

SEPAR habla

Normativa sobre tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados



Carlos A. Jiménez Ruiz^{a,*}, Jose Ignacio de Granda Orive^b, Segismundo Solano Reina^c, Juan Antonio Riesco Miranda^d, Eva de Higes Martínez^e, Jose Francisco Pascual Lledó^f, Marcos García Rueda^g, Jose Javier Lorza Blasco^h, Jaime Signes Costa-Miñanaⁱ, Borja Valencia Azcona^j, Cristina Villar Laguna^k y Maribel Cristóbal Fernández^l

^a PII Tabaquismo, Unidad Especializada en Tabaquismo, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Madrid, España

^b Área de Tabaquismo, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^c Unidad de Tabaquismo, Servicio de Neumología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

^d Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) EPOC y Tabaco, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

^e Grupo Emergente Tabaquismo, Servicio de Neumología, Hospital Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^f Servicio de Neumología, Hospital General de Alicante, Alicante, España

^g Unidad de Tabaquismo, Servicio de Neumología, Hospital Carlos Haya, Málaga, España

^h Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

ⁱ PII de Tabaquismo, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Servicio de Neumología, Hospital Clínico de Valencia, Valencia, España

^j Servicio de Neumología, Hospital Quirón, Torremolinos, Málaga, España

^k Grupo Emergente Tabaquismo, Unidad Especializada en Tabaquismo, Madrid, España

^l Unidad Especializada en Tabaquismo, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de septiembre de 2016

Aceptado el 3 de noviembre de 2016

On-line el 22 de diciembre de 2016

Palabras clave:

Hábito de fumar

Tabaco

Cesación del tabaquismo

Productos para el cese del tabaquismo

Hospitalización

Hospitales

Atención hospitalaria

RESUMEN

Entre el 15 y el 27% de los pacientes que ingresan en los hospitales españoles son consumidores de tabaco. La hospitalización es un momento idóneo para que el fumador se plantee el abandono del tabaco.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en MEDLINE entre el 1 de enero de 2002 y el 30 de septiembre de 2015, de estudios, controlados y aleatorizados u observacionales, relacionados con la ayuda para dejar de fumar a pacientes ingresados en el hospital. Basándose en los resultados de dichos estudios se han emitido unas recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados. Las recomendaciones han sido formuladas de acuerdo con el sistema GRADE. Ofrecer al fumador asesoramiento psicológico más tratamiento farmacológico mientras está ingresado en el hospital y prolongar el seguimiento durante al menos 4 semanas después del alta es la recomendación más efectiva para ayudar a dejar de fumar a los pacientes ingresados.

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Guidelines for the Treatment of Smoking in Hospitalized Patients

ABSTRACT

Between 15 and 27% of patients admitted to Spanish hospitals are smokers. Hospitalization is an ideal time for a smoker to decide to quit.

We performed a MEDLINE search of controlled, randomized or observational studies associated with helping hospitalized patients quit smoking, published between January 1, 2002 and September 30, 2015. On the basis of the results of those studies, we have issued some recommendations for the treatment

Keywords:

Smoking habit

Tobacco

Smoking cessation

Products for smoking cessation

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victorina@ctv.es (C.A. Jiménez Ruiz).

Hospitalization
Hospitals
Hospital care

of smoking in hospitalized patients. The recommendations were drawn up according to the GRADE system. Offering the smoker psychological counselling and prolonging follow-up for at least 4 weeks after discharge is the most effective recommendation for helping hospitalized patients to quit.

© 2016 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En el año 2013 se produjeron en España un total de 4.637.427 ingresos hospitalarios. Las principales causas de hospitalización fueron: enfermedades cardiovasculares (13,3%), enfermedades del aparato digestivo (12,2%) y enfermedades del aparato respiratorio (10,9%)¹. En España, entre el 15 y el 27% de los pacientes que ingresan en un hospital son fumadores^{2,3}.

El consumo de tabaco es una de las causas principales de empeoramiento de la mayoría de las enfermedades por las cuales los pacientes ingresan en los hospitales. El hospital debe ser uno de los lugares idóneos para el abandono del consumo del tabaco.

A lo largo de esta normativa sobre el tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados se abordarán 3 aspectos fundamentales: idoneidad de la hospitalización para el abandono del tabaco, efectividad de las intervenciones sanitarias para ayudar a dejar de fumar a los pacientes hospitalizados y se expondrán unas recomendaciones para la intervención sobre el tabaquismo en dichos pacientes. Estas recomendaciones se basarán en la fuerza de la evidencia, para lo cual se utilizará el sistema GRADE⁴.

Metodología

Este documento ha sido escrito de acuerdo con la siguiente metodología.

- 1) Se realizó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE entre el 1 de enero de 2002 y el 30 de septiembre de 2015. Las palabras clave que describían la población de pacientes fueron: «hospital», «hospitalization», «inpatients» y «hospital care». Las palabras clave que describían la intervención para dejar de fumar fueron: «smoking», «smoking cessation», «tobacco», «tobacco use cessation», «smoking cessation programme» y «tobacco use cessation products». Los estudios se incluyeron de acuerdo con los siguientes criterios: a) los estudios debían estar relacionados con la ayuda para dejar de fumar a pacientes ingresados en el hospital; b) debían ser estudios controlados y aleatorizados o estudios observacionales; c) debían evaluar una intervención para dejar de fumar, y d) debían estar publicados en inglés o en español.
- 2) Basándose en los estudios incluidos, se escribió el primer manuscrito y las recomendaciones fueron formuladas de acuerdo al sistema GRADE (tabla 1)⁴. Todos los expertos del grupo revisaron el documento, añadiendo comentarios y sugerencias, y se escribió la segunda versión del documento.
- 3) La segunda versión del manuscrito fue revisada igualmente por todos los expertos.
- 4) Finalmente, el documento obtuvo la aprobación de todo el conjunto de expertos. Igualmente, este documento ha sido aprobado por el Comité Científico y de Investigación de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

Idoneidad de la hospitalización para el abandono del tabaco

El tabaquismo es una de las principales causas que producen enfermedades que conducen a una hospitalización^{1,5}. El ingreso hospitalario del paciente fumador es un momento idóneo para abandonar el consumo de tabaco. Hay muchas razones que

explican la idoneidad de esta situación. La tabla 2 muestra un resumen de las más relevantes^{1,6–9}. De todas esas razones, la prohibición de fumar en el recinto hospitalario, así como la especial disponibilidad para el abandono que el fumador tiene durante el ingreso son las más potentes.

