras percibidas
Cuestionario no auto-administrado:
- Tipo BDI (Beck Depresión Inventory)

Criterios de derivación

Consumidores de alto riesgo

La principal función de los servicios de tratamiento del tabaquismo es asegurar un tratamiento de calidad a todas las personas de alto riesgo, como embarazadas, personas que van a ser operadas, fumadores con patologías psicológicas, respiratorias, cardiovasculares u oncológicas, fumadores con otros consumos (alcohol y otras drogas), fumadores socialmente desfavorecidos y fumadores con una historia de repetidos intentos de cesación.

Todo tipo de consumidores

Todos los tipos de fumadores que necesiten ayuda en su proceso de cesación podrían también ser referidos a los servicios de cesación por los profesionales sanitarios, por las líneas telefónicas de cesación, por los servicios sociales, o incluso ir directamente ellos mismos.

Poblaciones específicas

Los servicios de cesación pueden especializarse en alguna población concreta, como embarazadas, adolescentes o consumidores de otras drogas. En este caso la especificidad del servicio debe hacerse constar claramente.

Actividades asistenciales

La acreditación como una unidad especializada de tratamiento del tabaquismo se basa fundamentalmente en criterios de

calidad sanitarios. Los criterios de calidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo son los siguientes.

La asistencia se ofrece en tres formatos:

- Individual
- Grupal
- Vía telefónica

Los centros deben tener protocolos de atención individualizada, grupal y telefónica. Estos criterios deben contemplar un mínimo de visitas a lo largo del seguimiento, que debe durar al menos 12 meses desde el día de la cesación.

- En el caso de las visitas individuales, se ve a los pacientes al menos 6 veces y cada visita dura al menos 15 minutos. La primera visita dura no menos de 30 minutos.
- En el caso del tratamiento grupal, los pacientes acuden a entre 5 y 9 sesiones con una duración entre 45 y 90 minutos.
- La atención telefónica debería llevarse a cabo con aquellos pacientes que tienen problemas para acudir al centro, en aquellos casos que requieren intervenciones menos intensivas, o cuando se requieren intervenciones puntuales o directas.

La actividad asistencial es llevada a cabo por un equipo multidisciplinar con personal médico, de enfermería y de la psicología, todos ellos expertos cualificados en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo.

Las actividades asistenciales de estas unidades no tienen porqué estar confinadas al propio centro; de hecho, los profesionales de la unidad deberían estar deseosos y ser capaces de abordar y resolver las consultas hechas por otros profesionales sanitarios que tratan a otros pacientes fumadores con dificultades.

Es necesario presentar la documentación que muestre la existencia de los protocolos que satisfagan las características mencionadas. La documentación presentada ante las autoridades competentes debe incluir: número de pacientes nuevos vistos al año (se requiere un mínimo de 300), número de revisiones realizadas (mínimo de 1000 anuales), número de cooximetrías anuales (mínimo de 1000), número

Tabla 6.4: Ejemplos de organización de las visitas de tratamientos

Primera visita:
- Debe ser amplia (30-60 minutos).
- Debe ser cara a cara y/o tener lugar en el marco de un grupo;
- Es la oportunidad de acceder a la persona fumadora, registra el consumo de tabaco, educar al paciente sobre el consumo, sus consecuencias sobre la salud y sobre la importancia de la cesación;
Visitas de seguimiento:
- el número de visitas suele estar entre 5 y 9 (por ejemplo, en las semanas 2, 4, 8, 12, 26, siendo posibles otras pautas, así como visitas adicionales la semana primera o al cabo de un año;
- la duración generalmente es de 15-30 minutos;
- pueden ser mejoradas con apoyo telefónico o vía internet o con visitas no programadas;
- deben adaptarse a la situación y necesidad del paciente.

de determinaciones de nicotina o cotinina (mínimo de 100 anuales), número de espirometrías y número de ECG realizados.

Los servicios de cesación tabáquica deben respetar y seguir las mejores guías prácticas nacional e internacionales de tratamiento del tabaquismo. Se requieren buenas prácticas en todos los procedimientos, también en el respeto a los derechos de los pacientes y en la normativa de protección de datos.

Así mismo, en la documentación a presentar a las autoridades competentes debe hacerse constar la coordinación de las actividades del centro con otros centros o de departamentos implicados en la prevención y el tratamiento del tabaquismo. Un servicio de cesación tabáquica debe difundir la buena práctica de la prevención y del tratamiento del tabaquismo a otros servicios sanitarios y a la población general.

Actividades formativas

- Se recomienda encarecidamente que los profesionales sanitarios que trabajan en las unidades de cesación

tabáquica tengan la cualificación y la acreditación suficiente para llevar a cabo actividades relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en las facultades de medicina, psiquiatría, ciencias de la salud, así como enfermería.

- Estas unidades deberían reunir los requisitos de formación de otros departamentos asistenciales. Los miembros de estas unidades deberían ser capaces de impartir cursos de prevención y control del tabaquismo dirigidos a otros profesionales con menos formación en estas áreas.
- Las unidades especializadas en tratamiento del tabaquismo deberían estar preparadas para aceptar la responsabilidad de ofrecer formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo a los residentes en formación de especialidades como medicina comunitaria, medicina de familia, respiratorio, u otras especialidades médico-quirúrgicas, así como a residentes de psicología.

Es necesario presentar la documentación que muestre que algunos de los profesionales sanitarios que trabajan a tiempo completo en la unidad presentan las calificaciones necesarias para realizar enseñanza de grado. En este sentido se valoran especialmente los profesores universitarios en sus diversas modalidades.

Un servicio de cesación tabáquica debe difundir la buena práctica de la prevención y del tratamiento del tabaquismo a otros servicios sanitarios y a la población general.

También se valorará especialmente La presentación de documentación, emitida por las autoridades competentes, que muestre cómo el centro habitualmente lleva a cabo actividades formativas relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Debe especificarse el número de cursos, conferencias y otras actividades formativas realizado por el personal del centro en los dos últimos años. Deben realizarse al menos cuatro actividades formativas a lo largo del año para obtener la acreditación como unidad especializada de tratamiento del tabaquismo.

Se valorará particularmente la certificación de la comisión docente de un centro de salud o de un hospital que confirme que los residentes rotan por la unidad.

Actividades de investigación

Las unidades especializadas de tratamiento del tabaquismo deben mostrar una adecuada actividad investigadora bien sea epidemiológica, clínica o preclínica.

Los servicios de cesación tabáquica deben evaluar su actividad y ofrecer sus datos. Estos datos pueden ser útiles para posibles proyectos de investigación y para mejorar la práctica de la prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo.

Los servicios de cesación tabáquica deben participar en la investigación académica. Con la ayuda de un cuerpo acreditado, los servicios de cesación tabáquica pueden participar en la gestión de investigación o en la investigación académica.

Los servicios de cesación deberían informar de sus actividades anualmente, asegurándose específicamente de que:

- se registra el número de pacientes nuevos y el de visitas de seguimiento;
- se registra el estatus de cesación tabáquica a los seis meses de todos los pacientes que acudieron a la unidad;
- se emplean registros estandarizados y computarizados de cesación tabáquica.

Para la acreditación de nivel Oro debe presentarse la documentación que muestra la actividad investigadora de la unidad durante los últimos cinco años. Esto incluye publicaciones científicas (al menos tres, en revistas nacionales o internacionales, comunicaciones a congresos

internacionales (al menos tres) y comunicaciones a congresos nacionales (al menos seis).

Papel de los servicios de cesación en la promoción de la salud

Las Unidades de tratamiento del tabaquismo deben promover estilos de vida saludables libres de tabaco a la población general y a la población fumadora con y sin patología asociada. Deben hacerlo por los pacientes que atienden el servicio y dentro de la comunidad.

Recomendación

- Al aplicar el sistema estandarizado de acreditación basado en los estándares de calidad del ENSP deberíamos ser conscientes y respetar la diversidad de los 53 estados miembros que componen la Región Europea de la OMS⁴, cada una con diferentes estructuras y organización en sus sistemas sanitarios y educativos.

Referencias bibliográficas

1. Jiménez-Ruiz CA., Solano-Reina S., Rebollo-Serrano JC., Esquinas C. for the Executive Committee, Smoking Cessation Group., Spanish Respiratory Society (SEPAR). Guide for the Accreditation of Smoking Cessation Services. www.separ.es
2. e.SCANN 2010 Report :The European Tobacco Cessation Clinics Assessment and Networking Project. www.ofta-asso.fr/escann
3. http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4_2010/Tabaccologia_4-2010.pdf
4. <http://www.euro.who.int/en/where-we-work>

Tabla 6.5: Auto-evaluación de Servicio de cesación

Auditoría del servicio de cesación tabáquica		No	Algo	A me-dias	Bas-tante	Total-mente	No aplicable	Observaciones
1. El servicio de cesación tabáquica declara claramente que se dedica a tratar a las personas fumadoras								OBJETIVO
1.01	La palabras "tabaco" (o equivalente) está presente en los documentos de la Unidad y en la entrada del edificio	0	1	2	3	4	NA	
1.02	La palabras "tabaco" (o equivalente) está en la presentación on-line del servicio	0	1	2	3	4	NA	
1.03	Existe un número de teléfono propio del personal de la unidad	0	1	2	3	4	NA	
1.04	Si existe un listado regional o nacional, la Unidad está en el mismo	0	1	2	3	4	NA	
2. El servicio de cesación tabáquica hace los mayores esfuerzos para disponer de los recursos materiales y humanos que le posibiliten cumplir su misión								RECURSO
2.01	El personal es suficiente para garantizar atención con menos de tres semanas de retraso	0	1	2	3	4	NA	
2.02	Todo el personal está bien entrenado en tratamiento del tabaquismo	0	1	2	3	4	NA	
2.03	Al menos la mitad del personal presenta certificación de especialista en tabaquismo	0	1	2	3	4	NA	
2.04	Puede prescribirse sin problemas	0	1	2	3	4	NA	
2.05	Existe una habitación tranquila de más de 10m2 para consulta	0	1	2	3	4	NA	
2.06	Hay más de un coxímetro por cada 600 visitas anuales	0	1	2	3	4	NA	
2.07	Hay un ordenador en la consulta	0	1	2	3	4	NA	
2.08	Hay cuestionarios de auto-evaluación (como el test de Fagerström)	0	1	2	3	4	NA	
2.09	Existe medicación disponible para mostrar al paciente	0	1	2	3	4	NA	
3. El servicio de cesación tabáquica recibe a todos los fumadores, pero atiende a los casos más graves. Si decide atender sólo a alguna población específica (p.ej., embarazadas) esto está claramente especificado								PÚBLICO
3.01	Más del 50% de los nuevos pacientes presentan comorbilidad, co-adicción, bajos ingresos o embarazo	0	1	2	3	4	NA	
3.02	Está claramente establecido quiénes pueden acudir a la Unidad (¿ si no hay restricción de acceso)	0	1	2	3	4	NA	

Continuado

Tabla 6.5 Continuado

4. El servicio de cesación tabáquica respeta las buenas prácticas clínicas y las guías de cesación tabáquica validadas								BUENAS PRÁCTICAS
4.01	Existen y se aplican recomendaciones de buenas prácticas	0	1	2	3	4	NA	
4.02	La duración de la primera visita de es al menos 30 minutos	0	1	2	3	4	NA	
4.03	La Unidad difunde buenas prácticas de tratamiento a otros profesionales sanitarios que no son especialistas en tabaquismo	0	1	2	3	4	NA	
5. El servicio de cesación tabáquica participa en la formación y entrenamiento en tabaquismo de profesionales sanitarios								EDUCACIÓN
5.01	La Unidad participa en la formación de médicos en tabaquismo	0	1	2	3	4	NA	
5.02	La Unidad participa en la formación de otros profesionales sanitarios en tabaquismo	0	1	2	3	4	NA	
6. El servicio de cesación tabáquica registra y ofrece datos para la evaluación								INVESTIGACIÓN
6.01	La Unidad registra y ofrece datos para la evaluación local o nacional de la cesación tabáquica	0	1	2	3	4	NA	
6.02	La Unidad participa en investigación académica sobre tabaquismo	0	1	2	3	4	NA	
7. El servicio de cesación tabáquica lleva a cabo de manera rutinaria actividades comunitarias de promoción de la salud								PROMOCIÓN DE LA SALUD
7.01	La Unidad llevó a cabo este año o el anterior una actividad de promoción de la salud	0	1	2	3	4	NA	
8. El servicio de cesación tabáquica evalúa su actividad y procura evolucionar de acuerdo a estas evaluaciones								EVALUACIÓN
8.01	Se evalúa y registra la abstinencia a los 6 meses	0	1	2	3	4	NA	
8.02	Están disponibles los resultados de la cesación tabáquica	0	1	2	3	4	NA	
TOTAL /100								
CENTRO				FECHA				TOTAL

CUARTA PARTE | Capítulo 7

Cesación tabáquica en
grupos de alto riesgo



Este capítulo es un **resumen de las guías desarrolladas a través de TOB.g. – Las guías de Cesación Tabáquica para grupos de población de alto riesgo.** Este trabajo es parte del proyecto 664292- “ Guías de Cesación Tabáquica para Grupos de Alto Riesgo (TOB. G)”, que ha recibido fondos del Programa de Salud de la Unión Europea (2014-2020).

Las autoras de estas guías son: Anastasios Fotiou, Christina-Maria Gavrilescu, Anna Kokkevi, Lucia Maria Lotrean, Andriani Loukopoulou, Myrto Stavrou, Antigona Carmen Trofor, Victoria Vivilaki.



Cofundado por el Programa de la Unión Europea de la Salud

El contenido de este informe representa únicamente las opiniones del autor y es de su exclusiva responsabilidad. No se puede considerar que refleje las opiniones de la Comisión Europea y/o la Agencia Ejecutiva del Consumidor, Salud, Agricultura y Alimentación o cualquier otro organismo de la Unión Europea. La comisión Europea y la Agencia no aceptan ninguna responsabilidad por el uso que pueda hacerse de la información que contiene.

