

Recomendaciones para ayudar a un paciente a dejar de fumar. Una revisión de Guías Clínicas

Humberto Soriano Fernández^a, Alejandro Villena Ferrer^b, Lourdes Rodenas García^c,
Susana Morena Rayo^b

^a Médico de Familia.
Centro de Salud Zona IV
de Albacete

^b Médico de Familia.
Centro de Salud Zona V-B
de Albacete

^c DUE. Unidad de Medicina
Paliativa-AECC. Complejo
Hospitalario Universitario
de Albacete.

Correspondencia:
Humberto Soriano
Fernández.
Paseo de la Circunvalación,
136, 02006 Albacete
Telf. 654 26 21 68
ugome@hotmail.com

Recibido el 17 de enero
de 2006

Aceptado para
su publicación el 27
de enero de 2006

RESUMEN

El tabaquismo es la enfermedad adictiva crónica prevenible que más enfermedad y muerte provoca en la sociedad actual.

El presente artículo plantea una revisión de las guías de práctica clínica más representativas o actualizadas en el tratamiento del tabaquismo con el objetivo de conocer cuáles son las recomendaciones más extendidas para ayudar a un paciente a dejar de fumar.

Se planteó la búsqueda en las bases bibliográficas más comúnmente utilizadas, de ámbito internacional, seleccionando las guías que sustentan sus recomendaciones en niveles de evidencia y que han sido actualizadas en los tres últimos años. Se decidió incluir algunas otras que, si bien tienen una actualización anterior o no hacen mención explícita a niveles de evidencia, se consideran lectura obligada por el impacto que tienen sus autores o las Sociedades y Grupos de trabajo que las sustentan en el ámbito médico.

La mayoría de las guías recomiendan organizar el abordaje de un fumador en cinco pasos: preguntar por el consumo de tabaco, valorar la disposición al cambio, aconsejar el abandono, ayudar a llevarlo a efecto y organizar un seguimiento. Todas las guías destacan el consejo ofrecido por el médico, el asesoramiento breve dirigido a la resolución de problemas, la terapia sustitutiva de nicotina y el bupropion como los elementos más eficaces para ayudar a los fumadores a abandonar el hábito.

Palabras clave. Tabaquismo. Tratamiento. Cese del tabaquismo. Guías de práctica médica. Nicotina. Bupropion.

ABSTRACT

Recommendations to assist tobacco user to quit. Practice guidelines review

Tobacco use is the single most preventable addictive chronic cause of disease and death in our society.

This article presents a review of the most important and updated practice guidelines about smoking treatment. The aim is to know the most accepted references to help a smoker to quit.

The search was settled with the most common data base used worldwide. Evidence based practice guidelines updated in the last three years were selected. Other previous guidelines or non-evidence based guidelines were also included by the relevance of the authors, or the societies and work-groups that uphold them in the medical field.

Most of the guidelines recommend five steps to approach tobacco users: ask about smoking status, assess the will to quit, advise brief cessation messages, assist to quit and arrange appropriate follow up. Every guideline emphasize the physicians advice to quit smoking, brief counseling about skills training/problem-solving, nicotine replacement therapy and bupropion as the most effective interventions to help smokers to quit.

Key words. Smoking. Treatment. Smoking cessation. Practice guideline. Nicotine. Bupropion.

INTRODUCCIÓN

Estamos en un momento especialmente importante en lo que al tratamiento y prevención del tabaquismo se refiere. El médico de familia (y otros sanitarios tales como profesionales de enfermería) deben aprovechar esta coyuntura para, definitivamente, afrontar el reto de lograr que sus pacientes no se inicien o abandonen este hábito, identificado como la enfermedad adictiva crónica que se puede prevenir y que más enfermedad y muerte produce en nuestra sociedad.

Nos planteamos, en este artículo, hacer una aproximación a las distintas guías que establecen cómo realizar una intervención en el paciente fumador del mejor modo posible, para conocer las recomendaciones más extendidas que nos puedan ser de utilidad en nuestra clínica diaria y la fuerza de la recomendación según los niveles de evidencia disponibles (Tabla 1).

Para conseguir nuestro objetivo hemos revisado un total de diecisiete guías de práctica clínica, tanto de nuestro ámbito como internacionales, incluidas en las bases bibliográficas médicas más comúnmente utilizadas. Nos hemos querido centrar en aquellas guías cuyo contenido esencial se orienta al tratamiento de deshabituación tabáquica desde una perspectiva amplia en cuanto al tipo de pacientes a los que se puede aplicar y a las especialidades médicas a las que va dirigido. De esta manera nos ocuparemos de los aspectos terapéuticos, dejando la vertiente preventiva para otro momento.