Es importante que se comprenda que la ayuda al fumador hospitalizado para que deje de serlo es tarea de todos los que trabajan en el hospital, tanto si es personal sanitario como no sanitario. Por ello, es importante que todos reciban formación en este aspecto.

Análisis de las intervenciones para dejar de fumar en pacientes hospitalizados

A continuación se describen los diferentes estudios que han evaluado la efectividad de distintas intervenciones para ayudar a dejar de fumar a los pacientes hospitalizados. Entre ellas se han descrito: consejo sanitario de abandono del tabaco, tratamiento farmacológico o la combinación de ambas. Las recomendaciones de esta normativa están basadas en los resultados y las conclusiones de estos estudios.

Consejo sanitario de abandono de consumo de tabaco

El consejo sanitario ha demostrado ser eficaz para ayudar a los fumadores hospitalizados a dejar de fumar. Este consejo debe explicar claramente los beneficios que se asocian al abandono del consumo del tabaco y poner de manifiesto los riesgos. El consejo puede ser de diferente intensidad y duración. En general, a mayor intensidad, duración y número de veces que se realice durante el periodo de hospitalización, más alta será su eficacia.

Por otro lado, se ha encontrado que cuando el consejo de abandono de consumo de tabaco que se proporciona en el hospital se imparte por diferentes profesionales sanitarios, se acompaña de materiales de autoayuda y, sobre todo, se prolonga durante, al menos, un mes después de la estancia hospitalaria, la efectividad del mismo es más alta que el tratamiento habitual (riesgo relativo [RR] 1,7; IC 95% 1,27–1,48)^{10,11}. Un metaanálisis encontró que cuando la intervención era proporcionada por 2 tipos de profesionales sanitarios las tasas de abstinencia se incrementaban en comparación a cuando la intervención era impartida por solo uno (RR 2,5; IC 95% 1,9–3,4). Incluso cuando la intervención era impartida por 3 tipos de profesionales sanitarios la eficacia también aumentaba (RR 2,4; IC 95% 2,1–2,9)¹².

Diferentes actividades se han propuesto como forma de prolongar la intervención sanitaria más allá de la hospitalización. Entre ellas cabe destacar: contactos personales entre el profesional sanitario y el paciente, envío de cartas, SMS, e-mails, contacto telefónico proactivo, etc. Todas ellas sirven para incrementar la eficacia de las intervenciones ofertadas durante el periodo hospitalario^{11–13}.

Tratamiento farmacológico

Otros estudios han analizado la eficacia de añadir tratamiento farmacológico al consejo sanitario en los fumadores hospitalizados. Los resultados de un metaanálisis realizado con 6 estudios señalan que la eficacia del consejo sanitario intensivo (consejo durante el periodo de hospitalización que se prolonga durante, al menos, un

Tabla 1
Clasificación de las recomendaciones y la calidad de la evidencia según el sistema GRADE

Grado de recomendación	Calidad de la evidencia	Implicaciones
Recomendación consistente ^a Calidad de la evidencia alta	ECR bien realizados o excepcionalmente EO bien realizados	Puede aplicarse en la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias
Recomendación consistente ^a Calidad de la evidencia moderada	ECR con limitaciones o EO bien realizados con efectos importantes	Puede aplicarse en la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias
Recomendación consistente ^a Calidad de la evidencia baja	Evidencia para al menos un resultado importante de EO o ECR con defectos importantes o evidencia indirecta	Puede cambiar cuando se disponga de evidencia mayor
Recomendación consistente ^a Calidad de la evidencia muy baja	Evidencia para al menos un resultado importante de observaciones clínicas no sistemáticas o evidencia muy indirecta	Puede cambiar cuando se disponga de evidencia mayor
Recomendación débil ^b Calidad de la evidencia alta	ECR bien realizado o excepcionalmente EO bien realizado	Puede diferir dependiendo de las circunstancias o de los pacientes
Recomendación débil ^b Calidad de la evidencia moderada	ECR con limitaciones o EO bien realizados con efectos importantes	Otras alternativas pueden ser mejores para algunos pacientes en determinadas circunstancias
Recomendación débil ^c Calidad de la evidencia baja	Evidencia para al menos un resultado importante de EO o ECR con defectos importantes o evidencia indirecta	Otras alternativas pueden ser igualmente razonables
Recomendación débil ^d Calidad de la evidencia muy baja	Evidencia para al menos un resultado importante de observaciones clínicas no sistemáticas o evidencia muy indirecta	Otras alternativas pueden ser igualmente razonables

EO: estudios observacionales; ECR: estudios controlados aleatorizados.