Editores de las guías TOB-G:

- Prof. Panagiotis Behrakis, investigador principal del proyecto TOB.g y editor de las guías TOB.g
- Constantine Vardavas, científico coordinador del proyecto TOB.g y co-editor de las guías TOB.g
- Sophia Papadakis, científico experto de proyecto TOB.g y co-editor de las guías TOB.g

7.0 Cesación tabáquica en grupos de alto riesgo

7.1 Efectos en la salud de fumadoras embarazadas

Este capítulo especial de la Guía Europea para el Tratamiento del Tabaquismo tiene como objetivo resumir la evidencia con respecto al riesgo para la salud asociado con el consumo de tabaco y la exposición al humo de segunda mano durante el embarazo y periodo postparto así como enfoques efectivos para apoyar la cesación y prevenir la recaída.

El consumo materno de tabaco y la exposición al humo de segunda mano durante el embarazo impone un riesgo significativo para el feto y el recién nacido. El tabaquismo materno se ha asociado con una serie de resultados adversos del embarazo.¹ El consumo de tabaco durante el embarazo es de hecho la causa más evitable de resultados adversos del embarazo. Las tasas de mortalidad perinatal son un 150% mayores cuando la madre es fumadora y se estima que el

tabaquismo es responsable del 15% de todos los casos de nacimientos prematuros.¹⁻³

También se ha demostrado que los efectos adversos del consumo de tabaco y la exposición al humo de segunda mano se extienden hasta la infancia y están asociados con un mayor riesgo de malformaciones congénitas, síndrome de muerte súbita del lactante, enfermedades hereditarias relacionadas con la genética, mortalidad y morbilidad perinatal, baja estatura, enfermedades cognitivas, retrasos y trastornos neurológicos.⁴⁻¹⁰ El cuadro 1 presenta un resumen de los efectos conocidos del consumo de tabaco en la salud durante el embarazo.

Exposición al humo de segunda mano (Second-hand smoke(SHS))

La exposición al humo de tabaco de segunda mano durante el embarazo se asocia con múltiples riesgos para la salud

Cuadro 1: Efectos sobre la salud del tabaquismo materno en el feto, el recién nacido y los niños

Periodo de impacto	Efecto sobre la salud
Impacto prenatal	Anomalías placentarias
	Embarazo ectópico
	Desprendimiento de la placenta
	Placenta previa
	Preeclampsia
	Mortinato
	Aborto espontáneo
Impacto postnatal	Rotura prematura de membranas
	Mayor mortalidad perinatal
	Nacimiento prematuro (el doble de grande)
	Retraso del crecimiento intrauterino
	Bebé de bajo peso al nacer 150-250 g más pequeño
	Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)
Impacto en la vida posterior del niño	Defectos de nacimiento
	Diabetes Tipo II
	Obesidad
	Hipertensión
	Reducción del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad
	Aumento de hospitalización
	Asma bronquial, infección de las vías respiratorias inferiores, disminución de la función pulmonar
	Trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad
Rendimiento académico deteriorado	
Aumento significativo de los trastornos psiquiátricos	

del feto . Esto incluye un riesgo significativamente mayor de parto prematuro, displasia broncopulmonar, malformación congénita y sibilancias/asma, etc.⁶⁻¹¹⁻¹³. Específicamente, las mujeres embarazadas que están expuestas al SHS tienen un 23% más de probabilidades de experimentar muerte fetal y un 13% más de probabilidad de dar a luz a un bebé con malformación congénita.¹⁴⁻¹⁵ Los entornos 100% libres de humo deben ser una prioridad durante el embarazo para todas las mujeres, incluidas las no fumadoras. Se deben mantener ambientes libres de humo durante el período posnatal para los recién nacidos y los niños.

Consumo de tabaco durante el embarazo

A pesar de la magnitud de los riesgos asociados con el consumo de tabaco durante el embarazo, se estima que entre el 6% y 9% de las mujeres en Europa seguirán fumando durante el embarazo y una gran parte de las mujeres que dejarán de fumar volverán a fumar después del embarazo. La cesación puede ser extremadamente complicada y pocos reconocen que debido a factores fisiológicos y de otro tipo, puede ser aún más difícil para la mujer embarazada. Por ejemplo, las tasas de metabolismo de la nicotina durante el embarazo aumentan en un 60-140% y contribuyen a una mayor abstinencia de nicotina y dificultad para dejar de fumar.¹⁷

Las fumadoras embarazadas se dividen en tres grupos :

- Aquellas que dejaron de fumar espontáneamente cuando se enteraron que estaban embarazadas.
- Aquellas que redujeron el consumo de tabaco cuando descubrieron que estaban embarazadas.
- Las que continúan fumando durante el embarazo.

Intervenciones para dejar de fumar en el embarazo

No hay un nivel seguro de fumar en el embarazo y se debe aconsejar a las mujeres que dejen de fumar por completo. Más concretamente, se descubrió que el riesgo relativo de un embarazo ectópico aumentaba a 1,6 veces el de las mujeres no fumadoras en el caso de las que fumaban de 1 a 5 cigarrillos diarios, y a 2,3 veces en el caso de las mujeres

que fumaban de 11 a 20 cigarrillos diarios.¹⁸ La mayor ganancia en beneficios para la salud proviene de la cesación completa durante el embarazo en lugar de la reducción del tabaquismo.^{19,20} Además, se debe alentar a las mujeres a que dejen de fumar antes de quedar embarazadas para asegurar resultados óptimos del embarazo. Es importante señalar que los efectos adversos graves del tabaquismo son reversibles si se deja de fumar al principio del embarazo. Se ha demostrado que las mujeres que dejan de fumar durante el primer trimestre del embarazo dan a luz a niños de peso similar a los que nunca han fumado.^{21,22}

La creciente preocupación de los futuros padres por los riesgos del tabaquismo en los resultados del embarazo y la salud del recién nacido crea un “momento de enseñanza” en el que la futura madre puede tener una mayor receptividad para dejar de fumar.²³

Los profesionales de la salud desempeñan un papel importante en el apoyo de la cesación del hábito entre las mujeres embarazadas, así como entre otros miembros de la familia. Teniendo en cuenta los riesgos para la salud del feto y a los recién nacidos por el consumo del tabaco, es fundamental que el personal sanitario que trabaja con embarazadas, estén familiarizados con las últimas pruebas y se sientan cómodos interviniendo y apoyando a las mujeres para que logren dejar de fumar.

Las “5 As” (preguntar (ask), aconsejar (advise), evaluar (asses), ayudar (assist), programar (arrange)) pueden ser utilizadas como modelo clínico para apoyar el cese entre las mujeres embarazadas (ver Anexo 2). Como parte del modelo de las 5 As, todas las embarazadas deben hacer que se evalúe tanto su condición de fumadoras como la exposición al humo de segunda mano como parte de los exámenes de rutina. Las mujeres embarazadas a menudo no revelan su condición de fumadoras, probablemente debido al estigma social del consumo de tabaco durante el embarazo.

La revelación honesta de la condición de fumador puede aumentarse hasta en un 40% mediante el uso de preguntas de opción múltiple en lugar de una simple pregunta de “sí/no”. Se recomienda la validación de la exposición al consumo de tabaco con pruebas de coximetrías. Se debe

ofrecer activamente a las mujeres embarazadas apoyo y asesoramiento sin prejuicios para dejar de fumar y organizar el seguimiento de los pacientes.^{24,26}

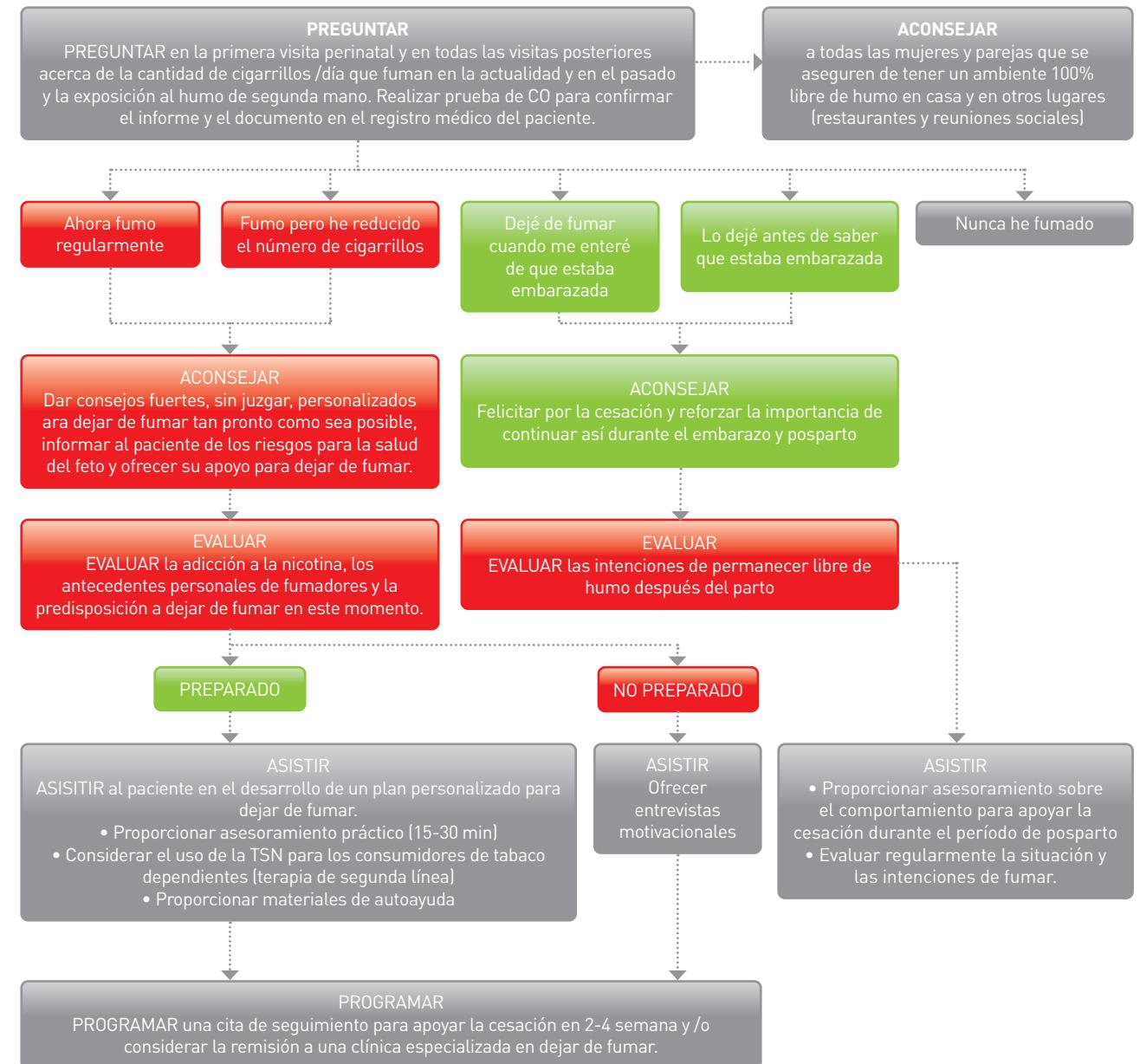
Intervenciones de asesoramiento

A menudo se requiere un asesoramiento intensivo para apoyar la cesación entre las mujeres embarazadas que no pueden dejarlo por sí mismas. Se ha demostrado que el asesoramiento intensivo aumenta significativamente el abandono del hábito de fumar en las mujeres embarazadas en comparación con la atención habitual (30 estudios; cociente de riesgos promedio (CR) 1,44; intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,19 a 1,73).²⁷ En la mayoría de los estudios se encontró que una intervención intensiva que duraba más de 15 minutos era más efectiva que las intervenciones más cortas y menos individualizadas (18 estudios; CR promedio 1,25; IC del 95%: 1,07 a 1,47). Se recomienda la remisión a servicios especializados para el abandono del hábito de fumar, cuando estén disponibles. Las intervenciones en las que participan el cónyuge o los compañeros son estrategias de intervención prometedoras que se están estudiando para apoyar el abandono del hábito entre las fumadoras embarazadas; sin embargo, se requiere más investigación para comprender mejor su valor.

Farmacoterapia

Si bien la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) se considera una terapia de primera línea para dejar de fumar en las poblaciones adultas, el uso de la TSN durante el embarazo ha sido un área de controversia en las directrices de la práctica clínica internacional. Una revisión Cochrane de 2015 no encontró pruebas de que el uso de la TSN para el abandono del hábito de fumar en el embarazo tuviera un efecto beneficioso o perjudicial en los resultados del nacimiento.²⁸ Sin embargo, esta revisión tampoco encontró pruebas que apoyaran el aumento de las tasas de abandono entre las mujeres embarazadas que utilizaron TSN para el abandono del hábito de fumar en comparación con los controles.²⁸ El mal cumplimiento del tratamiento con la TSN es comúnmente reportado entre los estudios realizados hasta la

Cuadro 2: Protocolo de tratamiento del tabaco 5As- mujer embarazada y postparto



fecha y limita nuestra capacidad de entender con precisión la eficacia de la misma entre las mujeres embarazadas. A pesar de las limitaciones de las pruebas, el riesgo potencial del uso de la TSN se considera de magnitudes inferiores a las del uso continuado del tabaco y, como tal, los beneficios de riesgo del uso de la TSN deben discutirse con las mujeres que no pueden dejar de fumar por sí mismas. Dada la falta de datos de eficacia, la TSN debe considerarse una terapia de segunda línea. Es probable que la dosificación y la duración adecuadas de la TSN mejoren los resultados. No se recomienda el uso de vareniclina o bupropión durante el embarazo debido a la falta de investigaciones sobre su seguridad y eficacia.²⁸

Tasas de recaída post-parto

Las tasas de recaída posparto son extremadamente altas (29-85%) entre las mujeres que logran dejar de fumar durante el embarazo. Muchas mujeres que dejan de fumar durante el embarazo lo hacen con la intención de volver a fumar después del parto. También se sabe que el estrés, la depresión postparto, la preocupación por el aumento de peso y por tener un compañero fumador y un estatus socioeconómico más bajo contribuyen a la recaída. El apoyo al mantenimiento de la cesación después del embarazo es un objetivo secundario importante de la intervención.^{29,30} Se recomienda que los clínicos aborden los planes para la continuación de la cesación después del embarazo en una etapa temprana del proceso de abandono y que el apoyo de asesoramiento se extienda hasta el período de postparto.