Aunque el objetivo era revisar las guías cuyas recomendaciones se acompañaban de niveles de evidencia y que habían sido objeto de alguna actualización durante los tres últimos años, se decidió finalmente incluir también otras que, si bien no reunían todos estos requisitos, sí son consideradas lectura obligada por las sociedades científicas y los grupos de expertos que trabajan el abordaje del tabaquismo. Se desecharon de la revisión aquéllas en las que el tratamiento del tabaquismo, lejos de ser un tema principal de la guía, estaba incluido dentro de un tema más amplio como la prevención de eventos cardiovasculares o del cáncer de pulmón, por mencionar algunos ejemplos.

En una primera aproximación se observó que la estructura de todas ellas era bastante parecida y que también las recomendaciones que ofrecían eran similares, incluyendo aquéllas que no hacen mención explícita a niveles de evidencia. En el análisis posterior de cada una de las guías, pudimos establecer los puntos concordantes y divergentes con sus niveles de evidencia respecto a los aspectos que incluye el abordaje del tabaquismo.

Utilizaremos para organizar nuestra revisión la estructura común a la mayoría de las guías basadas en las cinco "aes" (en inglés) que hacen referencia a cada uno de los pasos o escalones que configuran la intervención clínica sobre el tabaquismo: preguntar (ask), valorar (assess), aconsejar (advise), ayudar (assist) y organizar (arrange) (Algoritmo 1). Cuando sea posible se incluirá, junto a la recomendación, el nivel de la misma entre corchetes.

LAS CINCO "AES"

Preguntar (Ask)

Todas las guías coinciden en señalar la importancia de preguntar por el hábito tabáquico a todos los pacientes mayores de 12 años que acuden a la consulta por cualquier motivo [A] y registrarlo en la historia clínica o en la lista de problemas, si bien existen pequeñas matizaciones en cuanto a la edad de comienzo y la periodicidad de la detección.

La edad recomendada para iniciar la detección oscila entre los 10 y 12 años según las guías. En cuanto a la periodicidad, aunque existen diferentes recomendaciones que varían desde reinterrogar a cada paciente en cada visita, sin tener en cuenta las anotaciones previas, hasta establecer un límite de dos años, parece común la idea de reinterrogar por el consumo en la mayoría de las visitas.

El objetivo de las preguntas sería identificar al paciente que consume o ha consumido tabaco en el pasado (considerándose ex fumador aquel que lleva más de un año sin fumar) y conocer el modo de consumo (en nuestro medio cigarrillo, pipa o puro fundamentalmente).

Las preguntas serían directas para los pacientes adultos, del tipo: "¿fuma usted?" y para los adolescentes la pregunta podría ser: "¿has fumado alguna vez algún cigarro?"

En cuanto a los menores de 10 ó 12 años, también prevalece la opinión general de preguntar a los mayores que los acompañan sobre el consumo de tabaco tanto en los niños, como en el resto de miembros de la familia, para registrar la posible condición de fumador pasivo en la lista de problemas, aunque la evidencia disponible es insuficiente para recomendar a favor o en contra de realizar la pregunta de manera rutinaria en este grupo de población.

Valorar (Assess)

Tras la identificación del paciente fumador, se debería valorar su disposición hacia el abandono del hábito [C] con el fin de ofrecerle la atención más adecuada y be-

neficia en cada momento. La valoración permitiría clasificar al fumador en tres fases o etapas (modelo de Prochaska y DiClemente) según su disposición al cambio:

- Fumador que no ha considerado seriamente el hecho de dejar de fumar y no está dispuesto a realizar un intento. Etapa de precontemplación.
- Fumador que se plantea realizar un intento serio de abandono del hábito en los próximos seis meses. Etapa contemplativa.
- Fumador que se encuentra preparado y dispuesto para dejar de fumar de manera inmediata o en el plazo de un mes. Fase de preparación.

Esta clasificación servirá para orientar posteriormente el tipo de consejo que se ofrecerá al paciente. Así mismo, registrar en la historia el número de cigarrillos que fuma habitualmente y si ha realizado intentos previos, por sí mismo o ayudado por algún tipo de terapia, y el motivo de recaída, será de utilidad posteriormente para adecuar un tratamiento deshabitador.