^a Los beneficios claramente superan los inconvenientes o viceversa.^b Los beneficios están equilibrados con los inconvenientes.^c Incertidumbre en la estimación de los beneficios o inconvenientes; los beneficios pueden estar equilibrados con los inconvenientes.^d Mayor incertidumbre en la estimación de los beneficios o inconvenientes; los beneficios pueden estar equilibrados o no con los inconvenientes.**Tabla 2**
Razones para dejar de fumar durante el ingreso hospitalario

<i>La curación de la enfermedad causante del ingreso hospitalario se producirá más rápidamente</i>
<i>La eficacia de los tratamientos utilizados será más alta</i>
<i>La posibilidad de complicaciones intrahospitalarias será más reducida</i>
<i>Los días de estancia hospitalaria se reducirán</i>
<i>El hospital es un lugar idóneo para dejar de fumar</i>
El sujeto está alejado de los lugares y situaciones que normalmente asocia con el consumo del tabaco
El sujeto está continuamente acompañado por profesionales sanitarios que le pueden ayudar a mantenerse sin fumar
El sujeto está en un ambiente sanitario donde priman las actividades saludables

mes después del momento del alta) se incrementa significativamente cuando se añade tratamiento con terapia sustitutiva con nicotina (TSN) (RR 1,54; IC 95% 1,34-1,79)¹⁰. La utilización de TSN en fumadores ingresados tiene como ventaja su rapidez de acción.

Por otro lado, 3 estudios compararon la eficacia de vareniclina y consejo sanitario frente a solo consejo¹³⁻¹⁵. En uno de ellos se encontró una mayor eficacia en el grupo que recibió vareniclina frente al grupo control (31,1 vs. 21,4%; RR 1,45; IC 95% 1,03-2,03; p=0,03)¹³. En el otro, no hubo diferencias significativas¹⁴. Y en el tercero, que analizó un grupo de 302 pacientes que habían sido ingresados por padecer un síndrome coronario agudo, se encontró

una mayor eficacia en el grupo de los que recibieron vareniclina frente al grupo control (47,3 vs. 32,5%, p=0,012)¹⁵.

Además, es importante destacar que la utilización de vareniclina en pacientes hospitalizados, algunos de ellos con enfermedades crónicas, es tan segura como el placebo y solo las náuseas aparecen con mayor frecuencia en el grupo activo (16,3 vs. 1,5%)^{14,16}. Incluso en el grupo de los sujetos que estaban ingresados por síndrome coronario agudo la utilización de vareniclina se mostró tan segura como el placebo. El índice de efectos adversos cardiovasculares graves a los 30 días de finalizar el periodo de tratamiento fue similar en ambos grupos: 4% para vareniclina y 4,6% para placebo¹⁵.

Tres estudios han comparado la eficacia de la combinación de bupropion y consejo sanitario intenso en pacientes ingresados frente a los cuidados usuales para ayudar a dejar de fumar. En ninguno de ellos este medicamento se mostró eficaz para ayudar a dejar de fumar¹⁷⁻¹⁹. Además, un metaanálisis realizado agrupando los 3 estudios tampoco consiguió demostrar dicha eficacia (RR 1,04; IC 95% 0,75-1,45). Es de destacar que 2 de estos estudios se realizaron en pacientes que habían sido ingresados por enfermedad cardiovascular aguda (isquemia miocárdica) y que en ninguno de ellos aparecieron efectos cardiovasculares adversos ni a corto ni a largo plazo en el grupo de sujetos que utilizó bupropion, en comparación con el que recibió cuidados habituales^{18,19}. Estos datos han sido confirmados en un reciente metaanálisis y en un nuevo ensayo clínico aleatorizado y controlado^{20,21}.

Un reciente ensayo clínico aleatorizado doble ciego y controlado ha estudiado la eficacia de un programa de tratamiento del tabaquismo en un grupo de fumadores que recibieron consejo intensivo para el abandono del tabaco mientras estuvieron ingresados y que al ser dados de alta siguieron recibiendo consejo mediante un sistema automático de voz y, además, se les proveyó de tratamiento farmacológico elegido por los pacientes durante un periodo de 3 meses (TSN, bupropion o vareniclina). Los resultados mostraron que la eficacia de este programa a los 6 meses de seguimiento era significativamente más alta que la eficacia de los cuidados habituales (27 vs. 16%, RR 1,70; IC 95% 1,15-2,51; $p=0,007$)²².

Es de destacar un estudio español en el que se estudiaron un total de 2.560 fumadores hospitalizados y se encontró que el asesoramiento psicológico intenso era más eficaz que el consejo mínimo y que aún aumentaba más su eficacia si se unía al uso de TSN²³.

Seguridad y eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en pacientes ingresados con comorbilidades

El metaanálisis de Rigotti et al. ha estudiado un total de 14 ensayos clínicos llevados a cabo en pacientes hospitalizados por problemas cardiovasculares agudos en los que se comparaba la eficacia de una intervención intensiva para dejar de fumar en el hospital con la de los cuidados usuales¹⁰. Los resultados mostraron que la intervención intensiva era más eficaz que los cuidados usuales (RR 1,42; IC 95% 1,29-1,56)¹⁰. Es más, uno de los estudios también analizó la mortalidad por todas las causas y las tasas de readmisión durante un periodo de 2 años. Los resultados mostraron que la intervención en este tipo de pacientes con enfermedad cardiovascular produjo una reducción del RR de mortalidad por todas las causas (RR 0,77; IC 95% 0,27-0,93; $p=0,014$) y del RR de readmisiones (RR 0,44; IC 95% 0,16-0,63; $p=0,007$)²⁴.