Resumen de las principales recomendaciones para los profesionales de la salud:

- No hay un nivel de tabaquismo sano en embarazadas y las mujeres deben ser aconsejadas para dejar de fumar completamente. (Nivel de evidencia A).
- Las embarazadas deben dejar de fumar tan pronto como sea posible durante el primer trimestre de embarazo y estar en ambientes libres de humo hasta el nacimiento (Nivel de Evidencia A).
- El personal sanitario debe informar a los padres sobre los riesgos del humo de segunda mano así como el humo

de tercera mano para la madre, el feto y el recién nacido (Nivel de Evidencia D).

- El personal sanitario debe informar a la embarazada que debe permanecer en un ambiente 100% libre de humo prohibiendo fumar en sus casas y coches y evitando los lugares en los que pueda haber exposición al humo de segunda mano (Nivel de Evidencia A).
- Todo el personal sanitario debe trabajar con la embarazada mostrándose familiar y amable interviniendo y apoyando para que la mujer consiga dejar de fumar (Nivel de evidencia A).
- Las "5As" (preguntar (ask), aconsejar (advice), evaluar (asses), ayudar (assist), programar (arrange)) puede ser usado como modelo clínico para apoyar la cesación entre las mujeres embarazadas (Nivel de evidencia B).
- En todas las embarazadas se debe incluir su estatus de fumador y exposición al humo de segunda mano como parte de sus exámenes rutinarios (Nivel de evidencia A).
- El personal sanitario debe dar consejos firmes y sin prejuicios para dejar de fumar a todas las mujeres que fuman y ayudar a los consumidores de tabaco a dejar de fumar, lo que incluye el seguimiento durante toda la duración del embarazo y el período de postparto temprano (Nivel de evidencia A).
- Las mujeres que no pueden dejar de fumar deben recibir asesoramiento y apoyo intensivos para dejar de fumar lo antes posible en su embarazo (Nivel de evidencia A).
- Las intervenciones de asesoramiento son eficaces para aumentar las tasas de abandono del hábito de fumar y reducir significativamente el bajo peso al nacer, aumentar el peso medio al nacer y reducir los ingresos en los cuidados intensivos neonatales (Nivel de evidencia A).
- Cuando sea posible, las mujeres que no sean capaces de dejar de fumar deben ser remitidas a un apoyo especializado para el cese. Los profesionales de la salud deben hacer un seguimiento para asegurar que se lleve a cabo el tratamiento (Nivel de evidencia A).
- Se prefiere el uso de la terapia sustitutiva de la nicotina (TSN) a seguir fumando durante el embarazo. Sin embargo, las pruebas en cuanto a su eficacia en las

mujeres embarazadas son contradictorias. Como tal, la TSN puede considerarse una terapia de segunda línea para las mujeres embarazadas que no pueden dejar de fumar sólo con apoyo de asesoramiento (Nivel de evidencia B).

- Debido a la falta de investigación, el bupropión y la vareniclina no se recomiendan para dejar de fumar durante el embarazo (Nivel de evidencia –n/a).
- Se debe animar a los padres a que no fumen en el período de postparto. Los ambientes sociales de una mujer embarazada y un recién nacido deben estar libres de humos (Nivel de evidencia D).
- La atención postparto debe abordar la prevención de recaídas para ambos padres antes del alta hospitalaria y durante las visitas domiciliarias postnatales.(Nivel de evidencia A).
- Los padres que continúan fumando cuando sus bebés ingresan en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) deben ser remitidos a programas locales para dejar de fumar (Nivel de evidencia C).

Referencias bibliográficas

1. Kramer M.S. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 1987;65(5):663-737.
2. Kleinman JC, Pierre MB J, Madans JH, Land GH, Schramm WF. The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality. *Am J Epidemiol.* 1988;127(2):274-82.
3. Ventura S MJ, Taffel S, Mathews T, Clarke S. . Advance report of final natality statistics,. *Monthly Vital Stat Rep* 1995;44(suppl 5) 44):1-88.
4. Lai M.C., Chou F.S., Yang Y.J., Wang C.C., Lee M.C. Tobacco use and environmental smoke exposure among taiwanese pregnant smokers and recent quitters: Risk perception, attitude, and avoidance behavior. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(9):4104-16.
5. Lawrence W.T., Haslam C. Smoking during pregnancy: Where next for stage-based interventions? *J Health Psychol.* 2007;12(1):159-69.
6. Leonardi-Bee J., Jere M.L., Britton J. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Thorax.* 2011;66(10):847-55.
7. Miyake Y., Tanaka K., Arakawa M. Active and passive maternal smoking during pregnancy and birth outcomes: The kyushu

okinawa maternal and child health study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:157-2393-13-157.

8. Nordentoft M, Lou HC, Hansen D, et al. Intrauterine growth retardation and premature delivery: The influence of maternal smoking and psychosocial factors. *Am J Public Health.* 1996;86(3):347-54.
9. Pallotto EK, Kilbride HW. Perinatal outcome and later implications of intrauterine growth restriction. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(2):257-69.
10. Vardavas CI, Chatzi L, Patelarou E, et al. Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. *Eur J Pediatr.* 2010;169(6):741-8.
11. Blaakman S, Borrelli B, Wiesenthal E, al. e. Secondhand smoke exposure reduction after NICU discharge: Results of a randomized trial. *Acad Pediatr.* 2015;15(6):605-12.
12. El-Mohandes AA, Kiely M, Blake SM, Gantz MG, MN. E-K. An intervention to reduce environmental tobacco smoke exposure improves pregnancy outcomes. *Pediatrics.* 2010;125(4):721-8.
13. Wagijo MA, Sheikh A DL, JV. B. Reducing tobacco smoking and smoke exposure to prevent preterm birth and its complications. *Paediatr Respir Rev.* 2015.
14. General ARotS. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US). 2006.
15. Leonardi-Bee J., Britton J., Venn A. Secondhand Smoke and Adverse Fetal Outcomes in Nonsmoking Pregnant Women: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2011;127(4).
16. Euro-Peristat. European perinatal health report: The health and care of pregnant women and babies in europe in 2010. 2013.
17. Dempsey D., Jacob P., Benowitz N.L. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *J Pharmacol Exp Ther.* 2002;301(2):594-59.
18. Saraiya M, Berg CJ, Kendrick JS, Strauss LT, Atrash HK, YW. A. Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178(3):493-8.
19. HealthHealth CoE. Committee on Substance Abuse, Committee on Adolescence, Committee on Native American Child. From the american academy of pediatrics: Policy statement--tobacco use: A pediatric disease. *Pediatrics.* 2009;124(5):1474-87.
20. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the surgeon general. 2010.
21. Centres for Disease Control (CDC). Cigarette smoking-attributable mortality and years of potential life Lost—United states. morbidity and mortality weekly report. 1993.
22. USDHHS. The health benefits of smoking cessation. A report of the surgeon general. 1990.
23. McBride C.M., Emmons K.M., Lipkus I.M. Understanding the

potential of teachable moments: The case of smoking cessation. Health Educ Res. 2003;18(2):156-70.

24. Clinical Practice Guidelines Antenatal care – Module 1. Department of Health and Ageing. 2012 [cited 24 June 2013]; Available from: www.health.gov.au
25. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
26. Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, MC. G. Improving disclosure of smoking by pregnant women. Am J Obstet Gynecol 1991;165:409-13.
27. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2017;10:CD001055.
28. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, J. L-B. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. 2015. Cochrane Database Syst Rev 2015(12):No. CD010078.
29. Colman GJ, T. J. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. American journal of preventive medicine. 2003;24(1):29-35.
30. Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, et al. e. Smoking cessation in pregnancy: A review of postpartum relapse prevention strategies. J Am Board Fam Pract. 2004;17(4):264-75.

7.2 Cesación tabáquica entre adolescentes

Este capítulo especial de la Guía Europea para el Tratamiento del tiene por objetivo resumir las evidencias relativas a los enfoques eficaces para apoyar la cesación entre los adolescentes, definidos en términos generales como los niños en edad escolar de entre 10 y 18 años. Este capítulo proporciona una sinopsis de las pruebas existentes generadas a partir de una revisión sistemática de la bibliografía publicada relativa a los tratamientos para el abandono del tabaco en adolescentes y describe la eficacia de diversas intervenciones para el abandono del hábito entre los fumadores adolescentes en diferentes entornos, entre ellos: entornos de atención sanitaria, escuelas, tecnología informática de la información y la comunidad. Los enfoques de intervención cubiertos en cada entorno incluyen: enfoques conductuales, farmacológicos y de intervención combinada. Es importante señalar que en el

presente capítulo no se aborda la prevención de la iniciación en el consumo de tabaco entre los adolescentes, sino más bien el abandono del hábito.

La experimentación con el tabaco es común durante la adolescencia.¹ Más de la mitad de los estudiantes europeos informaron haber experimentado con el consumo de tabaco y se estima que el 21% de los estudiantes de 16 años de Europa actualmente son fumadores (es decir, fumaron en los últimos 30 días).² El uso de cigarrillos electrónicos también se ha vuelto cada vez más popular entre los adolescentes de Europa; el 23% de los adolescentes de 15 a 17 años informaron haber consumido un cigarrillo electrónico que contiene nicotina y el 8% informó haber consumido uno que no contiene nicotina.³ La dependencia de la nicotina se desarrolla rápidamente durante la adolescencia y una gran proporción de estos que fuman con regularidad seguirán haciéndolo durante la edad adulta.^{4,5} Por ello, la identificación y el tratamiento temprano del consumo de tabaco en la adolescencia son cruciales para prevenir consecuencias más graves para la salud a corto o

Factores que afectan a la probabilidad de que los adolescentes dejen de fumar

Menos probable que abandone el hábito	Más probable que abandone el hábito
Mujeres	Hombres
Gran adicción a la nicotina	Edad avanzada
Consumo de drogas y/o alcohol	Motivación alta para dejar de fumar
Amigos fumadores	Éxito académico
Familia fumadora (padres y/o hermanos)	Metabolizador lento de la nicotina
Enfermedad de salud mental	
Sobrepeso	
Inactividad física	
Estrés familiar	

Fuente: Adapted from Harvey J, Chadi N. Strategies to promote smoking cessation among adolescents. Pediatric Child and Health 2016;21(4):201-204.⁸

largo plazo. Existe una gran preocupación por el hecho de que el consumo de cigarrillos electrónicos pueda aumentar la progresión hacia el hábito de fumar diario y anular los esfuerzos para dejar de fumar.⁶

Cesación tabáquica en adolescentes fumadores

Diversos factores personales, ambientales y sociales parecen contribuir a los resultados de la cesación durante la adolescencia (véase el cuadro). Por ejemplo, los adolescentes fumadores que consumen diariamente un mayor número de cigarrillos, así como de alcohol, tienen menos probabilidades de dejar de fumar.^{7,8} Tener amigos que fuman también se asocia con peores resultados de abandono del tabaco.^{9,10}

Intervenciones para el tratamiento del tabaquismo en adolescentes fumadores.

Aunque se han realizado un número creciente de ensayos durante la última década, la identificación de intervenciones eficaces para el abandono del hábito de fumar en los adolescentes sigue siendo extremadamente difícil.¹²⁻¹⁴ Existe una variabilidad sustancial entre las estrategias de intervención probadas hasta la fecha, lo que dificulta la identificación de pruebas de alta calidad.^{11, 13, 15, 16} Se reconoce que los consumidores de tabaco en la adolescencia constituyen una población única y requieren enfoques adaptados para apoyar el abandono del hábito.¹⁷ El personal sanitario y los educadores que trabajan con adolescentes deben conocer las necesidades y preferencias de los consumidores de tabaco adolescentes.¹⁸ Los mensajes para dejar de fumar deben adaptarse a las creencias, los intereses y las características específicas de los adolescentes a fin de ser más persuasivos.¹⁹ Por ejemplo, los estudios han revelado que los estudiantes consideran que los efectos a corto plazo como razones más importantes para dejar de fumar y entre ellos el "deterioro del rendimiento deportivo" y la "disminución del atractivo".¹⁹

Asesoramiento sobre el comportamiento

Existen pruebas fehacientes de que el asesoramiento es la intervención para dejar de fumar más eficaz entre los adolescentes que consumen tabaco.^{11, 13, 15, 16} Se ha

demostrado que las estrategias de asesoramiento reducen el consumo diario de cigarrillos y la abstinencia a corto plazo entre los adolescentes y hay algunas pruebas que indican que el asesoramiento puede aumentar la probabilidad de abstinencia a largo plazo.^{11, 13, 15} Las intervenciones de asesoramiento con el mayor nivel de evidencia para apoyarlas son aquellas que emplearon la mejora de la motivación y la terapia cognitivo-conductual (TCC).^{11, 13-15, 17}

Farmacoterapia

La terapia de sustitución de la nicotina (TSN) es segura para su uso en poblaciones adolescentes y sus efectos adversos sobre la salud incluyen irritación local de la piel, dolor de cabeza²⁰⁻²², náuseas y vómitos,^{21, 23} cansancio, trastornos del sueño, dolor articular y muscular²⁴⁻²⁶ y mareos¹³. Hay algunas pruebas que indican que la TSN es eficaz para reducir los cigarrillos que se fuman al día, pero no hay pruebas claras sobre la eficacia de ésta para apoyar la abstinencia a largo plazo entre los adolescentes que consumen tabaco.^{13, 20, 21, 24-26} La TSN no se recomienda para los consumidores ocasionales de tabaco en la adolescencia. Se recomienda que la TSN se utilice en combinación con el asesoramiento para maximizar los resultados de la cesación.

En este momento no hay pruebas suficientes para recomendar el uso de Bupropión y Vareniclina para la cesación tabáquica en adolescentes.¹³ Se necesitan más estudios para fortalecer la evidencia y recomendar el uso de la farmacoterapia en adolescentes fumadores.

Asistencia sanitaria

En Europa, dos tercios de los niños y adolescentes de 8 a 18 años visitarán a un profesional de la salud al menos una vez al año, y el número medio de visitas será de 2,527. Los entornos de atención sanitaria (atención primaria, atención secundaria, dentistas) ofrecen importantes oportunidades para llevar a cabo intervenciones para dejar de fumar dirigidas a los fumadores adolescentes.¹⁶ El modelo de las "5 As" (preguntar (ask), aconsejar (advice), evaluar (asses), ayudar (assist), programar (arrange)) es el recomendado para ofrecer un tratamiento para dejar de fumar en entornos clínicos,

incluyendo en adolescentes (ver figura).^{28,29} Específicamente, los profesionales de la salud deben documentar el consumo de tabaco y de cigarrillos electrónicos entre todos los adolescentes.