A pesar de que en la literatura existen diversas herramientas como el test de Fagerström para evaluar la dependencia o el test de Richmond para la motivación, herramientas ampliamente extendidas en nuestra práctica clínica para la valoración del fumador, tras realizar la revisión constatamos las escasas referencias que se hacen de las mismas en las guías del entorno anglófono donde únicamente se resalta la idea de identificar la voluntad de cambio sin especificar el modo de hacerlo o recomendando sencillamente preguntas directas del tipo: ¿qué piensa usted sobre su hábito de fumar?, ¿se ha planteado alguna vez dejar de fumar? o ¿conoce los efectos del tabaco sobre la salud?. Cabe destacar también que todas las guías revisadas, excepto una, coinciden en valorar al fumador únicamente mediante la entrevista. La excepción la constituye el documento publicado en 2003 por la SEPAR, semFYC, SEMERGEN y SEDET "Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso", donde se introduce la cooximetría en la valoración del paciente, con la calificación de técnica aconsejable pero no totalmente imprescindible.

No se ha encontrado evidencia que justifique la frecuencia con la que se debería repetir la valoración del estado de disposición al cambio del fumador, aunque algunos grupos recomiendan realizarla al menos tres veces al año [D].

Aconsejar (Advise)

Todas las guías revisadas resaltan la importancia del consejo ofrecido por el médico para dejar de fumar [A] y aquellas que ofrecen más detalles coinciden en

indicar que el consejo debe ser claro, firme, empático, motivador y personalizado. En la tabla 2 se pueden encontrar ejemplos y recomendaciones sobre el consejo.

En cuanto a la frecuencia del consejo, existe evidencia de que tanto un mayor número de contactos como una mayor duración del consejo aumentan las tasas de abandono, por lo que la mayoría de las guías recomiendan ofrecer el consejo en cada visita [A]. También ha quedado probada la eficacia del consejo ofrecido por el personal de enfermería [A] y otros sanitarios no médicos, por lo que diferentes guías hacen extensiva la recomendación de aconsejar el abandono del tabaco a todo el equipo de salud.

Ayudar (Assist)

La recomendación para el médico de ofrecer la ayuda necesaria tanto psicológica como farmacológica a todo paciente fumador es universal [A]. Pero en este apartado también se hace necesario reseñar que existen pruebas para que la recomendación se extienda con la misma fuerza al resto de profesionales sanitarios.

Todas las guías consultadas recomiendan establecer un plan de acción individualizado que pueda facilitar al paciente el abandono del consumo de tabaco. El plan debe incluir los tres tratamientos que se han mostrado más eficaces en la deshabitación:

- **Técnicas de Counseling (asesoramiento)** encaminadas a adquirir habilidades para la solución de problemas como la ganancia de peso, los síntomas de abstinencia, el estrés o la "presión social". Existe evidencia de que un asesoramiento breve, de menos de 3 minutos, es eficaz para lograr el abandono [A], aunque tanto el aumento en la duración de las sesiones (más de 10 minutos) como el incremento en el número de las mismas elevan las tasas de abstinencia [A].
- **Farmacoterapia.** Tanto la terapia sustitutiva de nicotina como el bupropion se han mostrado efectivos en la deshabitación tabáquica [A].
- **Soporte social dentro y fuera del tratamiento.** Así mismo, parece importante proporcionar un apoyo social mediante materiales de auto-ayuda, llamadas telefónicas, colaboración de amigos o familiares, cartas, etc., aunque no existe unanimidad entre las diferentes guías en cuanto a la fuerza de la recomendación.

A la hora de describir el plan de ayuda adoptaremos el esquema de las guías que insisten en la clasificación

del fumador según Prochaska y DiClemente que ya hemos comentado, de manera que en función de la fase en la que se encuentre, se recomendará un tipo de ayuda diferente:

- **Pacientes que no se plantean dejar de fumar.** Se recomienda el consejo, la entrega de material informativo, la oferta de ayuda para el futuro y, si el tiempo de consulta lo permite, intentar una intervención motivadora haciendo hincapié en 5 aspectos que se recuerdan como las “cinco erres” (en inglés) pensadas para lograr una mayor motivación en este grupo de fumadores (Tabla 3).
- **Para los pacientes que muestran interés en dejar de fumar en los 6 meses siguientes,** resulta útil el consejo después de atender su motivo principal de consulta, proporcionarles material informativo, ofrecerles ayuda para cuando se encuentren en fase de preparación y recordarles, en sucesivas visitas, su propósito y la fecha en la que lo expresaron. Esta intervención puede ocupar entre uno y tres minutos y se puede hacer más o menos intensa, según la disposición del paciente y el tiempo disponible por el profesional, intentando realizar alguna intervención motivadora del tipo de la descrita en “las cinco erres”.
- **Para el paciente que desea dejar de fumar en**

el próximo mes, los puntos fundamentales en los que coinciden todas las guías, para comenzar el plan de ayuda son las reflejadas en la tabla 4.