Cinco estudios han analizado la eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en pacientes hospitalizados con enfermedad respiratoria²⁵⁻²⁹. En 2 de ellos, además de consejo sanitario de abandono se ofertaba tratamiento con TSN (uno ofertó chicles y otro, parches)^{25,26}. El estudio que ofertaba parches encontró que en el grupo activo las tasas de abstinencia continua entre el tercer y el duodécimo mes eran más altas que en el de placebo (21 vs. 14%, respectivamente), aunque no de forma significativa²⁵. Los otros 3 estudios compararon la eficacia de las intervenciones de consejo

intensivo sin utilización de medicación frente a la de los cuidados usuales en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica²⁷⁻²⁹. Es de destacar que uno de ellos encontró que, al cabo del año de seguimiento, aquellos que habían recibido intervenciones intensivas casi triplicaban las tasas de abstinencia con respecto a los que habían recibido cuidados usuales (RR 2,83; IC 95% 1,40-5,74)²⁹. En los otros 2 no se encontraron diferencias significativas^{27,28}. No obstante, hay que tener en cuenta que en estos estudios la intervención que recibió el grupo activo fue poco intensa^{27,28}.

Coste/eficacia de las intervenciones para ayudar a dejar de fumar a los pacientes hospitalizados

Un reciente estudio ha encontrado que una intervención hospitalaria consistente en consejo de abandono durante el ingreso, tratamiento farmacológico y seguimiento después del alta tenía un coste por año de vida ganado ajustado a calidad de 1.386\$ canadienses; y se calculó que la provisión de este tipo de tratamiento a 15.326 fumadores hospitalizados ocasionaría 4.689 abandonos y ello serviría para evitar 116 rehospitalizaciones, 923 días de estancia hospitalaria y 119 muertes³⁰.

Recomendaciones para la intervención sobre el tabaquismo de los pacientes hospitalizados

Los usuarios diana de estas recomendaciones son los pacientes ingresados en un hospital. La figura 1 muestra el protocolo que debe seguirse ante cualquier paciente ingresado en un hospital. A lo largo de la exposición de dicho protocolo se dictarán las recomendaciones que este grupo de trabajo ha considerado oportunas. Dichas recomendaciones irán graduadas de acuerdo con el sistema GRADE⁴ (tabla 3).

A cualquier paciente que ingrese en un hospital se le debe preguntar sobre su consumo de tabaco. Las respuestas a esta cuestión podrían ser las siguientes: a) fumador; b) exfumador de menos de 6 meses de evolución, y c) no fumador o exfumador de 6 o más meses de evolución. La respuesta debe ser registrada en la historia clínica del paciente.

Es recomendable que todos los centros hospitalarios dispongan de sistemas electrónicos de alerta a los profesionales sanitarios para

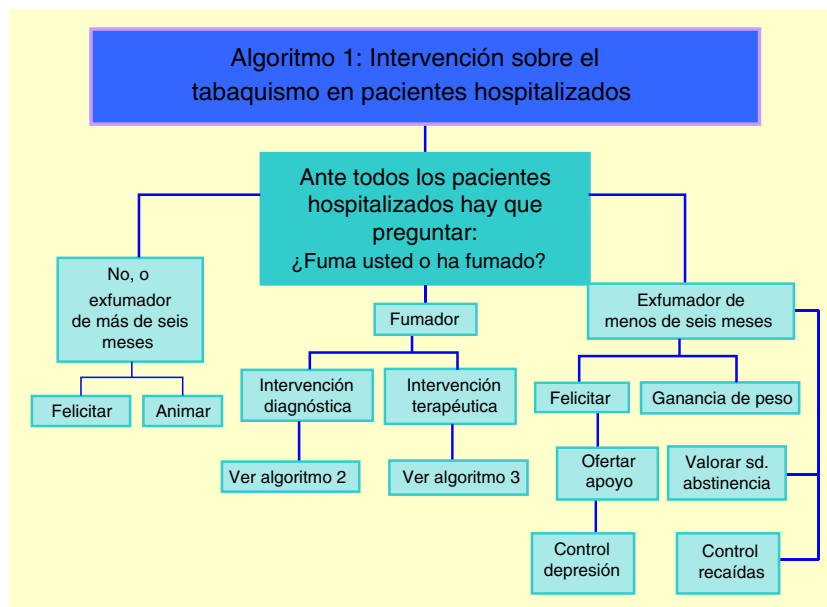


Figura 1. Algoritmo 1: Intervención sobre el tabaquismo en pacientes hospitalizados.

Tabla 3
Recomendaciones para la intervención sobre el tabaquismo de los pacientes hospitalizados

<p><i>Recomendación:</i> ante cualquier paciente que ingrese en un hospital es necesario preguntarle sobre su consumo de tabaco y registrarlo en su historia clínica. Todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente deben intervenir sobre el tabaquismo del mismo</p> <p>Recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta</p> <p><i>Recomendación:</i> todos los fumadores deben recibir consejo para dejar de fumar mientras que están ingresados. Este consejo debe ser impartido por todos los profesionales sanitarios que atienden al sujeto durante su estancia hospitalaria. El consejo debe acompañarse de la entrega de material de autoayuda. Además, el consejo debe prolongarse durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria</p> <p>Recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta</p> <p><i>Recomendación:</i> parches, chicles, espray bucal o comprimidos de nicotina son fármacos que están recomendados para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados y que para obtener la mayor eficacia deberán prescribirse junto con consejo que se prolongara durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria</p> <p>Recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta</p> <p><i>Recomendación:</i> bupropion es un fármaco no recomendado para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados</p> <p>Recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta</p> <p><i>Recomendación:</i> vareniclina es un fármaco recomendado para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados y que para obtener la mayor eficacia debe prescribirse junto con consejo que se prolongara durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria</p> <p>Recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta</p> <p><i>Recomendación:</i> siempre se debe pautar seguimiento después del alta hospitalaria para control del proceso de abandono del consumo del tabaco en aquellos fumadores que han realizado un intento para dejar de fumar durante su hospitalización. El seguimiento se debe prolongar durante, al menos, 4 semanas</p> <p>Recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta</p> <p><i>Recomendación:</i> la intervención sanitaria en los pacientes exfumadores hospitalizados que llevan menos de 6 meses sin fumar debe incluir los siguientes aspectos: felicitar al paciente por haber dejado de fumar, apoyarle para que se mantenga sin hacerlo durante su estancia hospitalaria, vigilar la aparición de síntomas del síndrome de abstinencia, de depresión, de ganancia de peso y de recaída. En caso de que aparezcan deberán ser tratados pronta y adecuadamente</p> <p>Recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta</p>