Los clínicos deben proporcionar asesoramiento breve para dejar de fumar y asistencia para dejar de fumar que incluya asesoramiento y farmacoterapia, según corresponda, a todos los adolescentes que informen sobre el consumo de tabaco o de cigarrillos electrónicos.^{15, 16}

Intervenciones en las escuelas

Las intervenciones en las escuelas tienen varias ventajas, entre ellas las altas tasas de acceso a las poblaciones de adolescentes. También hay pruebas que sugieren que los consumidores de tabaco adolescentes prefieren los entornos escolares en comparación con la atención en entornos sanitarios u otros para recibir apoyo para dejar de fumar.³⁰ Los datos del metaanálisis han demostrado que los programas para dejar de fumar en los adolescentes tienen más probabilidades de ser eficaces si se ofrecen dentro del entorno escolar.³¹ Se ha comprobado que los programas de intervención de mejora de la motivación y los que emplean técnicas cognitivo-conductuales, impartidos en escuelas durante un período de tiempo prolongado e incluyen múltiples componentes, son eficaces para apoyar el cese del hábito a corto plazo y la reducción del consumo de tabaco.^{13, 31} La duración de la intervención parece ser un predictor importante de los resultados exitosos del cese del hábito de fumar, con tasas de cese más altas en programas de al menos cinco sesiones.^{31, 32}

El "Proyecto EX" (www.projectex.usc.edu) y el "No al tabaco -NOT(Not on Tobacco)" (www.lung.org/associations/states/colorado/tobacco/not-on-tobacco) son dos programas escolares para dejar de fumar para adolescentes, basados en grupos y son prácticas internacionales prometedoras.^{13, 33-35}

Tecnología de la información

Ha aumentado el interés en el uso de la tecnología para intervenir en adolescentes fumadores. En particular, se han encontrado ensayos en la literatura que utilizan mensajes de

texto, materiales digitales de autoayuda y otras aplicaciones basadas en la tecnología. Si bien se trata de estrategias prometedoras, los datos que respaldan la eficacia de las intervenciones basadas en la tecnología son limitados, por lo que se recomienda que se utilicen en combinación con el asesoramiento.^{13, 17, 36-38}

Protocolo de tratamiento tabaquismo- Adolescentes



Intervenciones basadas en actuaciones política

A nivel municipal, nacional o de la UE, los esfuerzos legislativos pueden contribuir a apoyar el abandono del tabaco en la adolescencia. El aumento del precio de los cigarrillos es particularmente eficaz en los adolescentes y se correlaciona con una menor iniciación en el hábito de fumar y con el abandono o la reducción del consumo de tabaco.³⁹⁻⁴² Existen algunas pruebas que indican que la exposición a la publicidad de cigarrillos se asocia con una mayor probabilidad de que los adolescentes inicien o continúen con el consumo de tabaco.⁴³ Asimismo, existen pruebas que indican que las restricciones y las prohibiciones de la venta de tabaco a niños y adolescentes han reducido el hábito de fumar así como el consumo de cigarrillos en este grupo de edad.⁴⁴

Recomendaciones clave para los profesionales de la salud:

A continuación resumimos las recomendaciones basadas en la evidencia para apoyar la cesación entre los consumidores de tabaco adolescentes.

Política

- El aumento del precio de los cigarrillos es particularmente eficaz para reducir la iniciación en el consumo de tabaco y para dejar o reducir el consumo de tabaco entre los adolescentes, y debería ser una prioridad de todos los gobiernos (Nivel de evidencia A/B).
- La exposición a la publicidad de cigarrillos se asocia con una mayor probabilidad de que los adolescentes inicien o continúen con el consumo de tabaco. Los gobiernos deben, por lo tanto, prohibir la publicidad del tabaco como prioridad (Nivel de evidencia B).
- Los gobiernos/ministerios de salud deben restringir la venta de tabaco a niños y adolescentes para reducir el consumo de tabaco y de cigarrillos en este grupo de edad (Nivel de evidencia B).

Asesoramiento sobre el comportamiento

- Existen pruebas fehacientes de que el asesoramiento es la intervención para dejar de fumar más eficaz para los

adolescentes que consumen tabaco (Nivel de evidencia A).

- Las intervenciones de asesoramiento con el nivel de evidencia más fuerte para apoyarlas son la mejora de la motivación y la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Nivel de evidencia B).

Farmacoterapia

- La Terapia de Sustitución de Nicotina (TSN) se recomienda como una terapia de segunda línea para los adolescentes que consumen tabaco diariamente y que dependen de la nicotina (Nivel de evidencia B).
- Se recomienda que la TSN se utilice en combinación con el asesoramiento para maximizar los resultados de la cesación (Nivel de evidencia A).
- No existen pruebas suficientes para recomendar el uso de Bupropión y Vareniclina para dejar de fumar en las poblaciones de adolescentes (Nivel de evidencia C).

Terapias alternativas

- La acupuntura no es un tratamiento recomendado para dejar de fumar entre los adolescentes dentro de los entornos médicos o de atención de la salud (Nivel de evidencia C).

Entornos de atención médica

- El personal sanitario debe preguntar a todos los pacientes adolescentes sobre el consumo de tabaco y el uso de cigarrillos electrónicos (Nivel de evidencia A).
- Los consumidores actuales de tabaco deben recibir asesoramiento sobre cómo dejar de fumar y ser remitidos a recursos basados en evidencia para apoyar el cese cuando esté indicado (Nivel de evidencia B).
- El personal sanitario deben adaptar el asesoramiento para dejar de fumar a los consumidores adolescentes de tabaco centrándose en los efectos sobre la salud a corto y largo plazo, la higiene personal (olor, mal aliento), las implicaciones para el rendimiento deportivo, el atractivo y el coste del consumo de tabaco a corto y largo plazo (Nivel de evidencia C).
- Los proveedores de atención de la salud deben recibir

capacitación para dejar de fumar a fin de aumentar la capacidad de dirigirse a los consumidores de tabaco adolescentes entre los consumidores de tabaco (Nivel de evidencia A).

- Las entrevistas motivacionales realizadas por los médicos han demostrado ser eficaces para reducir el consumo diario de tabaco entre los adolescentes y, como tal, es una estrategia de intervención recomendada (Nivel de evidencia B).

Entornos escolares

- Las intervenciones escolares para dejar de fumar que se basan en estrategias de mejoramiento cognitivo-conductual o motivacional y que se realizan durante un período de tiempo prolongado son eficaces para disminuir el consumo diario de tabaco y aumentar la abstinencia de fumar a corto plazo, y deben ofrecerse en todos los entornos escolares (Nivel de evidencia B).
- Existen algunas pruebas de que las intervenciones complejas que combinan enfoques de intervención (como el asesoramiento de grupo en la escuela con apoyo de seguimiento por teléfono o teléfono móvil, o incentivos) pueden aumentar las tasas de abstinencia hasta cuatro meses después del tratamiento, así como las reducciones de los cigarrillos fumados por día, y se recomiendan como prácticas prometedoras para intervenir con los consumidores de tabaco adolescentes (Nivel de evidencia C).

Tecnología de la información y la comunicación

- Las intervenciones de tecnología de la información y las comunicaciones (information communication technology (ICT)) son una estrategia eficaz para reducir el consumo diario de tabaco en los adolescentes, sin embargo, las pruebas disponibles no pueden apoyar el uso de la ICT para apoyar el abandono del hábito de fumar a largo plazo; por ello se recomienda que las intervenciones de tecnología de la información se utilicen en combinación con otras estrategias de intervención basadas en el asesoramiento (Nivel de evidencia B).

Entornos comunitarios

- Los entornos comunitarios, como los campamentos de verano o los centros recreativos de los barrios, deben considerarse para la implementación de intervenciones para dejar de fumar en los adolescentes (Nivel de evidencia C)

Referencias bibliográficas

1. Fidler J, Wardle J, Brodersen NH, Jarvis M, West R. Vulnerability to smoking after trying a single cigarette can lie dormant for three years or more. *Tob Control*. 2006;15(3):205-9.
2. Palmer R, Young S, Hopfer C, Cortey R, Stallings M, Crowley T, et al. Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug Alcohol Depend*. 2009;102(1):78-87.
3. Sussman S. Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tob Induc Dis*. 2002;1(1):35-81.
4. Branstetter SA, Horn K, Dino G, Zhang J. Beyond quitting: predictors of teen smoking cessation, reduction and acceleration following a school-based intervention. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1):160-8.
5. Stanton W, Baade P, Moffatt J. Predictors of smoking cessation processes among secondary school students. *Subst Use Misuse*. 2006;41(13):1683-94.
6. Balch GI, Tworek C, Barker DC, Sasso B, Mermelstein RJ, Giovino GA. Opportunities for youth smoking cessation: Findings from a national focus group study. *Nicotine and Tobacco Research*. 2004;6(1):9-17.
7. Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ. Sex differences in predictors of adolescent smoking cessation. *Health Psychol*. 2001;20(3):186-95.
8. Harvey J, Nicholas Chadi N. for the Canadian Paediatric Society. Strategies to promote smoking cessation among adolescents. *Pediatr Child Health* 2016;21(4):201-04.
9. Berra S, Tebé C, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Auquier P, Detmar S, et al. Correlates of use of health care services by children and adolescents from 11 European countries. *Med Care*. 2009;47(2):161-7.
10. Sussman S, Sun P. Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tobacco Induced Diseases*. 2009;5:3.
11. Sussman S, Sun P, Dent CW. A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychol*. 2006;25(5):549-57.
12. Sussman S, Dent CW, Lichtman KL. Project EX. Outcomes of a teen smoking cessation program. *Addict Behav*. 2001;26(3):425-38.
13. Sussman S, McCuller WJ, Zheng H, Pfingston YM, Miyano J, Dent CW. Project EX: A Program of Empirical Research on Adolescent Tobacco Use Cessation. *Tob Induc Dis*. 2004;2(3):119-32.

14. Sun P, Miyano J, Rohrbach LA, Dent CW, Sussman S. Short-term effects of Project EX-4: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Addict Behav*. 2007;32(2):342-50.
15. Liang L, Chaloupka F, Nichter M, Clayton R. Prices, policies and youth smoking, May 2001. *Addiction*. 2003;98(s1):105-22.
16. Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. *J Public Health Manag Pract*. 2004;10(4):338-53.
17. Guindon GE, Tobin S, Yach D. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tob Control*. 2002;11(1):35-43.
18. Lewit EM, Hyland A, Kerrebrock N, Cummings KM. Price, public policy, and smoking in young people. *Tob Control*. 1997;6(suppl 2):S17.
19. Lovato C, Linn G, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; Oct 5;(10):CD003439. doi: 10.1002/14651858.CD003439.pub2.
20. Sims TH. The Committee on Substance Abuse. Technical Report—Tobacco as a substance of abuse. *Pediatrics*. 2009;124:e1045-53.
21. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); Stockholm, Sweden May 2012.
22. Johnston LD, Miech RA, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Use of ecstasy, heroin, synthetic marijuana, alcohol, cigarettes declined among US teens in 2015. *Ann Arbor, MI*. <http://www.monitoringthefuture.org>: University of Michigan News Service 2015.
23. Office for National Statistics-Social and Vital Statistics Division. General Lifestyle Survey, 2011: Special Licence Access. [data collection]. UK Data Service, 2014. SN: 7475, <http://dx.doi.org/10.5255/UKDA-SN-7475-1>.
24. Arday DR, Giovino GA, Schulman J, Nelson DE, Mowery P, Samet JM. Cigarette smoking and self-reported health problems among US high school seniors, 1982-1989. *Am J Health Promot*. 1995;10(2):111-6.
25. Arnett JJ. Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers. *Addict Behav*. 2000;25(4):625-32.
26. European Commission. Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans toward tobacco and electronic cigarettes. May 2015; European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm
27. Tworek C, Schauer GL, Wu CC, Malarcher AM, Jackson KJ, Hoffman AC. Youth tobacco cessation: quitting intentions and past-year quit attempts. *Am J Prev Med*. 2014;47(2):S15-S27.
28. Bachmann M, Znoj H, Brodbeck J. Smoking behaviour, former quit attempts and intention to quit in urban adolescents and

young adults: A five-year longitudinal study. *Public Health*. 2012;126(12):1044-50.

29. Ministry of Health. Background and recommendations of The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking. Wellington: Ministry of Health; 2014.
30. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Clinical Practice Guideline - Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services 2008.31. European Network for Smoking and Tobacco Prevention [ENSP]. European Smoking Cessation Guidelines. Brussels: European Network for Smoking and Tobacco Prevention [ENSP]v2012.
32. CAN-ADAPTT. Canadian Smoking Cessation Guideline Version 2.0: Specific Populations: Youth (Children and Adolescents), March 31, 2011.
33. Committee on Environmental Health & Committee on Substance Abuse & Committee on Adolescence and Committee on Native American Child Health. From the American Academy of Pediatrics: policy statement—tobacco use: a pediatric disease. *Pediatrics*. 2009;124(5):1474-87.
34. McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T. New Zealand smoking cessation guidelines. *NZ Med J*. 2008;121(1276):57-70.
35. Ministry of Health. Background and recommendations of The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking. Wellington: Ministry of Health; 2014.
36. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London (UK): NICE, 2008.
37. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Non-suicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *AJ Psychiatry*. 2011;168(5):495-501
38. Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011.
39. Leatherdale ST. What modifiable factors are associated with cessation intentions among smoking youth? *Addict Behav*. 2008;33(1):217-23.
40. 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(5):880-8.
41. White HR, Bray BC, Fleming CB, Catalano RF. Transitions into and out of light and intermittent smoking during emerging adulthood. *Nicotine & Tobacco Research*. 2009;11(2):211-9.
42. Chenoweth MJ, O'Loughlin J, Sylvestre MP, Tyndale RF. CYP2A6 slow nicotine metabolism is associated with increased quitting by adolescent smokers. *Pharmacogenomics*. 2013;23(4):232-

43. Dijk F, Reubsaet A, de Nooijer J, de Vries H. Smoking status and peer support as the main predictors of smoking cessation in adolescents from six European countries. *Nicotine and Tobacco Research*. 2007;9(SUPPL. 3):S495-S504.
44. Kleinjan M, Engels RC, van Leeuwe J, Brug J, van Zundert RM, van den Eijnden RJ. Mechanisms of adolescent smoking cessation: Roles of readiness to quit, nicotine dependence, and smoking of parents and peers. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1):204-14.