Respecto a la farmacoterapia, todas las guías consultadas establecen que el tratamiento farmacológico de primera elección debe ser la terapia sustitutiva de la nicotina (TSN) en sus distintas formas y el bupropion, ya que ambos han demostrado su utilidad en lograr la abstinencia tabáquica [A]:

- **Terapia sustitutiva de la nicotina (TSN).** Su objetivo es eliminar el síndrome de abstinencia en el fumador que quiere dejar de serlo mediante el aporte de nicotina por una vía distinta a la del consumo de cigarrillos. Silagy condujo un meta-análisis que revisó 88 ensayos clínicos, demostrando que el tratamiento con TSN es efectivo en lograr la

Grados de recomendación

A	Sustentada por ensayos clínicos aleatorios
B	Sustentada por estudios experimentales controlados no aleatorios
C	Sustentada por estudios observacionales
D	Sustentada por consenso de expertos

Tabla 1. Grados de recomendación

Claro	“Pienso que para usted es importante dejar de fumar y yo puedo ayudarle”	
Firme	“Como su médico/enfermera le aconsejo que deje de fumar”	
Empático	La actitud del consejo debe ser respetuosa y no culpabilizadora, evitando expresiones que puedan provocar el rechazo por parte del paciente y, por tanto, dificultar el proceso de cambio. Un consejo empático podría ser: “Comprendo que es difícil, pero es importante que deje de fumar y sé que usted puede hacerlo”	
Motivador	“Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud”.	
Personalizado	Según condiciones del paciente	Edad. Utilizar el mal aliento o el beso para motivar a un adolescente. Paternidad. “¿Le gustaría que sus hijos crecieran en un ambiente sin humo?”. Inicio reciente. “Ahora tienes más facilidad para dejarlo”. Rol social. “Como profesor puede ayudar a sus alumnos a que no se inicien en esta enfermedad”.
	Según el motivo de consulta	“El tabaco puede estar influyendo en su tos” (Faringitis). “Sería muy importante que dejara de fumar para que su hijo nazca sano” (Embarazo). “El tabaco puede hacer que le aparezcan más arrugas” (Preocupación estética).
	Según su disposición al cambio	Precontemplativa: consejo breve aprovechando motivo de consulta y ofrecer ayuda. Contemplativa: consejo breve, reflexionar sobre riesgos y beneficios y ofrecer ayuda. Preparación: reforzar su motivación, proponer que fijen una fecha y ofrecer ayuda.

Tabla 2. Recomendaciones para el consejo

abstinencia tabáquica durante 6 y hasta 12 meses. Según la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) se logran tasas de abstinencia a los 6 meses y al año entre 31 y 18%, mientras que los que utilizaron placebo sólo entre el 17 y 10%. Las formas disponibles de la TSN son las siguientes: parches, chicles, comprimidos, spray nasal e inhalador. La Food and Drug Administration (FDA), sin embargo, no tiene aprobado el uso de los comprimidos de nicotina aunque existen estudios que han probado su eficacia en la ayuda para dejar de fumar [A]. También se ha demostrado que el uso de la TSN es más eficaz en los pacientes que se incluyen en una intervención programada y que acceden a llevar a cabo un seguimiento con un profesional sanitario. La combinación de parches de nicotina con otras formas autoadministradas de TSN (tales como chicles) logra incluso mayor eficacia que la administración de un sólo tipo de TSN [A]. Comentaremos algo más de las formas de TSN más extendidas en nuestro medio: parches y chicles (Tabla 5).

- **Bupropion.** Se trata de un antidepresivo que en los últimos años ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de los fumadores (Tabla 6). Es importante conocer que la respuesta al bupropion es dosis-dependiente, de manera que el fumador que use este fármaco a dosis de 100, 150 y 300 mg al día tiene 1.42, 1.69 y 2.84 veces más probabilidades de dejar de fumar que los que reciben placebo respectivamente.

Una vez descritos las alternativas farmacológicas, debemos tener en cuenta una serie de factores para elegir el tratamiento más adecuado a cada tipo de paciente. Entre otros debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Antecedentes patológicos orgánicos: es importante conocer las contraindicaciones de este tipo de medicación.
- Antecedentes patológicos psiquiátricos: son susceptibles de recibir los mismos tratamientos que el resto de la población, teniendo en cuenta las contraindicaciones y vigilando evitar interacciones farmacológicas (por ejemplo IMAO con bupropion, etc.).
- Ganancia de peso: varias guías coinciden en que el uso de dosis altas de la TSN o el bupropion reducen la ganancia ponderal respecto a los que dejan de fumar sin usar estas medicaciones.
- Tratamiento recibido en anteriores ocasiones: la nueva indicación farmacológica debe hacerse en función de los intentos previos.
- Preferencias del fumador.