que estos recojan siempre en la historia clínica de los pacientes ingresados el consumo de tabaco. Esta es una estrategia que ha sido identificada por la Clinical Practice Guideline del U. S. Department of Health and Human Services como eficaz para incrementar el número de intervenciones de los profesionales sanitarios sobre el tabaquismo de los pacientes hospitalizados¹². Un metaanálisis realizado con 9 estudios encontró que cuando se disponía de un sistema de alerta de recogida del hábito tabáquico, se incrementaban de forma significativa las tasas de intervención de los profesionales sanitarios sobre el tabaquismo de sus pacientes (RR 3,1; IC 95% 2,2–4,2)¹². Además, es importante que la intervención sobre el tabaquismo de los pacientes ingresados sea realizada de forma conjunta por todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente durante su ingreso. En este sentido, las intervenciones por parte de los profesionales de la enfermería son muy valiosas y recomendables^{10–13}.

Recomendación: ante cualquier paciente que ingrese en un hospital es necesario preguntarle sobre su consumo de tabaco y registrarlo en su historia clínica. Todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente deben intervenir sobre el tabaquismo del mismo. Esta es una recomendación consistente. Calidad: evidencia alta.

Recomendaciones para la intervención sobre los pacientes fumadores hospitalizados

La intervención en los sujetos fumadores hospitalizados tendrá 2 partes: una intervención diagnóstica y otra terapéutica.

Intervención diagnóstica

La intervención diagnóstica investigará los siguientes aspectos^{10–12} (fig. 2):

- Cuantificación del consumo acumulado de tabaco: se calculará el índice años-paquete.
- Análisis del grado de motivación y de autoeficacia para dejar de fumar: es recomendable la utilización de una escala visual analógica para la medición de estas variables.
- Análisis del grado de dependencia física de la nicotina: la utilización del Test de Fagerström es muy recomendable para la cuantificación de esta variable. En aquellos casos en los que se suponga que la naturaleza de la enfermedad que ha llevado al hospital a este sujeto le impide consumir un elevado número de

cigarrillos al día, es muy indicado valorar especialmente la respuesta a la pregunta sobre el tiempo que transcurre desde que el sujeto se levanta hasta que consume el primer cigarrillo del día.

- Análisis de intentos previos de abandono: se investigarán aquellos intentos en los que el sujeto se mantuvo, al menos, 24 h sin fumar. Investigar el número de intentos previos, el tiempo que se mantuvo sin fumar en dichos intentos, los tratamientos que utilizó y sobre todo el padecimiento de síntomas del síndrome de abstinencia en esos intentos serán aspectos fundamentales de este análisis.
- Determinación de los niveles de CO en el aire espirado: la determinación de los niveles de CO en el aire espirado del sujeto es una exploración sencilla, inocua, barata y de gran utilidad que debe ser obligatoria ante cualquier paciente fumador que ingresa en un hospital.

No obstante, es importante tener en cuenta que la prestación de tratamientos para el tabaquismo no debe depender de la valoración de todos estos aspectos, ya que el tratamiento del tabaquismo es efectivo y se debe aplicar incluso si no se dispone de evaluaciones especializadas o no se utilizan¹².

Intervención terapéutica

La figura 3 muestra la intervención sanitaria que se debe hacer en el paciente fumador que está ingresado en el hospital. Esta intervención sanitaria consta de consejo de abandono del consumo del tabaco, prescripción de tratamiento farmacológico y pauta de seguimiento.

Consejo de abandono del consumo de tabaco. El profesional sanitario deberá alertar al paciente que durante su estancia hospitalaria no puede consumir tabaco. Le explicará las principales razones por las que debería mantenerse sin fumar. La tabla 2 expone estas razones. Todas estas advertencias deberán ser realizadas con empatía, respeto y comprensión.

Recomendación: todos los fumadores deben recibir consejo para dejar de fumar mientras están ingresados. Este consejo debe ser impartido por todos los profesionales sanitarios que atienden al sujeto durante su estancia hospitalaria. El consejo debe acompañarse de la entrega de material de autoayuda. Además, el consejo debe prolongarse durante, al menos, un mes después del