7.3 Cesación tabáquica en pacientes con diabetes

Este capítulo especial de la Guía Europea para el Tratamiento del Tabaquismo tiene por objetivo resumir las evidencias en cuanto al riesgo para la salud asociado al consumo de tabaco entre los pacientes con diabetes, así como los enfoques eficaces para apoyar el cese y prevenir la recaída.

Efectos del consumo de tabaco en la salud de los pacientes con diabetes

- El consumo de tabaco se asocia con un aumento significativo del riesgo de diabetes de tipo 2, independientemente del nivel educativo, la actividad física, el consumo de alcohol y la dieta. El riesgo de diabetes aumenta con un mayor consumo de tabaco.
- Fumar entre los pacientes diabéticos amplía significativamente el riesgo de enfermedades coronarias, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, enfermedades arteriales periféricas, mortalidad cardiovascular y mortalidad total.
- El consumo de tabaco también aumenta las complicaciones microvasculares en los pacientes diabéticos, incluido un efecto adverso en la nefropatía diabética.
- Se ha demostrado que la exposición al tabaquismo pasivo aumenta el riesgo de desarrollar síndrome metabólico, intolerancia a la glucosa y DM de tipo 2.¹⁻¹⁵

Beneficios para la salud al dejar de fumar

- Si bien el hecho de fumar anteriormente se asocia con

un mayor riesgo de incidencia de diabetes de tipo 2 en comparación con el hecho de no fumar nunca, este riesgo disminuye sustancialmente a medida que aumenta el tiempo transcurrido desde que se deja de fumar.

- Se ha demostrado que dejar de fumar reduce sustancialmente el riesgo de mortalidad cardiovascular, así como los eventos cardiovasculares entre los pacientes diabéticos; sin embargo, los ex fumadores siguen teniendo un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y mortalidad en comparación con los que nunca han fumado.^{1, 4, 9, 16}

Consideraciones importantes para los pacientes diabéticos

- Es vital recalcar a los pacientes jóvenes con diabetes lo importante que es no empezar a fumar, porque, una vez que adquieren el hábito, les puede resultar difícil dejarlo.
- A pesar de la carga que supone el consumo de tabaco para el desarrollo y la gestión de la diabetes, la prevalencia del tabaquismo en los pacientes diabéticos sigue siendo muy alta en Europa.
- Los consumidores de tabaco con diabetes suelen estar insuficientemente informados sobre los beneficios de dejar de fumar y/o las opciones disponibles para apoyar el abandono del hábito.
- En los diabéticos de tipo 2, el abandono del hábito de fumar se asocia con un deterioro del control de la glucemia que puede durar de 2 a 3 años y no está relacionado con el aumento de peso. Después de dejar de fumar es necesario vigilar de cerca a los pacientes diabéticos y ajustar los medicamentos antidiabéticos para mantener un control eficaz de la glucemia.^{1, 10, 17-19}

Intervenciones para dejar de fumar en pacientes diabéticos

- Las pruebas sugieren que los pacientes con diabetes no adoptan fácilmente las intervenciones para dejar de fumar y las tasas de éxito en el abandono del tabaco suelen ser bajas. La prevención y el cese del consumo de tabaco son componentes importantes de la atención clínica de

la diabetes. Todos los pacientes diabéticos deben tener documentado su consumo de tabaco actual y pasado. A los pacientes que informen sobre su consumo actual de tabaco se les debe ofrecer apoyo para que dejen de fumar con carácter prioritario. Las intervenciones para dejar de fumar deben incluir una combinación de asesoramiento conductual y farmacoterapia.

- Las recomendaciones relativas a la eficacia de las intervenciones para dejar de fumar basadas en el asesoramiento en la población de pacientes con diabetes están limitadas por el reducido número de ensayos, el tamaño relativamente pequeño de la muestra utilizada en los ensayos publicados, así como por la heterogeneidad de las intervenciones ensayadas hasta la fecha. Hay varios ejemplos de programas para dejar de fumar aplicados en entornos de atención primaria y/o secundaria de la salud, que han demostrado efectos beneficiosos para el abandono del hábito de fumar entre los pacientes diabéticos.
- Las pruebas para orientar las mejores prácticas con respecto a la eficacia y la seguridad del tratamiento farmacológico para dejar de fumar son limitadas. Hasta ahora no se han publicado ensayos clínicos en gran escala que informen sobre la eficacia y la seguridad del bupropión, la vareniclina o tratamiento de sustitución de la nicotina en pacientes con diabetes. Sin embargo, no hay pruebas que mitiguen el uso de estos medicamentos de primera línea para dejar de fumar entre los pacientes diabéticos. Debido al aumento del riesgo de convulsiones, no se recomienda el uso de bupropión en pacientes con DM que utilizan agentes hipoglucémicos o insulina. Se recomienda un control más estricto de los niveles de azúcar en la sangre cuando se utilizan por primera vez los medicamentos para dejar de fumar y puede ser necesario ajustar la medicación.²⁰⁻²²

Recomendaciones clave para los profesionales de la salud:

- El consumo de tabaco y la exposición al humo de segunda mano se asocian con un mayor riesgo de desarrollar

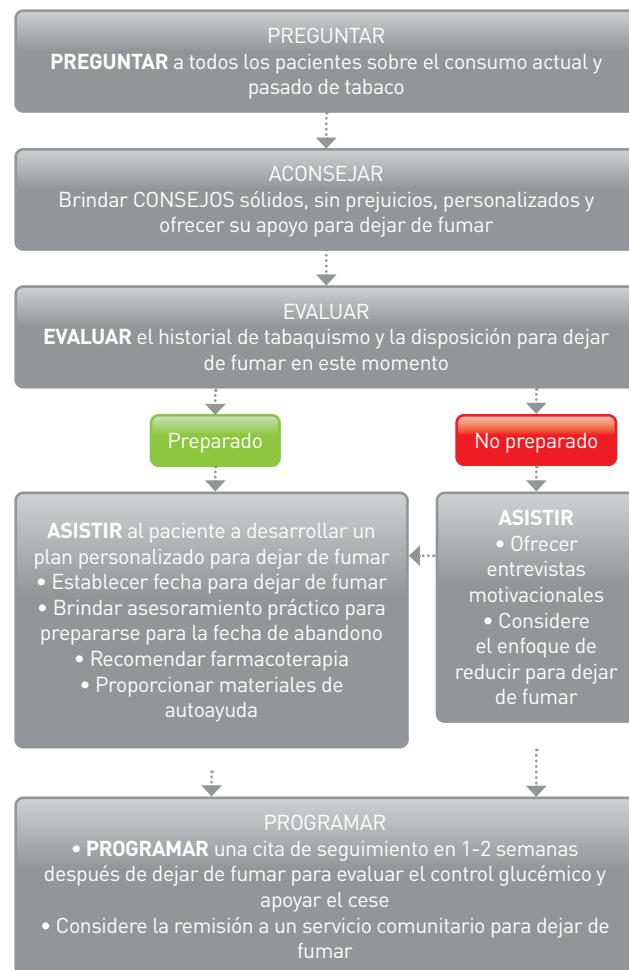
diabetes de tipo 2 y deben considerarse como los principales factores de riesgo modificables para la diabetes de tipo 2 (Nivel de evidencia A).

- Los clínicos deben comunicar claramente a todos los pacientes que fuman, la fuerte conexión entre el hábito de fumar y la exposición al humo de segunda mano y el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, siendo el riesgo mayor para los que tienen una mayor intensidad del hábito; y se debe prestar especial atención a los que tienen otros factores predisponentes o de riesgo para la diabetes (Nivel de evidencia A).
- Los clínicos deben garantizar la evaluación del consumo de tabaco en los pacientes diabéticos y el abandono del tabaco debe ser una prioridad clínica entre los pacientes diabéticos que fuman (Nivel de evidencia A).
- Las intervenciones para dejar de fumar deben iniciarse como un componente esencial del plan de tratamiento de la diabetes de un paciente fumador. Las intervenciones deben incluir una combinación de asesoramiento conductual y farmacoterapia (Nivel de evidencia A).
- Las estrategias de las 5 'As' son un método eficaz para abordar el abandono del tabaco en entornos clínicos y son apropiadas para su uso con pacientes diabéticos (Nivel de evidencia B).
- Las intervenciones para dejar de fumar que se implementan en la atención sanitaria primaria y/o secundaria por diferentes miembros del equipo de atención sanitaria pueden tener un efecto beneficioso para dejar de fumar entre los pacientes diabéticos, sin embargo, el número total de ensayos es limitado (Nivel de evidencia B).
- A pesar del número limitado de ensayos que han probado la eficacia de las farmacoterapias de primera línea en los pacientes diabéticos, no hay pruebas que mitiguen el uso de los medicamentos de primera línea para dejar de fumar (TSN, bupropión y vareniclina) entre los pacientes diabéticos (nivel de evidencia C).
- Debido al mayor riesgo de convulsiones, no se recomienda el uso de bupropión entre los pacientes diabéticos que utilizan agentes hipoglucemiantes o insulina (Nivel de

evidencia C).

- Debido al posible deterioro del control glucémico en los primeros 2 ó 3 años después de dejar de fumar, los médicos deben vigilar de cerca la glucemia y ajustar los medicamentos antidiabéticos para mantener un control glucémico efectivo después de dejar de fumar (Nivel de evidencia B).

Protocolo tratamiento tabaquismo – Pacientes diabéticos



- Se recomienda un control más estrecho de los niveles de azúcar en la sangre cuando se utilizan por primera vez los medicamentos para dejar de fumar y puede ser necesario ajustar la medicación (Nivel de evidencia B).^{9-15, 20-34}

Referencias bibliográficas

1. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB. Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus A Meta-Analysis and Systematic Review. *Circulation* 2015 published online before print doi: 10.1161/CIRCULATION.115.017926.
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A report of the Surgeon General. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress>. Accessed December 2016.
3. The Interact consortium. Smoking and Long-Term Risk of Type 2 Diabetes: The EPI CInterAct Study in European Populations. *Diabetes Care* 2014; 37:3164–3171.
4. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3: 958–67.
5. Zhang L, Curhan GC, Hu FB, Rimm EB, and JP Forman. Association Between Passive and Active Smoking and Incident Type 2 Diabetes in Women. *Diabetes Care* 2011 Apr; 34(4):892-897. <https://doi.org/10.2337/dc10-2087>.
6. Wei X, Meng E., and S Yu. A meta-analysis of passive smoking and risk of developing Type Diabetes Mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2015; 107(1): 9–14.
7. Sun K, Liu D, Wang C, Ren M, Yang C, and L Yan. Passive smoke exposure and risk of diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *Endocrine* 2014; 47(2): 421–427.
8. Houston TK, Person SD, Pletcher MJ, Liu K, Iribarren C, Cl Kiefe. Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adults in a prospective cohort: CARDIA study. *BMJ* 2006; 332:1064. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38779.584028.55>.
9. Qin R, Chen T, Lou Q, Yu D. Excess risk of mortality and cardiovascular events associated with smoking among patients with diabetes: Meta-analysis of observational prospective studies *International Journal of Cardiology* 2013;167: 342–50.
10. Tonstad S. Cigarette smoking, smoking cessation, and diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2009;85:4–13.
11. Chang SA. Smoking and Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Metab J* 2012; 36:399-403.
12. Biesenbach G, Grafinger P, Janko O, Zazgornik J. Influence of cigarette-smoking on the progression of clinical diabetic nephropathy in type 2 diabetic patients. *Clin Nephrol* 1997;48:146-50.
13. Chuahirun T, Wesson DE. Cigarette smoking predicts faster progression of type 2 established diabetic nephropathy despite ACE inhibition. *Am J Kidney Dis* 2002; 39:376-82.
14. Chuahirun T, Khanna A, Kimball K, Wesson DE. Cigarette smoking and increased urine albumin excretion are interrelated predictors of nephropathy progression in type 2 diabetes. *Am J Kidney Dis* 2003;41:13-21.
15. Guillausseau PJ, Massin P, Charles MA, Allaguy H, Guvenli Z, Virally M, Tielmans D, Assayag M, Warnet A, Lubetzki J. Glycaemic control and development of retinopathy in type 2 diabetes mellitus: a longitudinal study. *Diabet Med* 1998; 15:151-5.
16. Clair C, Rigotti NA, Porneala B, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *JAMA* 2013;309:1014-1021.
17. Fowler PM, Hoskins PL, McGill M, Dutton SP, Yue DK, Turtle JR. Anti-smoking Programme for Diabetic Patients: The Agony and the Ecstasy. *Diabetic Medicine* 1989;6: 698–702.
18. Ian A. MacFarlane. The smoker with diabetes: a difficult challenge. *Postgrad Med J* 1991;67:928-930.
19. Regber S, Kelly KB. Missed opportunities adolescents with a chronic condition (insulin dependent diabetes mellitus) describe their cigarette-smoking trajectories and consider health risks. *Acta Paediatr* 2007;96:1770-1776.
20. Schauer GL, Halperin C, Manc LA. Health professional advice for smoking and weight in adults with and without diabetes: findings from BRFSS *Journal of Behavioral Medicine* 2013;36: 10-19.
21. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2013. *Diabetes Care* 2013; 36:11–66.
22. American Diabetes Association Position Statement: Standards of Medical Care in Diabetes—2016. *Diabetes Care* 2016;39(Suppl. 1):S1–S112.
23. US Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/cliniciansproviders/guidelines-ecommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf. Accessed December 2015.
24. Thankappan KR1, Mini GK, Daivadanam M, Vijayakumar G, Sarma PS, Nichter M. Smoking cessation among diabetes patients: results of a pilot randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2014;37(12):e256–e257.
25. Thankappan KR, Mini GK, Hariharan M, Vijayakumar G, Sarma PS, Nichter M. Smoking Cessation Among Diabetic Patients in Kerala, India: 1-Year Followup Results From a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Nursing* 2015;24:2545–2553.
26. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews *Addiction*. 2013;108(10):1711-21.
27. Perez-Tortosa S, Roig L, Manresa JM, Martin-Cantera C. Continued

smoking abstinence in diabetic patients in primary care: A cluster randomized controlled multicenter study. *Diabetes res clinic practice* 2015;107:94–103.