La mayor parte de las guías revisadas comentan el uso de la terapia farmacológica en situaciones especiales, tal y como queda recogido en la tabla 7. Otros

aspectos señalados en las guías revisadas en cuanto a terapia farmacológica son:

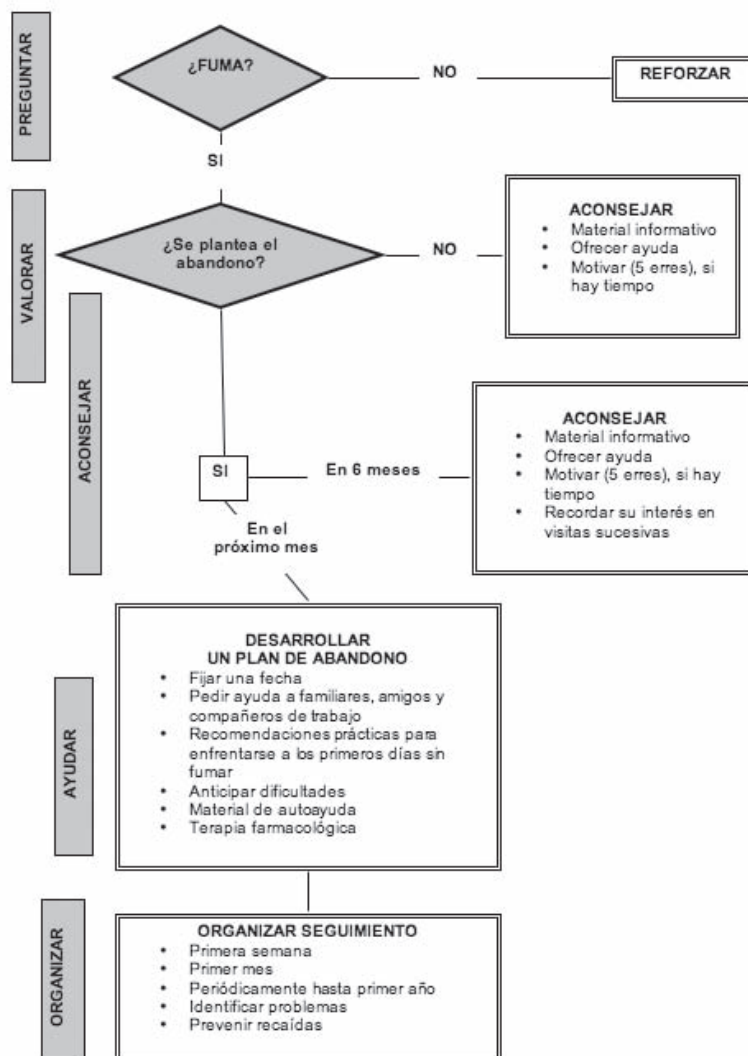
- Tratamiento farmacológico combinado. En algunas guías revisadas se reconoce la indicación de varios tipos de terapia farmacológica, incluyendo el uso simultáneo de más de un tipo de TSN e incluso de bupropion y TSN. Este tipo de terapia combinada se reserva para los fumadores muy dependientes, con un alto consumo de tabaco y que hayan efectuado intentos previos con “monoterapia” sin éxito.
- Reducción del daño. Estudios más recientes propugnan el uso de chicles o inhalador de nicotina para lograr al menos una reducción en el consumo de tabaco. No es nunca una alternativa al objetivo final, que es la abstinencia completa, pero supone un paso intermedio en un determinado grupo de fumadores que no quiere abandonar su hábito por completo en este momento. Una vez ya se ha establecido una pauta de descenso de consumo, se deberá ofrecer a estos fumadores tratamientos para el abandono completo, aprovechando la motivación extra que supone reducir el consumo. Una ventaja añadida que se refleja en una reciente guía de la británica Action on Smoking And Health es que un pequeño porcentaje de fumadores, concretamente uno de cada 25, a los que se les pauta TSN para reducir consumo, acaba dejando de fumar completamente.

Organizar (Arrange)

Por último, y para completar la intervención, se hace recomendable fijar unas visitas de seguimiento para valorar la sintomatología, identificar posibles problemas y llevar a cabo un refuerzo positivo. Para la mayoría de las guías la primera visita debería concertarse en la primera o segunda semanas tras el día “D” [D]) y la segunda en el primer mes [D]. Los contactos se deberían prolongar al menos durante 6 meses o un año [D], según las guías, para incrementar la posibilidad de abstinencia de larga duración.