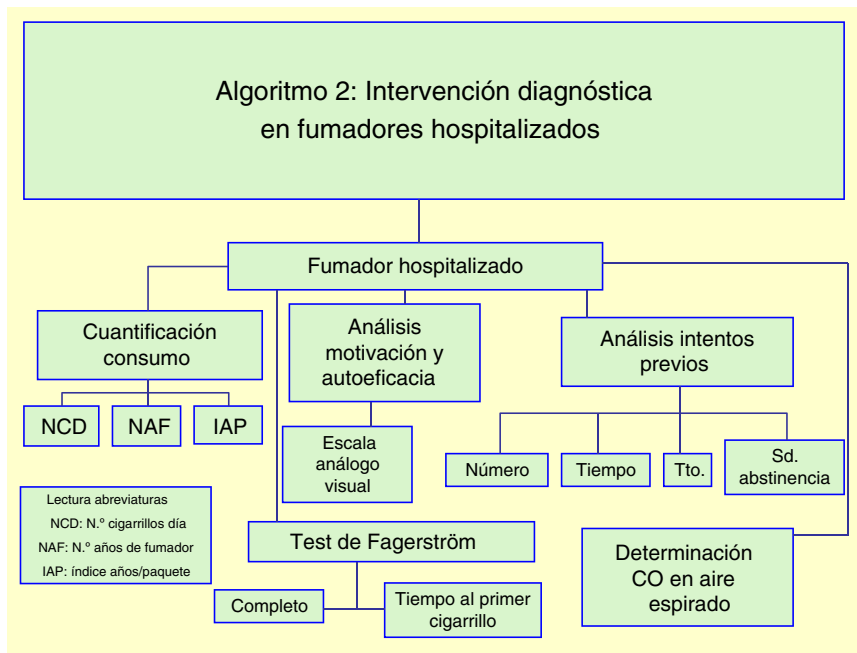


Figura 2. Algoritmo 2: Intervención diagnóstica en fumadores hospitalizados.

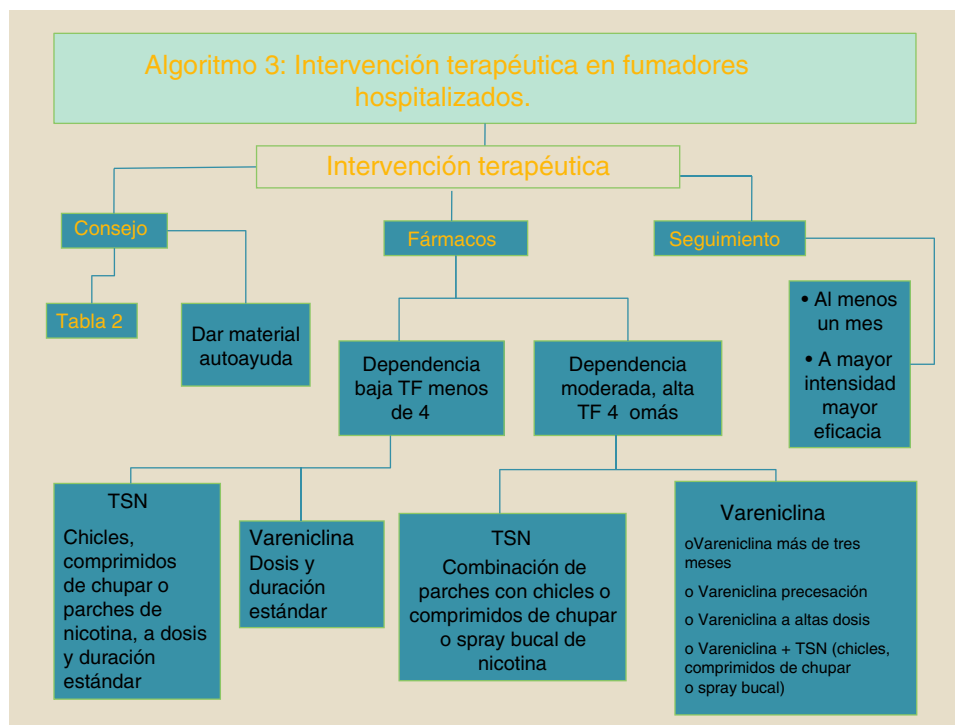


Figura 3. Algoritmo 3: Intervención terapéutica en fumadores hospitalizados. TF: puntuación en el Test de Fagerström.

alta hospitalaria. Esta es una recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta.

Tratamiento farmacológico. El consejo sanitario para dejar de fumar que se oferta a los fumadores hospitalizados debe ir acompañado de la utilización de medicación.

Tres tipos de fármacos han sido usados: TSN, bupropion y vareniclina. A continuación describimos las recomendaciones sobre la utilización de cada uno de ellos. Para más información recomendamos la lectura del documento completo de esta normativa, disponible en www.separ.es

Terapia sustitutiva con nicotina. La utilización de cualquier tipo de TSN, especialmente chicles, comprimidos de chupar, spray bucal o parches, es muy recomendable en los fumadores que están ingresados^{10,22}. La prescripción de este tipo de medicamentos servirá para ayudarlos a controlar los síntomas del síndrome de abstinencia y a mantenerse sin fumar durante la estancia hospitalaria.

En fumadores con bajo grado de dependencia física por la nicotina (menos de 4 puntos en el Test de Fagerström) es de utilidad prescribir chicles de 2 mg o comprimidos de chupar de 1 mg o parches de 16 o 24h en sus dosificaciones de 15 o 21 mg/día,

respectivamente. En fumadores con moderado o alto grado de dependencia física por la nicotina (4 o más puntos en el Test de Fagerström) se impone la utilización de parches más chicles de nicotina o comprimidos de chupar o espray bucal de nicotina³¹.

La utilización de TSN en fumadores ingresados tiene importantes ventajas. Por un lado, la rapidez de acción de este tipo de medicación, que hace efecto a partir del mismo momento en que es utilizada; y por otro, la escasez de efectos adversos que produce. Además, su uso tiene pocas contraindicaciones y muy escasas interacciones con otros fármacos que el paciente ingresado pudiera estar utilizando¹².

Aunque, tradicionalmente, el padecimiento de síndrome coronario agudo ha sido nombrado como contraindicación para la utilización de TSN, este aspecto es muy controvertido hoy en día. Un reciente estudio llevado a cabo en fumadores hospitalizados, algunos de ellos por síndrome coronario agudo, que recibieron TSN, encontró que la intervención en este tipo de pacientes era eficaz y segura²⁴. Además, el American College of Cardiology/American Heart Association recomiendan la utilización de estos fármacos en este grupo de pacientes³².

Recomendación: parches, chicles, espray bucal o comprimidos de nicotina son fármacos que están recomendados para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados y que para obtener la mayor eficacia deberán prescribirse junto con consejo que se prolongará durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria. Es una recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta.