28. NG, Nichter M, Padmawati RS, Prabandari YS, Muramoto M, Nichter M. Bringing smoking cessation to diabetes clinics in Indonesia. *Chronic Illn*. 2010;6(2):125-35.
29. Majeed A. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes *CMAJ*. 2007;176:1705-10.
30. Jansink R, Braspenning J, van der Weijden T, Elwyn G, Grol R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis *BMC Family Practice* 2010; 11:41.
31. American Diabetes Association Position Statement: Standards of Medical Care in Diabetes—2016. *Diabetes Care* 2016;39(Suppl. 1):S1–S112.
32. US Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/cliniciansproviders/guidelines-ecommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf. Accessed December 2015.
33. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI:10.1002/14651858.CD009329.pub2.
34. Mays D, Streisand R, Walker LR, Prokhorov AV, Tercyak KP. Cigarette smoking among adolescents with type 1 diabetes: Strategies for behavioural prevention and intervention. *Journal of Diabetes and Its Complications* 2012; 26:148–153.

7.4 Cesación tabáquica en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Este capítulo especial de la Guía Europea para el Tratamiento del Tabaquismo tiene por objetivo resumir las evidencias relativas al riesgo para la salud asociado con el consumo de tabaco en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como los enfoques eficaces para apoyar el abandono del tabaco en esta importante población de consumidores de tabaco.

Efectos del tabaquismo en la salud de los pacientes con EPOC

- El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para

el desarrollo de la EPOC. Los consumidores de tabaco tienen un 50% más de probabilidad de desarrollar EPOC durante su vida.

- La exposición al humo de segunda mano se asocia con una reducción del estado de salud y un aumento de las exacerbaciones entre los pacientes con EPOC. Las investigaciones han documentado un vínculo entre el tabaquismo pasivo en la infancia y el desarrollo de la EPOC en la edad adulta.¹⁻¹³

Beneficios para la salud al dejar de fumar

- Dejar de fumar es el tratamiento más eficaz para reducir la tasa de progresión de la EPOC entre los pacientes que fuman y es muy rentable.
- Dejar de fumar es beneficioso en cualquier momento para los fumadores con EPOC, y se ha demostrado que: disminuye la progresión de la EPOC, reduce las tasas de exacerbación, aumenta la eficacia de los tratamientos de la EPOC y mejora la calidad de vida en general. Los síntomas respiratorios mejoran después de 3-9 meses de haber dejado de fumar y la función pulmonar puede aumentar en un 10%^{2, 14-25}

Beneficios de la cesación en fumadores con EPOC

- Disminución de la prevalencia de síntomas respiratorios
- Número reducido de hospitalizaciones
- Los síntomas respiratorios mejoran en el primer año después del cese
- Se reduce la disminución anual del FEV1, con una disminución acumulada en 5 años de 72 ml después del cese en comparación con 301ml en los fumadores continuos
- Reducción de la mortalidad por todas las causas
- La medida más eficaz para reducir la progresión de la EPOC
- Mejora las respuestas a los fármacos broncodilatadores y a los corticosteroides inhalados
- Reduce las infecciones bronquiales

Perfil de los fumadores con EPOC

- Los consumidores de tabaco con EPOC fuman más,

inhalan más profundamente y son más adictos al tabaco que la población general de consumidores de tabaco. De hecho, se ha comprobado que la concentración de monóxido de carbono (CO) exhalado entre los fumadores con EPOC es mayor que en la población general.

- A los fumadores con EPOC les resulta más difícil dejar de fumar que al resto de fumadores. La coexistencia de depresión, ansiedad, etc., en el patrón de la enfermedad de la EPOC se asocia con una falta de motivación y confianza en sí mismo para hacerlo, lo que reduce las probabilidades de dejar de fumar.
- La comprensión de estas diferencias y la adaptación de las intervenciones para dejar de fumar pueden ayudar a aumentar la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar entre los fumadores con EPOC.^{6, 21, 26-39}

Intervenciones para dejar de fumar en pacientes con EPOC

- Las intervenciones para dejar de fumar deben integrarse en la atención rutinaria de los pacientes con EPOC que fuman, tanto en los centros de atención primaria como en los especializados. Las hospitalizaciones, las exacerbaciones y los controles regulares constituyen momentos ideales para organizar intervenciones para dejar de fumar.
- Todos los pacientes deben tener una evaluación completa de sus antecedentes de tabaquismo, incluyendo la adicción a la nicotina, los factores desencadenantes y las rutinas. La validación bioquímica puede servir como instrumento para evaluar el hábito de fumar y para aumentar la motivación de los pacientes con EPOC para dejar de fumar. El monóxido de carbono (CO) del aire espirado puede utilizarse en los entornos clínicos para evaluar el estado de tabaquismo y vigilar el abandono del hábito de fumar. La "edad pulmonar" también puede utilizarse como una segunda estrategia para intervenir con los fumadores.
- La combinación de asesoramiento y farmacoterapia es más efectiva para tratar la dependencia de la nicotina entre los pacientes con EPOC que cualquiera de los dos solos.

- Los pacientes con EPOC, en particular los que declaran altos niveles de dependencia de la nicotina, tienen más dificultades para dejar de fumar que la población general de consumidores de tabaco y necesitarán un apoyo estructurado e intensivo para dejar de fumar.
- Entre los tratamientos farmacológicos disponibles de eficacia demostrada para apoyar el abandono entre los pacientes con EPOC que fuman se incluyen: Bupropión, Nortriptilina, Vareniclina y Terapia de Sustitución de Nicotina. La TSN de alta dosis, la vareniclina y el bupropión se recomiendan para los pacientes con EPOC que informan de niveles de adicción a la nicotina de moderados a altos, según las mediciones de la Prueba Fagerstrom de Dependencia a la Nicotina.
- Cuando se utiliza la TSN, se recomienda encarecidamente la combinación de dos tipos de TSN con diferentes tipos de administración. Aumentar el tiempo de uso de la medicación para dejar de fumar hasta seis o doce meses puede ser efectivo para aumentar los índices de abstinencia en los fumadores con EPOC en comparación con las 10 semanas estándar de la terapia TSN.
- Debe hacerse un seguimiento frecuente para apoyar el cese y debe considerarse la posibilidad de remitir al fumador a un especialista en dejar de fumar.^{30, 40-48}

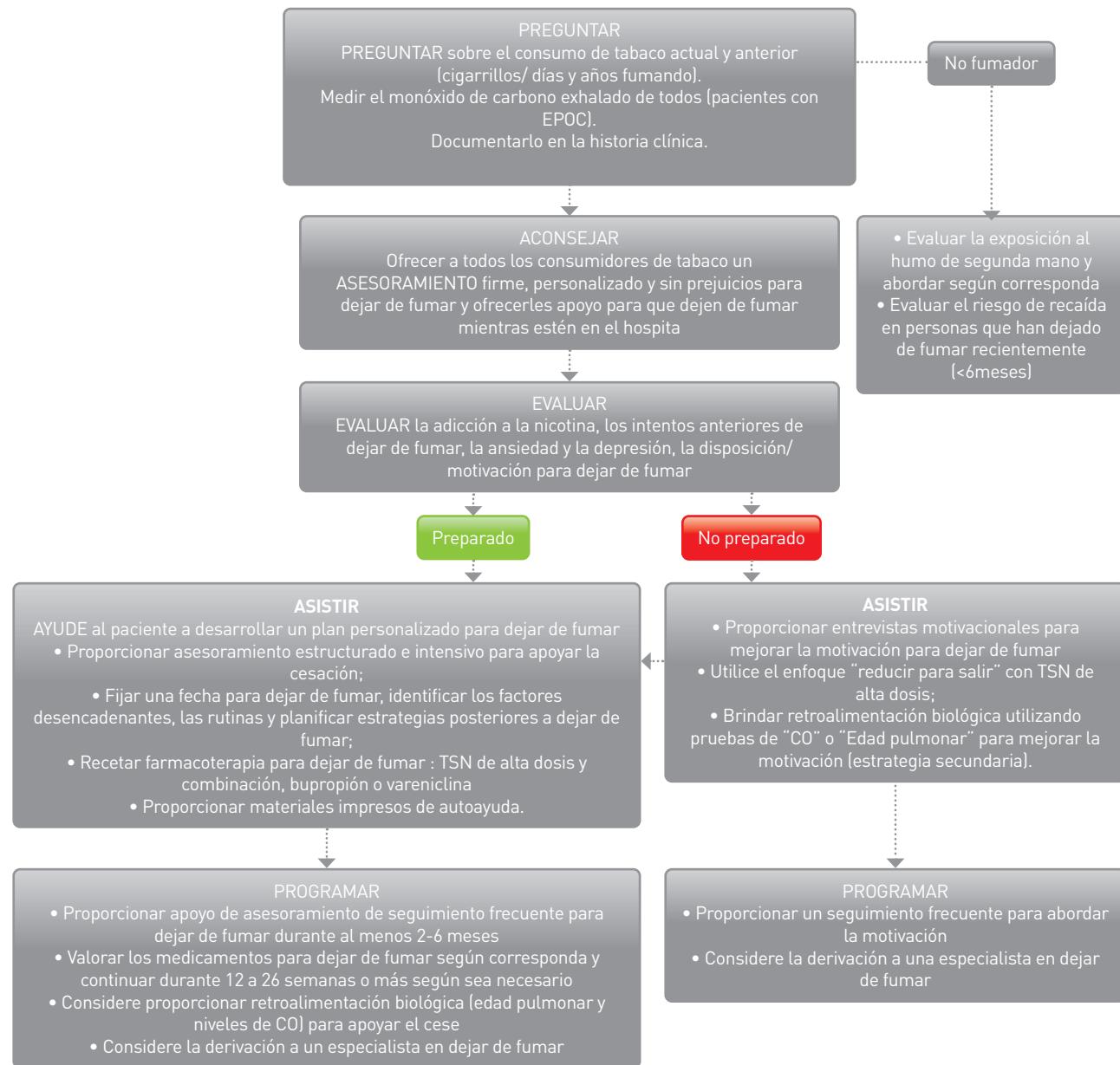
Recomendaciones clave para los profesionales de la salud:

- Entre los pacientes con EPOC que siguen fumando, dejar de fumar es la intervención clínica clave para reducir la destrucción progresiva de los pulmones y el deterioro de la función pulmonar y debería ser una prioridad clínica para todos los pacientes (Nivel de evidencia A).
- Se debe instruir a los cohabitantes y a las familias de los pacientes con EPOC para que no expongan a los pacientes con EPOC al humo del tabaco y se les debe incluir en los programas para dejar de fumar (Nivel de evidencia D).
- Todos los proveedores de atención médica que traten a pacientes con EPOC que fuman deben conocer los patrones específicos de consumo de tabaco y de abandono del hábito de fumar de este grupo de pacientes para

adaptar las estrategias de intervención y aumentar el éxito en el abandono del hábito (Nivel de evidencia D)

- Las intervenciones para dejar de fumar deben integrarse en la atención rutinaria de los pacientes con EPOC que fuman, tanto en los centros de atención primaria como en los especializados (Nivel de evidencia A).
- El personal sanitario que participe en el tratamiento de la EPOC debe recibir formación sobre el tratamiento para dejar de fumar basado en evidencia y estar preparado para proporcionar farmacoterapia y asesoramiento para dejar de fumar a sus pacientes con EPOC o puede remitirlos a un profesional capacitado para dejar de fumar (Nivel de evidencia A).
- La combinación de asesoramiento de alta intensidad y farmacoterapia es la estrategia más eficaz para tratar el consumo de tabaco en pacientes con EPOC (Nivel de evidencia B).
- El monóxido de carbono (CO) del aire espirado y la cotinina son biomarcadores no invasivos útiles de la exposición al humo de tabaco y pueden utilizarse en entornos clínicos para evaluar el estado de tabaquismo y controlar el abandono del hábito de fumar (Nivel de evidencia A).
- Los clínicos que supervisan la atención de los fumadores con EPOC deben aprovechar la oportunidad de evaluar los valores de CO siempre que sea posible en las visitas de seguimiento y utilizarlo como herramienta de motivación para apoyar los intentos de dejar de fumar, siendo al mismo tiempo conscientes de los mayores niveles de CO debido al proceso inflamatorio de las vías respiratorias (Nivel de evidencia B).
- El papel de la "edad pulmonar" para aumentar la motivación de los pacientes para dejar de fumar merece una investigación más profunda (Nivel de evidencia C).
- Un creciente conjunto de evidencias sugiere que la mayoría de los pacientes con EPOC, en particular aquellos que reportan altos niveles de dependencia de la nicotina, requerirán un apoyo estructurado e intensivo para dejar de fumar (Nivel de Evidencia C).
- La TSN puede utilizarse para apoyar el abandono del tabaco entre los pacientes con EPOC; sin embargo, la

Protocolo tratamiento tabaquismo – Pacientes con epoc



dosis estándar de TSN en las poblaciones con EPOC ha producido tasas de abandono inferiores a las de la población general de fumadores (Nivel de evidencia A).