Los pacientes que sufren recaídas deberían ser asesorados y motivados para realizar otro intento y ofrecerles intervenciones repetidas [D]. Las clases de deshabitación, el material de autoayuda, el apoyo comunitario y el seguimiento a través de una línea telefónica han demostrado eficacia en el mantenimiento de la abstinencia [A].

Especial mención merece el fumador con trastorno psiquiátrico asociado. La abstinencia a la nicotina puede exacerbar una depresión en un paciente con un trastorno afectivo previo, por lo que se recomienda un seguimiento más estrecho de estos pacientes. Igualmente, el cese tabáquico puede asociarse con riesgo



Agoritmo 1. Ayudar a dejar de fumar

de recaídas de esquizofrenia. Además, el alquitrán de los cigarrillos incrementa el metabolismo de algunos antipsicóticos como clozapina, flufenazina, haloperidol y olanzapina, por lo que al reducir el tabaco la dosis de medicación requerida puede variar. A pesar de todo, la intervención sobre el tabaquismo en estos pacientes es recomendable, se debe iniciar cuando el paciente está psiquiátricamente estable y conviene realizar un seguimiento más intenso, monitorizando los síntomas y los efectos secundarios de una manera más cercana y concertando la primera visita de seguimiento en los tres primeros días tras el cese.

Por último, cabe señalar que ninguna de las guías revisadas e excepción de la de consenso (SEPAR, semFYC, SEMERGEN y SEDET) establece recomendaciones específicas sobre criterios de derivación de fumadores a unidades de tabaquismo especializadas tanto del primero como del segundo nivel asistencial.

CONCLUSIONES

Las guías de práctica clínica que abordan el tabaquismo plantean recomendaciones muy similares y coinciden en señalar el consejo ofrecido por el médico, el

Relevancia (Relevance)	De un modo personalizado hay que demostrar al paciente que dejar de fumar es importante, tanto a nivel personal como familiar o laboral.
Riesgos (Risks)	El médico debe ayudar al paciente a identificar las consecuencias potencialmente negativas del consumo de tabaco. Debe recordar que los riesgos existen con independencia de cómo se el tabaco (tabaco bajo en nicotina, tabaco en pipa o en puro).
Recompensas (Rewards)	El clínico debería informar al paciente acerca de los beneficios que se obtienen al dejar de fumar, adecuándose a la situación concreta de cada uno de ellos.
Resistencias (Roadblocks)	Debemos ayudar al paciente a identificar las dificultades que no le permitan alcanzar su propósito. Entre estas situaciones podemos encontrar el síndrome de abstinencia, el miedo a la recaída, el miedo a la ganancia de peso o la falta de apoyo.
Repetición (Repetition)	Cada vez que atendemos a un paciente no motivado, debemos esforzarnos en repetir este consejo motivacional. También debemos hacer un esfuerzo en volver a motivar a los fumadores que han recaído tras un periodo de abstinencia.

Tabla 3. Las “cinco erres” para motivar.

Ayudar a desarrollar un plan de apoyo	<p>El paciente debe fijar una fecha para el abandono en el plazo de 2-4 semanas (Día “D”) (reflejarlo en historia)</p> <p>Anunciar a familiares, amigos y compañeros de trabajo que se va a dejar de fumar</p> <p>Anticipar mecanismos de respuesta a situaciones difíciles de las primeras semanas después del abandono</p> <p>Eliminar del entorno los productos relacionados con el tabaco</p>
Aportar recomendaciones prácticas (resolución de problemas y entrenamiento de habilidades)	<p>La abstinencia debe ser completa y no se debe ceder ni en sólo un cigarro</p> <p>Aprovechar la experiencia de otros intentos, identificando los factores que contribuyeron a la recaída</p> <p>Anticipar respuestas a los factores y situaciones de riesgo que puedan precipitar la recaída</p> <p>Animar a los convivientes fumadores a dejarlo a la vez</p>
Dar soporte al paciente	<p>Buscar ayuda entre sus compañeros de trabajo y sus familiares para mejorar las condiciones de su entorno</p>
Dar información y soporte especial a colectivos de riesgo	<p>Hay que fomentar el consejo de abandono en embarazadas y en adolescentes en cada visita [A].</p> <p>Las embarazadas fumadoras deberían incluirse en programas de deshabituación</p>
Entregar materiales adicionales	<p>La entrega de material informativo aumenta las tasas de abandono.</p> <p>Está demostrado que la entrega de estos materiales específicos para embarazadas aumenta las probabilidades de abandono [A]</p>
Usar farmacoterapia	<p>Adecuada a cada situación [A]</p>