Bupropion. Bupropion no ha demostrado ser eficaz para ayudar a dejar de fumar en el grupo de fumadores hospitalizados^{10,17–19,22}. Por otro lado, la seguridad de uso de esta medicación en este mismo grupo de sujetos, incluso en aquellos con enfermedad cardiovascular, ha sido demostrada^{18,19}.

Las principales desventajas para la utilización de esta medicación en el grupo de fumadores ingresados son que este fármaco necesita de un periodo de 7 a 14 días para hacer efecto, y que su metabolización hepática, a través del complejo enzimático P450, puede asociar importantes interacciones con otros medicamentos.

Recomendación: bupropion es un fármaco no recomendado para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados. Es una recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta.

Vareniclina. La eficacia y la seguridad de vareniclina para ayudar a dejar de fumar a pacientes hospitalizados, incluso a aquellos con síndrome coronario agudo, ha sido claramente demostrada en 3 de 4 ensayos clínicos^{13–15,22}.

Vareniclina deberá ser utilizada a dosis estándar y durante un periodo de 12 semanas^{12,33,34}. En aquellos pacientes con alto grado de dependencia o con enfermedades respiratorias crónicas sería muy conveniente utilizarla a la dosis y el tiempo que señalan las recomendaciones de sociedades científicas como la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica y la European Respiratory Society^{33,34}.

El principal inconveniente para la utilización de vareniclina en pacientes hospitalizados radica en la necesidad de usarla durante una semana antes de que alcance su eficacia. No obstante, su perfil metabólico, que le permite ser eliminada por orina sin atravesar la vía hepática, la convierte en un fármaco sin interacciones medicamentosas y de fácil utilización en muchos pacientes hospitalizados que pudieran estar polimedrados^{12,33,34}.

Recomendación: vareniclina es un fármaco recomendado para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados y que para obtener la mayor eficacia debe prescribirse junto con consejo que se prolongará durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria. Es una recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta.

Seguimiento. Una parte fundamental del tratamiento del tabaquismo en los fumadores ingresados es el seguimiento. Para que el seguimiento produzca la mayor eficacia es necesario que se

prolongue durante, al menos, un mes después del alta. Aunque cuanto más prolongado sea, mayor será la eficacia.

Recomendación: siempre se debe pautar seguimiento después del alta hospitalaria para control del proceso de abandono del consumo del tabaco en aquellos fumadores que han realizado un intento de dejar de fumar durante su hospitalización. El seguimiento se debe prolongar durante, al menos, 4 semanas. Es una recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta.

Recomendaciones para la intervención sobre los pacientes exfumadores hospitalizados que llevan menos de 6 meses sin fumar

La Clinical Practice Guideline del U. S. Department of Health and Human Services recomienda que la intervención sobre este grupo de sujetos incluya los siguientes aspectos¹² (fig. 1):

1. Felicitación: los sujetos deben ser efusivamente felicitados por todos los profesionales sanitarios que lo atienden por su decisión de abandonar el tabaco¹².
2. Oferta de apoyo: todos los profesionales sanitarios deben ofertar ayuda al exfumador para que se mantenga sin fumar durante su estancia hospitalaria¹².
3. Valoración del síndrome de abstinencia: si el sujeto lleva menos de 3 meses sin fumar es posible que todavía tenga síntomas del síndrome de abstinencia. En estos casos es muy recomendable que se haga una correcta valoración del síndrome de abstinencia y que se prescriba medicación si fuese necesario¹².
4. Depresión o sensación de desánimo: estos son síntomas que pueden aparecer hasta en un 25–30% de los exfumadores de menos de 6 meses de evolución. Cuando aparecen deben ser diagnosticados y tratados adecuadamente¹².
5. Ganancia de peso: alrededor del 85% de los fumadores ganan peso al dejar de serlo. Lo más frecuente es que la ganancia sea de entre 2 y 5 kg en aproximadamente 4 a 6 meses³⁵.
6. Controlar la aparición de recaídas: la mayor parte de las recaídas que padecen los fumadores cuando están dejando de fumar ocurren durante los 6 meses posteriores al abandono del tabaco. Los sujetos hospitalizados que estén en esta situación deberán ser controlados para detectar precozmente la recaída.

Recomendación: la intervención sanitaria en los pacientes exfumadores hospitalizados que llevan menos de 6 meses sin fumar debe incluir los siguientes aspectos: felicitar al paciente por haber dejado de fumar, apoyarle para que se mantenga sin hacerlo durante su estancia hospitalaria, y vigilar la aparición de síntomas del síndrome de abstinencia, de depresión, de ganancia de peso y de recaída. En caso de que aparezcan deberán ser tratados pronta y adecuadamente. Es una recomendación consistente. Calidad de la evidencia alta.

Recomendaciones para la intervención sobre los pacientes que nunca han fumado o que llevan 6 o más meses sin fumar

La intervención en los sujetos que respondan que no han fumado nunca o que llevan más de 6 meses sin fumar se limitará a felicitar al paciente por su actitud y a animarle a que continúe en ese estado (fig. 1).

Conflicto de intereses

Los Drs. Carlos A. Jiménez Ruiz, Jose Ignacio de Granda Orive, Segismundo Solano Reina, Juan Antonio Riesco Miranda, Jose Francisco Pascual Lledó y Marcos García Rueda han colaborado con GSK y Pfizer, industrias farmacéuticas con interés en el campo del tratamiento del tabaquismo.