- Se recomienda la TSN en dosis altas para los pacientes con EPOC que reportan niveles de adicción a la nicotina de moderados a altos, medidos por la Prueba de Fagerstrom de Dependencia a la Nicotina. La combinación de dos tipos de TSN con diferentes tipos de administración es altamente recomendada (Nivel de evidencia A).
- Aumentar el tiempo de uso de la TSN hasta seis o doce meses puede ser efectivo para aumentar los índices de abstinencia en los fumadores con EPOC en comparación con las 10 semanas estándar de la terapia TSN (Nivel de evidencia A).
- Para los pacientes con EPOC con baja motivación para dejar de fumar, la TSN puede utilizarse para apoyar la reducción gradual del tabaquismo (Nivel de evidencia B).
- La vareniclina es un medicamento de primera línea para dejar de fumar que ha demostrado ser eficaz para apoyar el cese en los fumadores con EPOC, independientemente de la gravedad de la enfermedad o del número de cigarrillos que se fuman (Nivel de evidencia B).
- El bupropión es una ayuda eficaz para apoyar el abandono del hábito de fumar entre los pacientes con EPOC y es seguro utilizarlo en esta población de consumidores de tabaco (Nivel de evidencia B). ^{21, 28, 34, 40, 47-69}

Referencias bibliográficas

1. de Marco R, Accordini S, Anto JM, et al. Long-term outcomes in mild/moderate chronic obstructive pulmonary disease in the European community respiratory health survey. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180(10):956-63.
2. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J*. 1977;1(6077):1645-8.
3. Garcia Rodriguez LA, Wallander MA, Tolosa LB, Johansson S. Chronic obstructive pulmonary disease in UK primary care: incidence and risk factors. *COPD*. 2009;6(5):369-79.
4. Lundback B, Lindberg A, Lindstrom M, et al. Not 15 but 50% of smokers develop COPD?--Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med*. 2003;97(2):115-22.
5. Marsh S, Aldington S, Shirtcliffe P, Weatherall M, Beasley R. Smoking and COPD : what really are the risks? *Eur Respir J* 2006;28:883-6.
6. Walters N, T. C. Comparison of the smoking behaviour and attitudes of smokers who attribute respiratory symptoms to smoking with those who do not. *Br J Gen Pract*. 2002;52(475):132-4.
7. EPA California. Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Sacramento, CA; 2005.
8. Johannessen A, Bakke PS, Hardie JA, Eagan TM. Association of exposure to environmental tobacco smoke in childhood with chronic obstructive pulmonary disease and respiratory symptoms in adults. *Respirology*. 2012;17(3):499-505.
9. Jordan RE, Cheng KK, Miller MR, Adab P. Passive smoking and chronic obstructive pulmonary disease: cross-sectional analysis of data from the Health Survey for England. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000153.
10. Eisner MD, Iribarren C, Yelin EH, et al. The impact of SHS exposure on health status and exacerbations among patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2009;4:169-76.
11. Kim WJ, Song JS, Park DW, et al. The effects of second hand smoke on chronic obstructive pulmonary disease in non smoking Korean adults. *Korean J Intern Med*. 2014;29(5):613-9.
12. Calverley PM, Walker P. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2003;362(9389):1053-61.
13. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2006;27(1):188-207.
14. Hersh CP, DeMeo DL, Al-Ansari E, et al. Predictors of survival in severe, early onset COPD. *Chest*. 2004;126(5):1443-51.
15. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176(6):532-55.
16. Kanner RE, Connett JE, Williams DE, Buist AS. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study. *Am J Med*. 1999;106(4):410-6.
17. M akris D, Scherpereel A, Copin MC, et al. Fatal interstitial lung disease associated with oral erlotinib therapy for lung cancer. *BMC Cancer* 2007;150(7):1-4.
18. S canlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS. Smoking Cessation and Lung Function in Mild-to-Moderate Chronic obstructive Pulmonary Disease. *The Lung Health Study*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161(2):381-90.
19. L aniado-Laborin R. Smoking and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Parallel Epidemics of the 21st Century*. *Int J Environ Res Public Health*. 2009;6(1):209-24.
20. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, et al. COPD -related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. *Eur Respir J*. 2008;34(4):844-53.

21. Underner M, Perriot J, Peiffer G. Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. *Rev Mal Respir.* 2014;31(10):937-60.
22. Barnett M. COPD : Smoking cessation Community Nursing Journal. 2008;22(11):36-40.
23. van Schayck OC, Haughney J, Aubier M, et al. Do asthmatic smokers benefit as much as non-smokers on budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy? Results of an open label study. *Respir Med.* 2012;106(2):189-96.
24. Finkelstein R, Fraser RS, Ghezzi H, Cosio MG. Alveolar inflammation and its relation to emphysema in smokers. *Am J Respir Crit Care Med.* 1995;152(5 Pt 1):1666-72.
25. Beck GJ, Doyle CA, Schachter EN. Smoking and lung function. *Am Rev Respir Dis.* 1981;123(2):149-55.
26. Davila EP, Zhao W, Byrne M, et al. Correlates of smoking quit attempts: Florida Tobacco Callback Survey, 2007. *Tob Induc Dis.* 2009;5:10.
27. Fagerstrom KO, Kunze M, Schoberberger R, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob Control.* 1996;5(1):52-6.
28. Wilson JS, Fitzsimons D, Bradbury I, Stuart Elborn J. Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(4):508-17.
29. Wilson JS, Elborn JS, D. F. 'It's not worth stopping now': why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? A qualitative study. *J Clin Nurs* 2011;20:819-27.
30. Jimenez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J.* 2015.
31. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. First Edition; 2012.
32. Jimenez-Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, et al. Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD . *Chest.* 2001;119(5):1365-70.
33. Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. *Thorax.* 2006;61(12):1043-7.
34. Wagena EJ, Arrindell WA , Wouters EF, van Schayck CP. Are patients with COPD psychologically distressed? *Eur Respir J.* 2005;26(2):242-8.
35. van Eerd EA, van Rossem CR, Spigt MG, Wesseling G, van Schayck OC, D. K. Do we need tailored smoking cessation interventions for smokers with COPD ? A comparative study of smokers with and without COPD regarding factors associated with tobacco smoking. *Respiration.* 2015;90(3):211-9.
36. Devins GM, Edwards PJ. Self efficacy and smoking reduction in COPD . *Behav Ther.* 1988;26c:127-35.
37. Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, Wouters EF, Severens JL. The cost effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. *Addiction.* 2009;104(12):2110-7. 126.
38. Eklund BM, Nilsson S, Hedman L, Lindberg I. Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? - a qualitative study. *Tob Induc Dis.* 2012;10(1):17.
39. Hilberink SR. Smoking cessation support for COPD patients in general practice. Nijmegen. Holland: Radbound University; 2013.
40. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). Guidelines for Treating Tobacco Dependence, 2nd Edition. Brussels, Belgium; 2017.
41. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, MPMH R-vM. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD . *Thorax.* 2010;65:711-8.
42. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD : a network meta-analysis of randomised trials. *Eur Respir J.* 2009;34(3):634-40.
43. Thabane M, COPD Working Group. Smoking Cessation for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2012;12(4):1-50.
44. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RW, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(2):CD002999.
45. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(10):CD009670.
46. Pires-Yfantouda R, Absalom G, Clemens F. Smoking cessation interventions for COPD: a review of the literature. *Respir Care.* 2013;58(11):1955-62.
47. Lira-Mandujano J, Miguez-Varela MC, Sara E, Cruz-Morales SE . Psychological Approaches to Increase Tobacco Abstinence in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review. *Respiratory Disease and Infection -A New Insight: InTech;* 2013.
48. West R, McNeill A, Raw A. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax.* 2000;55(12):987-99.
49. Bolman C, Sino C, Hekking P, van Keimpema A, van Meerbeeck J. Willingness of pulmonologists to guide COPD patients in smoking cessation. *Patient Educ Couns.* 2005;57(1):126-33.
50. Kava T, Taylor J, Gamble E, Partridge MR. The availability of smoking cessation advice from health professionals--a census from one East London District. *Respir Med.* 2000;94(10):983-4.
51. Cabana MD, Rand C, Slish K, Nan B, Davis MM, Clark N. Pediatrician self-efficacy for counseling parents of asthmatic children to quit smoking. *Pediatrics.* 2004;113(1 Pt1):78-81.
52. Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD000214.
53. Spanou C, Simpson SA, Hood K, et al. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PREEMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. *BMC Fam Pract.* 2010;11:69.
54. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2nd Edition. New York, NY: Guilford Press.;2002.
55. Lou P, Zhu Y, Chen P, et al. Supporting smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease with behavioural intervention: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2013;14:91.
56. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV 1. The Lung Health Study. *JAMA.* 1994;272(19):1497-505.
57. Hilberink SR, Jacobs JE, Breteler MH, de Vries H, Grol RP. General practice counseling for patients with chronic obstructive pulmonary disease to quit smoking: impact after 1 year of two complex interventions. *Patient Educ Couns.* 2011;83(1):120-4.
58. Willemse B, Lesman-Leegte I, Timens W, Postma D, ten Hacken N. High cessation rates of cigarette smoking in subjects with and without COPD . *Chest.* 2005;128(5):3685-7.
59. van der Molen T, Willemse B WM, Schokker S, ten Hacken NHT, Postma DS, Juniper E. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:13.
60. Papadopoulos G, Vardavas CI, Limperi M, Linardis A, Georgoudis G, Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. *BMC Pulmonary Medicine.* 2011;11:13.
61. Tonnesen P, Mikkelsen K, Bremann L. Nurse conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *Chest.* 2006;130(2):334-42.
62. Jimenez Ruiz CA, Cicero Guerrero AM, Mayayo Ulibarri ML, Cristobal Fernandez MI, Gonzalez GL. Phenotypic features in COPD smokers attending a smoking cessation unit. *Eur Respir J.* 2011;38:1562.
63. Trofor A, Mihaltan F, Pop M, Todea D, Mihaicuta S. Romanian Society of Pulmonologists Guideline for Smoking Cessation and Smokers' assistance. Tehnopres Publishing House, Iasi. 2010.
64. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;1:CD000031.
65. Tashkin D, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo controlled, randomised trial. *Lancet.* 2001;357(9268):1571-5.
66. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, Wouters EF, van Schayck CP. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med.* 2005;165(19):2286-92.
67. Stefanatou A. Smoking Cessation in Cardiovascular Patients. *Hellenic J Cardiol* 2008;49(6):422-31.
68. Tashkin DP , Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD : a randomized controlled trial. *Chest.* 2011;139(3):591-9.
69. Jimenez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, Lopez Gonzalez G. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. *Nicotine Tob Res.* 2012;14(9):1035-9.

7.5 Cesación tabáquica en pacientes con enfermedades cardiovasculares

Este capítulo especial de la Guía Europea para el Tratamiento del Tabaquismo tiene por objetivo resumir las evidencias relativas a los riesgos para la salud asociados al consumo de tabaco en pacientes con enfermedades cardiovasculares, así como los enfoques eficaces para apoyar el abandono del tabaco en esta importante población de consumidores de tabaco.

Efectos del consumo de tabaco sobre la salud cardiovascular

- El tabaco es responsable del 50% de todas las muertes evitables entre los fumadores, y la mitad de éstas son causadas por enfermedades cardiovasculares (CVD).
- El consumo de tabaco contribuye en gran medida a la aparición y desarrollo de la hipertensión, las enfermedades coronarias, el infarto agudo de miocardio, la muerte súbita cardíaca, la insuficiencia cardíaca y sus complicaciones.
- Las personas expuestas al humo de segunda mano tienen un aumento del 20 al 30% del riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades coronarias.
- La legislación antitabaco se asocia con una menor incidencia de infarto de miocardio y mortalidad en la población.¹⁻²³

Beneficios para la salud al dejar de fumar

- Dejar de fumar después de un infarto de miocardio reduce la mortalidad cardiovascular en un 36-46%.
- Dejar de fumar debe ser una prioridad para la prevención primaria y secundaria de todas las formas de enfermedades cardíacas y el tabaquismo debe ser tratado con el mismo rigor que otros factores de riesgo tan importantes como la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia.
- Dejar de fumar da lugar a mayores reducciones de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares que cualquier otra medida de prevención secundaria, incluido el uso de β -bloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, estatinas o aspirina. Además, los beneficios de los medicamentos antihipertensivos o reductores de lípidos se reducen considerablemente en los que siguen fumando.^{7, 24, 25-35}

Intervenciones para dejar de fumar en pacientes con enfermedades cardiovasculares

- La combinación de farmacoterapia y apoyo conductual produce mayor eficacia que cualquiera de los dos solos y se recomienda para todos los pacientes con enfermedades cardiovasculares que fuman. Las intervenciones conductuales son más efectivas para promover la abstinencia si son de suficiente intensidad y duración.
- La terapia de sustitución de nicotina, el bupropión y la vareniclina son medicamentos de primera línea para dejar de fumar y se ha demostrado que aumentan significativamente la abstinencia de fumar en los pacientes con ECV. Estos medicamentos son seguros de usar en pacientes con CVD estable. La evidencia emergente también apoya su uso en pacientes con enfermedades cardiovasculares agudas, sin embargo, se requiere más investigación en esta población de pacientes.
- La hospitalización por enfermedades cardiovasculares ofrece una oportunidad para iniciar el abandono del tabaco. En este contexto, se ha demostrado que un breve asesoramiento junto a la cama, seguido de un asesoramiento telefónico u otro tipo de seguimiento después del alta hospitalaria, aumenta significativamente

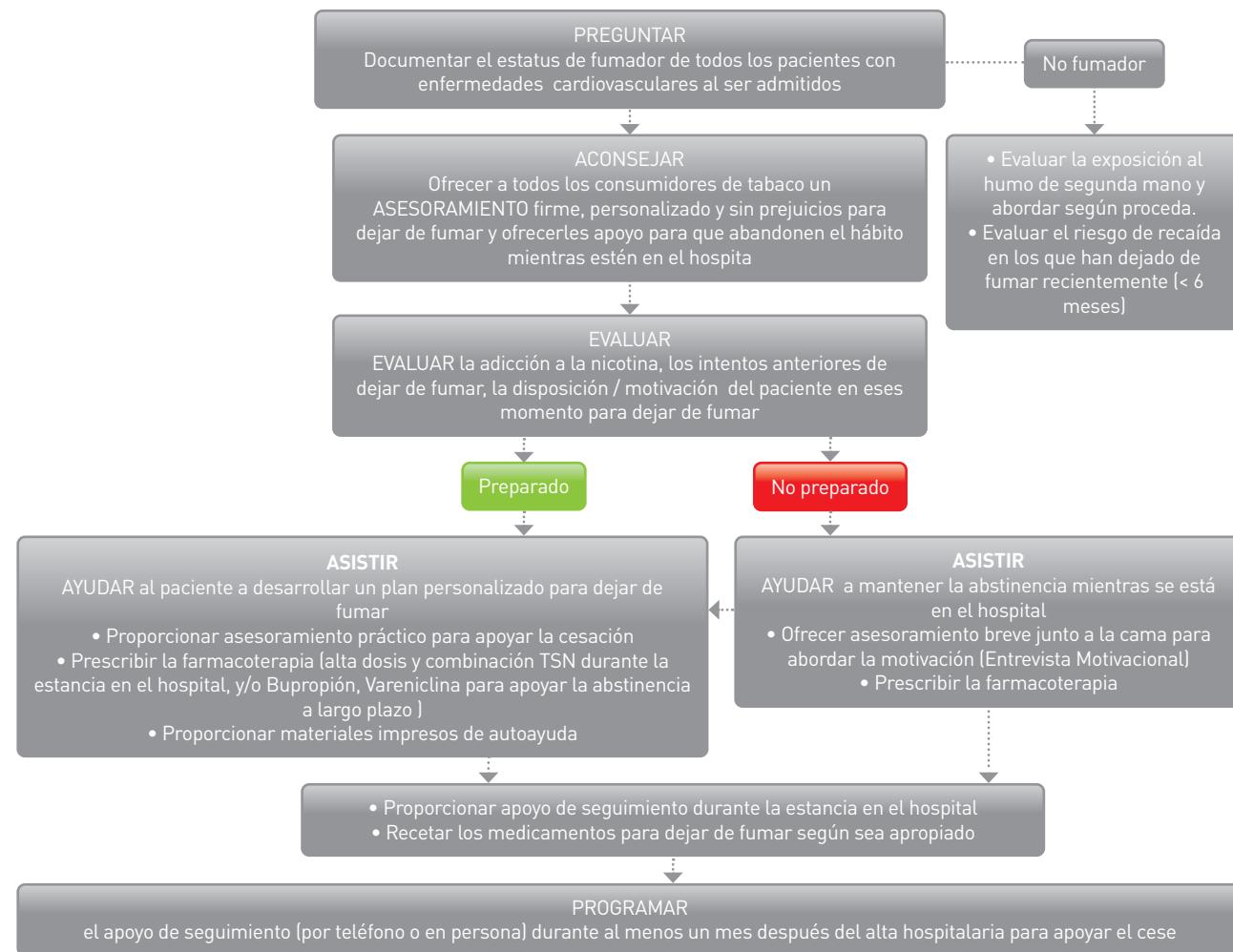
las tasas de abandono del hábito de fumar. El inicio de la farmacoterapia durante la hospitalización aumenta las tasas de abandono después del alta.