Tabla 4. Actuaciones en el fumador en fase de preparación

	PARCHE	CHICLE
VENTAJAS	Uso fácil Dosis mantenida Escasez de efectos adversos	Rapidez de acción Autocontrol de dosis Alivia la ansiedad
INCONVENIENTES	Efectos adversos locales No existe autocontrol de la dosis Puede producir insomnio Uso en monoterapia en grandes fumadores puede no ser completamente eficaz	Implica masticar de un modo especial No tomar bebidas que puedan reducir absorción Requiere aprendizaje Su mal uso produce molestias
INDICACIONES	Dependencia leve-moderada	Cualquier nivel de dependencia
PERIODO TRATAMIENTO	6-8 semanas	Hasta 12 semanas (en algunos casos hasta 24 semanas)
DOSIS	1 parche al día (16 ó 24 h) Pauta descendente 21, 14 y 7 mg (4, 2 y 2 semanas) Pauta continua 15 mg (8 semanas) Fumadores de menos de 10 cig/día pueden empezar con menos dosis	2 mg para baja dependencia 4 mg para alta dependencia Masticar un chicle cada 1-2 horas Usarlo cuando lo necesite
PRECAUCIONES	No usar si eccema, psoriasis o atopia	No usar si problemas de masticación y/o dentales

Tabla 5. Principales características de la TSN.

VENTAJAS	Medicación no nicotínica Fácil adherencia al tratamiento Muy indicado en pacientes con antecedentes de alcoholismo y depresión Eficaz en todos los niveles de dependencia Seguro en pacientes con EPOC y con cardiopatía estable
INCONVENIENTES	Puede producir insomnio Puede producir sensación de boca seca Existe un riesgo escaso de complicaciones como convulsiones e hipersensibilidad
INDICACIONES	Dependencia media-alta
PERIODO TRATAMIENTO	De 7 a 12 semanas Se puede usar incluso hasta 6 meses
DOSIS	1 comprimido 150 mg cada 24 horas 7 días durante los cuales se puede fumar. 1 comprimido 150 mg cada 12 horas, sin fumar, desde el 8o día hasta el final del tratamiento
PRECAUCIONES	No usar si antecedentes de epilepsia No usar si traumatismo craneoencefálico grave reciente No usar si antecedente de trastornos de la alimentación No usar si se utilizan inhibidores de la MAO No usar si tumor del SNC No usar en embarazo

Tabla 6. Principales características del bupropion.

Fumadores de <10 cigarrillos al día	En la literatura revisada no existe clara indicación de uso de fármacos en este grupo aunque hay que individualizar cada caso
Fumadores adolescentes	La indicación terapéutica farmacológica no suele ser de elección, pero debe ser individualizada
Embarazo	El bupropion está contraindicado en el embarazo. Se han realizado diversos estudios que demostraron que ninguna forma de TSN se mostró perjudicial para el feto, aunque no han demostrado ser tan eficaces en este grupo concreto de población.
Enfermedad cardiovascular	Aunque la TSN puede favorecer la aparición de crisis en pacientes cardiopatas, en la práctica no ha demostrado producir un incremento de la patología cardiovascular [B]. El uso de bupropion no está suficientemente estudiado en pacientes con enfermedad cardiovascular aguda, pero sí ha establecido el perfil de seguridad en pacientes afectados de patología cardiovascular estable.

Tabla 7. Tratamiento en situaciones especiales.

¿Fuma?	Se recomienda preguntar por el consumo de tabaco a todo paciente mayor de 12 años que acude a las consulta por cualquier motivo [A]
¿Se ha planteado dejar de fumar?	Se recomienda valorar la disposición hacia el abandono de todo paciente fumador [C] al menos 3 veces al año [D]
¿Cómo aconsejar?	Se recomienda aconsejar el abandono a todo fumador [A] de manera clara, firme, empática, motivadora y adaptada a las condiciones del paciente
¿Es útil recomendar a un mismo paciente?	Se ha demostrado un efecto dosis-respuesta entre la mayor intensidad del consejo (mayor número de contactos y mayor duración) y el aumento de las tasas de abandono [A]
¿Pueden intervenir otros miembros del equipo de salud?	El consejo ofrecido por profesionales de enfermería [A] y otros sanitarios es eficaz. La ayuda prestada por variedad de profesionales aumenta las tasas de abandono
¿Qué tratamientos pueden ayudar?	Psicoterapia Farmacoterapia Soporte social
¿Qué psicoterapia se recomienda?	Counseling o asesoramiento de menos de 3 minutos dirigido a la resolución de problemas [A] Un aumento en el número de sesiones o en su duración produce incrementos en la tasa de abandonos [A]
¿Qué tratamientos farmacológicos son efectivos?	Terapia sustitutiva de la nicotina (TSN) [A] Bupropion [A] Terapia combinada
¿Se puede hacer algo más?	Buscar la colaboración de amigos y familiares, entregar material informativo y de autoayuda y ofrecer ayuda mediante cartas y línea telefónica han demostrado eficacia [A]
¿Qué seguimiento se recomienda?	Una visita tras la primera semana, otra al mes de abandono y luego periódicamente durante 6-12 meses [D] En pacientes con comorbilidad psiquiátrica, seguimiento más temprano y estrecho y ajustar medicación