El resto de los autores declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Angela Ramos Pinedo (Hospital Fundación Alcorcón, Madrid, España) y al Dr. Daniel Buljubasich (Hospital Español, Rosario, Argentina, y Director del Departamento de Tabaquismo de la Asociación Latinoamericana de Tórax), quienes fueron los revisores externos de este documento.

Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Año 2013. Notas de prensa, 26 de noviembre de 2014 [consultado 15 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np878.pdf>
- Nieto García J, Abdel-Kader Martín L, Rosado Martín M, Carriazo Pérez de Guzmán A, Arias Jiménez J. Tabaquismo en pacientes hospitalizados. *An Med Interna*. 2003;20:351–9.
- Gallego Alonso M, Miguel Díaz J, Villar Alvarez F, Perez de Oteyza C. Consumo de tabaco en pacientes hospitalizados antes y después de la Ley antitabaco (28/2005). *Rev Clin Esp*. 2010;210:216–20.
- Schünemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, Bria WF, El-Solh AA, Ernst A, et al. An official ATS statement: Grading the quality of evidence and strength of recommendations in ATS guidelines and recommendations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;174:605–14.
- Centers for Disease Control and Prevention. Distribution of first-listed diagnoses among hospital discharges with diabetes as any-listed diagnosis, adults aged 18 years and older, United States, 2010 [consultado 15 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/hosp/adulttable1.htm>
- Myers K, Hajek P, Hinds CH, McRobbie H. Stopping smoking shortly before surgery and postoperative complications. A systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2011;171:983–9.
- Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;7:CD002294.
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE núm. 318, de 31 de diciembre de 2010. p. 109188–94 [consultado 15 Sep 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-20138>
- Sadr Azodi O, Lindström D, Adami J, Tønnesen H, Näsell H, Gilljam H. The efficacy of a smoking cessation programme in patients undergoing elective surgery: A randomised clinical trial. *Anaesthesia*. 2009;64:259–65.
- Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD001837.
- Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: A systematic review. *Arch Intern Med*. 2008;168:1950–60.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Baiey WC, Benowitz N, Curry SJ, et al. Treating tobacco use dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR, coordinadores de la traducción. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010. Madrid: Eden Artes Gráficas S. L.; 2010.
- Smith BJ, Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Peters MJ, Fitridge R, et al. Smoking Termination Opportunity for inPatients (STOP): Superiority of a course of varenicline tartrate plus counselling over counselling alone for smoking cessation: A 12-month randomised controlled trial for inpatients. *Thorax*. 2013;68:485–6.
- Steinberg MB, Randall J, Greenhaus S, Schmelzer AC, Richardson DL, Carson JL. Tobacco dependence treatment for hospitalized smokers: Randomized, controlled, pilot trial using varenicline. *Addict Behav*. 2011;36:1127–32.
- Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, Old W, Grondin FR, Bata I, et al. Varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Circulation*. 2016;133:21–30.
- Carson KV, Smith BJ, Brinn MP, Peters MJ, Fitridge R, Koblar SA, et al. Safety of varenicline tartrate and counseling versus counseling alone for smoking cessation: A randomized controlled trial for inpatients (STOP study). *Nicotine Tob Res*. 2014;16:1495–502.
- Simon JA, Duncan C, Huggins J, Solkowitz S, Carmody TP. Sustained-release bupropion for hospital-based smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine Tob Res*. 2009;11:663–9.
- Rigotti NA, Thorndike AN, Regan S, McKool K, Pasternak RC, Chang Y, et al. Bupropion for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease. *Am J Med*. 2006;119:1080–7.
- Planer D, Lev I, Elitzur Y, Sharon N, Ouzan E, Pugatch T, et al. Bupropion for smoking cessation in patients with acute coronary syndrome. *Arch Intern Med*. 2011;171:1055–60.
- Grandi SM, Shimony A, Eisenberg MJ. Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Cardiol*. 2013;29:1704–11.
- Eisenberg MJ, Grandi SM, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, et al. Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with acute myocardial infarction: A randomized, placebo-controlled trial. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:524–32.
- Rigotti NA, Regan S, Levy DE, Japuntich S, Chang Y, Park ER, et al. Sustained care intervention and post-discharge smoking cessation among hospitalized adults: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312:719–28.
- Ortega F, Vellisco A, Márquez E, López-Campos JL, Rodríguez A, de los Ángeles Sánchez M, et al. Effectiveness of a cognitive orientation program with and without nicotine replacement therapy in stopping smoking in hospitalised patients. *Arch Bronconeumol*. 2011;47:3–9.
- Mohiuddin SM, 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;131:446–52.
- Campbell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM. Smoking cessation in hospital patients given repeated advice plus nicotine or placebo chewing gum. *Respir Med*. 1991;85:155–7.
- Campbell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM. Transdermal nicotine plus support in patients attending hospital with smoking related diseases - A placebo controlled study. *Respir Med*. 1996;90:47–51.
- Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized clinical trial. *Int J Addict*. 1991;26:107–19.
- Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients - Results of a randomized trial. *Arch Intern Med*. 1997;157:409–15.
- Borglykke A, Pisinger C, Jorgensen T, Ibsen H. The effectiveness of smoking cessation groups offered to hospitalised patients with symptoms of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Clin Respir J*. 2008;2:158–65.
- Mullen KE, Coyle D, Manuel D, Nguyen H, Pham B, Pipe AL, et al. Economic evaluation of a hospital-initiated intervention for smokers with chronic disease, in Ontario, Canada. *Tob Control*. 2015;24:489–96.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000146.
- Antmann EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction-executive summary. *Circulation*. 2004;110:588–636.
- Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano Reina S, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:354–63.
- Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, Tonnesen P, van Schayck CP, Hajek P, 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;46:61–79.
- Tian J, Venn A, Otahal P, Gall S. The association between quitting smoking and weight gain: A systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev*. 2015;16:883–901.