- Dado el importante papel que desempeña el tabaquismo en el aumento de la presión arterial, la inducción de la aterosclerosis y el aumento drástico del riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedad vascular periférica, el abandono del tabaquismo debe considerarse una responsabilidad fundamental de todo especialista cardiovascular.^{32, 36-62}

Resumen de las principales recomendaciones para los profesionales de la salud:

- El tabaquismo es un importante factor de riesgo modificable de enfermedades cardiovasculares y debe tratarse con la misma importancia que otros factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, la dislipidemia o la diabetes (Nivel de evidencia A).
- La exposición al humo de segunda mano es casi tan peligrosa como el consumo activo de tabaco, por lo que dicha exposición al humo de segunda mano debe ser limitada (Nivel de evidencia B).
- La legislación sobre ambientes libres de humo se ha asociado con reducciones a nivel de la población de los eventos de IM y la mortalidad por ECV y debería ser una prioridad para todos los países (Nivel de evidencia C).
- La cesación del hábito de fumar es una estrategia poderosa para la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares y debería ser una prioridad clínica para todos los pacientes con ECV que fuman (Nivel de evidencia A).
- Los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con ECV deben recibir una formación adecuada y estar preparados para intervenir con los pacientes que fuman utilizando enfoques de tratamiento basados en la evidencia (Nivel de evidencia A).
- La combinación de farmacoterapia y apoyo conductual produce una mayor eficacia que cualquiera de los dos por separado y se recomienda para todos los pacientes con ECV que fuman (Nivel de evidencia A).

Protocolo tratamiento de tabaquismo – Pacientes ecv – Entorno hospitalario

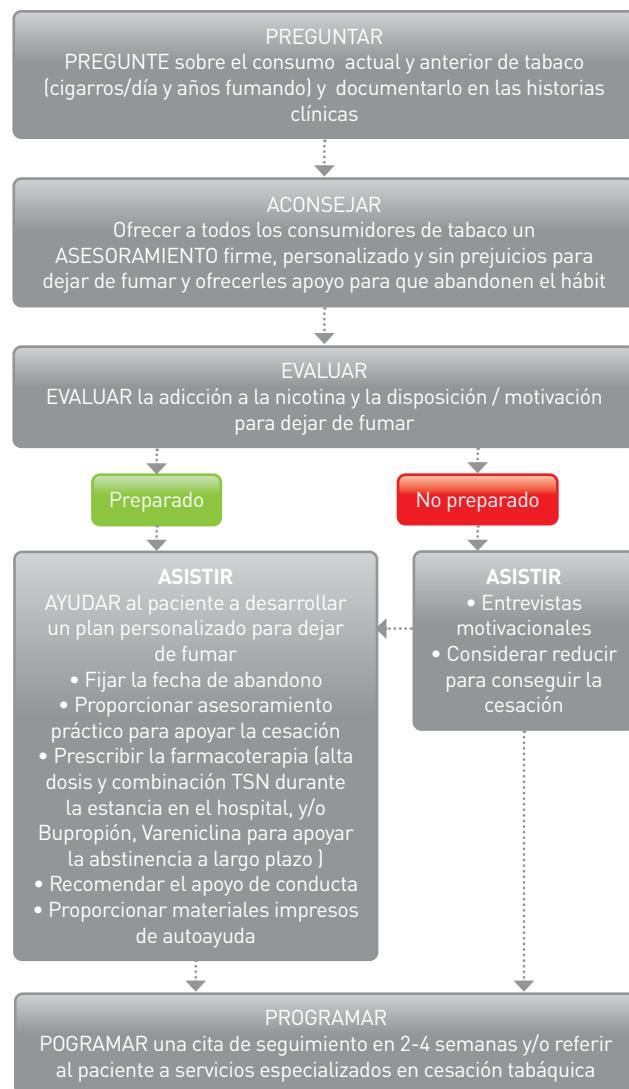


- Las intervenciones conductuales son eficaces para promover la abstinencia siempre que sean de suficiente intensidad y duración (Nivel de evidencia A).
- Entre los pacientes hospitalizados con una enfermedad relacionada con las ECV, las intervenciones para dejar

de fumar, incluida la farmacoterapia, deben iniciarse durante la hospitalización como norma de atención (Nivel de evidencia A). Al menos un mes de contacto de apoyo después del alta hospitalaria aumentará aún más las tasas de cesación (Nivel de evidencia A).

- El modelo "5As" (preguntar, aconsejar, evaluar, ayudar, programar) para dejar de fumar debe ser utilizado con los

Protocolo tratamiento tabaquismos – Pacientes ecv – Entorno ambulatorio y consultas externas



pacientes con ECV en todos los entornos clínicos (Nivel de Evidencia A).

- La terapia de sustitución de la nicotina (Nivel de evidencia A), el bupropión (Nivel de evidencia A) y la vareniclina (Nivel de evidencia A) son medicamentos de primera línea para dejar de fumar y se ha demostrado que aumentan significativamente la abstinencia de fumar en pacientes con ECV y son seguros de usar en pacientes con ECV estables.
- Aunque no hay evidencia que sugiera preocupaciones de seguridad con el uso de TSN entre pacientes con síndromes coronarios agudos, se requiere investigación adicional para aumentar la fuerza de esta evidencia (Nivel de Evidencia D) ^{40, 62-64}

Referencias bibliográficas

- Mendis S., Puska P., Norrving B. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization (WHO), World Heart Federation (WHF), World Stroke Organization (WSO); 2011.
- Doll R, Peto R, Boham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.
- Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003(46):11-29.
- Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004(328):217-9.
- Goldenberg I, Jonas M, Tenenbaum A, et al. Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 2003;163(19):2301-5.
- He J, Ogden LG, Bazzano LA, Vupputuri S, Loria C, Whelton PK. Risk Factors For Congestive Heart Failure In US Men And Women: NHANES I Epidemiologic Follow-Up Study *Arch Intern Med* 2001(161):996-1002.
- Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. American Heart Association Task Force on Risk Reduction. *Circulation*. 1997;96(9):3243-7.
- Pujades-Rodriguez M, George J, Shah AD, et al. Heterogeneous associations between smoking and a wide range of initial presentations of cardiovascular disease in 1937360 people in England: lifetime risks and implications for risk prediction. *Int J Epidemiol*. 2015;44(1):129-41.
- Schroeder SA. New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. *N Engl J Med*. 2013(368):389-90.
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health

Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.

- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, et al. Effect Of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial Infarction In 52 Countries (The INTERHEART Study): Case-Control Study. *Lancet* 2004(364):937-52.
- Mahonen MS, Mcelduff P, Dobson AJ, Kuulasmaa KA, A E. Current smoking and the risk of non-fatal myocardial infarction in the WHO MONICA Project populations. *Tob Control* 2004(13):244-50.
- Parish S, Collins R, Peto R, et al. Cigarette Smoking, Tar Yields, And Non-Fatal Myocardial Infarction: 14,000 Cases And 32,000 Controls In The United Kingdom. The International Studies Of Infarct Survival (ISIS) Collaborators. *BMJ* 1995(311):471-7.
- Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and tobacco use: health effects of cigarette smoking. 2012 [cited; Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm
- Wilhelmsson C, Vedin JA, Elmfeldt D, Tibblin G, Wilhelmsen L. Smoking and myocardial infarction. *Lancet*. 1975(1):415-20.
- Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP, Miller DR, Stolley PD, Shapiro S. Myocardial infarction and cigarette smoking in women younger than 50 years of age. *JAMA*. 1985(253):2965-9.
- Hartz AJ, Barboriak PN, Anderson AJ, Hoffmann RG, Barboriak JJ, Smoking, coronary artery occlusion and nonfatal myocardial infarction. *JAMA*. 1981(246):851-3.
- Mulcahy R, Hickey N, Graham IM, MacAirt J. Factors affecting the five-year survival rate of men following acute coronary heart disease. *Am Heart J* 1977(93):556-9.
- Rajat SB. Mechanisms of Coronary Thrombosis in Cigarette Smoke Exposure. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2013;7(33):1460-7.
- Kaptoge S, Di Angelantonio E, Lowe G, et al. Emerging Risk Factors Collaboration. C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality: an individual participant meta-analysis. *Lancet*. 2010(375):132-40.
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
- Raupach T, Schafer K, Konstantinides S, Andreas S. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *European heart journal*. 2006(27):386-92.
- He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med*. 1999(340):920-6.

24. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000;160(7):939-44.

- Woolf SH. The need for perspective in evidence-based medicine. *JAMA*. 1999;282(24):2356-65.
- Lightwood J. The economics of smoking and cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003;46(1):39-78.
- Eddy DM. David Eddy ranks the tests. *Harv Health Lett*. 1992;17:10-1.
- Kahn R, Robertson JT, Smith R, Eddy D. The Impact of Prevention on Reducing the Burden of Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2008;118:576-85.
- Haustein KO, Krause J, Haustein H, Rasmussen T, Cort N. Changes in hemorheological and biochemical parameters following short-term and long-term smoking cessation induced by nicotine replacement therapy (NRT). *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2004;42(2):83-92.
- van Domburg RT, Meeter K, van Berkel DFM, Veldkamp RF, van Herwerden LA, Bogers AJJC. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36(3):878-83.
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation A Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health;1990.
- Barth J, Jacob T, Daha I, Critchley JA. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(7):CD006886.
- Mohiuddin SM 1, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA, Hilleman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*. 2007;131(2):446-52.
- Tonstad S, J. AJ. Cardiovascular risks associated with smoking: a review for clinicians. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2006;13(4):507-14.
- Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003;290(1):86-97.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European heart journal*. 2012;33(13):1635-701.
- Editorial. Cardiologists should be less passive about smoking cessation. *The Lancet*. 2009;373:867.
- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and

- Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
39. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. First Edition; 2012.
 40. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(5):CD000165.
 41. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London; 2008.
 42. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(10):CD009670.
 43. Mottillo S, Filion KB, Belisle P, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European heart journal.* 2009;30(6):718-30.
 44. Thomson CC, Rigotti NA . Hospital and clinic based smoking cessation interventions for smokers with cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis.* 2003;45(6):459-79.
 45. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD . A randomized controlled trial of smoking cessation counselling after myocardial infarction. *Prev Med.* 2000;30(4):261-8.
 46. De Busk RF, Miller NH, Superko R, et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med.* 1994;120(9):721-9.
 47. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction.* 2013;108(10):1711-21.
 48. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.
 49. Mills EJ, Thordlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular Events Associated With Smoking Cessation Pharmacotherapies. A Network Meta- Analysis. *Circulation.* 2014;129:28-41.
 50. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ* 2008;179:135-44.
 51. Woolf KJ, Zabad MN, Post JM, McNitt S. Effect of Nicotine Replacement Therapy on Cardiovascular Outcomes After Acute Coronary Syndromes. *Am J Cardiol* 2012;110:968-70.
 52. Centers for Disease Control and Prevention. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta [GA]: Centers for Disease Control and Prevention [US]; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion [US]; Office on Smoking and Health [US]; 2010.
 53. Stahl SM , Pradko JF, Haight BR, Modell JG, Rockett CB, S. L-C. A Review of the Neuropharmacology of Bupropion, a Dual Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitor. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2004;6(4):159-66.
 54. Mansvelder HD, Fagen ZM, Chang B, Mitchum R, et al. Bupropion inhibits the cellular effects of nicotine in the ventral tegmental area. *Biochem Pharmacol.* 2007;74(8):1283-91.
 55. Lembke A, Johnson K, DeBattista C. Depression and smoking cessation: Does the evidence support psychiatric practice? *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007;3(4):487-93.
 56. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;1:CD000031.
 57. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *European heart journal.* 2003;24(10):946-55.
 58. Stefanatou A. Smoking Cessation in Cardiovascular Patients. *Hellenic J Cardiol* 2008;49(6):422-31.
 59. Jorenby DE , Hays JT, Rigotti NA , et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006;296(1):56-63.
 60. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103. DOI:10.1002/14651858.CD006103.pub7.
 61. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomized open-label trial. *Thorax.* 2008;63(8):717-24.
 62. Pipe AL, Eisenberg MJ, Gupta A, Reid RD, Suskin NG, Stone JA. Smoking cessation and the cardiovascular specialist: Canadian Cardiovascular Society position paper. *Can J Cardiol.* 2011;27(2):132-7.
 63. Rigotti NA , Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;16(5):CD001837.
 64. Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, Old W, et al. Varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Circulation.* 2016; 133:21-30.



Co-funded by the
Health Programme
of the European Union