Tabla 8. 10 preguntas clave en abordaje del tabaquismo.

asesoramiento breve dirigido a la resolución de problemas, la terapia sustitutiva de nicotina y el bupropion como los elementos más eficaces para ayudar a los fumadores a abandonar el hábito. En la tabla 8, a modo de resumen, se da respuesta a diez preguntas clave sobre el abordaje del tabaquismo desde el punto de vista de la práctica clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- National Advisory Committee on Health and Disability. Guidelines for smoking cessation: revised March 2004. Wellington (New Zealand): National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee); 2002 May. 33 p. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3307&nbr=002533&string=smoking+AND+cessation
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Counseling to prevent tobacco use and tobacco-caused disease: recommendation statement. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2003 Nov. 13 p. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=4314&nbr=003268&string=smoking+AND+cessation
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Jun. 42 p. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=5454&nbr=003731&string=smoking+AND+cessation
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Integrating smoking cessation into daily nursing practice. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2003 Oct. 80 p. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=5311&nbr=003634&string=smoking
- Michigan Quality Improvement Consortium. Tobacco control. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2005 Sep. 1 p. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=8166&nbr=004553&string=smoking
- Veterans Administration, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for the management of tobacco use. Washington (DC): Department of Veteran Affairs; 2004 Jun. 81 p. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=6107&nbr=003962&string=smoking
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Tobacco use prevention and cessation for infants, children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Jun. 28 p. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=5455&nbr=003732&string=smoking+AND+cessation
- Victoria's Mental Health Services. Smoking Reduction and Cessation for People with Schizophrenia. Guidelines for General Practitioners; 2001. Disponible en: <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/publications/smoke/smoke.pdf>
- Treating Tobacco Use and Dependence. Summary, June 2000. U.S. Public Health Service. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/smokesum.htm#Origins>
- National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. 2005 March. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=30631>
- Action on Smoking and Health. Nicotine Assisted Reduction to Stop (NARS): guidance for health professionals on this new indication for nicotine replacement therapy. 2005 October. Disponible en: <http://www.ash.org.uk/html/cessation/Smoking%20reduction/NARS051014.pdf>
- Grupo de Tabaquismo de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Guía del Tabaquismo. En *Fisterra.com*. Guías clínicas 2002; 2 (36) Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/tabaco.asp#top>
- Olano Espinosa E, Matilla Pardo B, Sánchez Sanz E, Alarcón Aramburu E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36:515 – 23.
- Olano Espinosa E, Matilla Pardo B, González Díaz M, Martínez González S. El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes. *Aten Primaria* 2005; 36:45 – 9.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. October 2000. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/tobaqrg.htm>
- Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPS. Guía de referencia rápida para ayudar a dejar de fumar. SemFYC 2003.
- Rice VH, Otead LF. Nursing interventions for smoking cessation, Cochrane Review; Cochrane Library Oxford, EBN Volume 3 April 2000, Disponible en: www.ebn.bmjournals.com
- Silagy C, Mant D, Fowler G, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD000146 (latest version 19 May 2000), EBMH Volume 4 February 2001, Disponible en: www.ebmh.bmjournals.com
- Jiménez Ruiz CA, Ramos Piendo A, Flores Martín S. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN). En: Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M; Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 2a ed. ERGON; 2003. p.165-90.
- Álvarez-Sala Walter JL, Rodríguez Hermosa JL, Calle Rubio M, Nieto Barbero MA. Bupropion. En: Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M, editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 2a ed. ERGON; 2003. p. 191-210.
- Córdoba R, Nerín I. ¿Qué son las intervenciones breves en tabaco? En: Manual de tabaquismo en Atención Primaria. Madrid: Gráficas Monterreina, GlaxoSmithKline; 2005. p. 55-69.