

Normativa para el tratamiento del tabaquismo

Grupo de Trabajo de Tratamiento del Tabaquismo del Área de Tabaquismo. SEPAR*.

Introducción

El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte en los países desarrollados¹. Y es precisamente su condición de ser prevenible lo que nos debe animar a todos los médicos en la batalla por su control.

Recientemente, un estudio multicéntrico, que incluyó a un numeroso grupo de fumadores diagnosticados de EPOC y que fueron seguidos a lo largo de 5 años, ha demostrado claramente que el abandono del consumo del tabaco es el remedio más eficaz para combatir esta enfermedad². Pensemos que la EPOC es una de las primeras causas de consultas neumológicas en nuestro país³.

Por otro lado, el consumo de cigarrillos ha resultado la causa del 85-90% de los cánceres de pulmón diagnosticados en un grupo de población^{1,4}. A pesar de los avances en el tratamiento quirúrgico de este tipo de tumores y de las mejoras introducidas por las nuevas pautas quimiorradioterápicas, sólo el 13% de los pacientes con cáncer de pulmón sobreviven a los 5 años de haber sido diagnosticados⁵. Gran parte de estas muertes se habrían evitado si una correcta política de prevención hubiera sido puesta en práctica o si un acertado tratamiento del tabaquismo hubiese sido prescrito con 12 o 15 años de antelación¹.

Son estas y otras razones las que han convertido al tratamiento del tabaquismo en una disciplina que debe ser conocida por todos los médicos y en especial por aquellos especialistas que más relación tienen con las enfermedades atribuibles a esta drogodependencia.

Sociedades médicas internacionales de reconocida solvencia ya han dictado declaraciones en las que apelan a la responsabilidad de todos los profesionales sanitarios para controlar esta epidemia⁶.

El Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) preocupada por esta realidad ha elaborado una Normativa de Tratamiento del Tabaquismo que a continuación será descrita.

*C.A. Jiménez Ruiz (Madrid), S. Solano Reina (Madrid), J.M. González de Vega (Granada), M.J. Ruiz Pardo (Barcelona), S. Flórez Martín (Madrid), A. Ramos Pinedo (Ciudad Real), M. Barrueco Ferrero (Salamanca) y F. Carrión Valero (Valencia).

Correspondencia: Dr. C.A. Jiménez Ruiz.
Unidad de Tabaquismo-Servicio de Neumología.
Hospital Universitario de la Princesa.
Diego de León, 62. 28006 Madrid.
Correo electrónico: cjiménez@hup.es

Recibido: 9-3-99; aceptado para su publicación: 6-4-99.

(Arch Bronconeumol 1999; 35: 499-506)

Intervención médica sobre el tabaquismo

Los médicos debemos preguntar siempre a nuestros pacientes sobre su hábito tabáquico. Con el fin de obtener una información provechosa, nosotros aconsejamos que el interrogatorio sobre este tema se realice de acuerdo con lo expuesto en la figura 1. Siguiendo el esquema de la anamnesis reflejada en dicha figura podremos en-

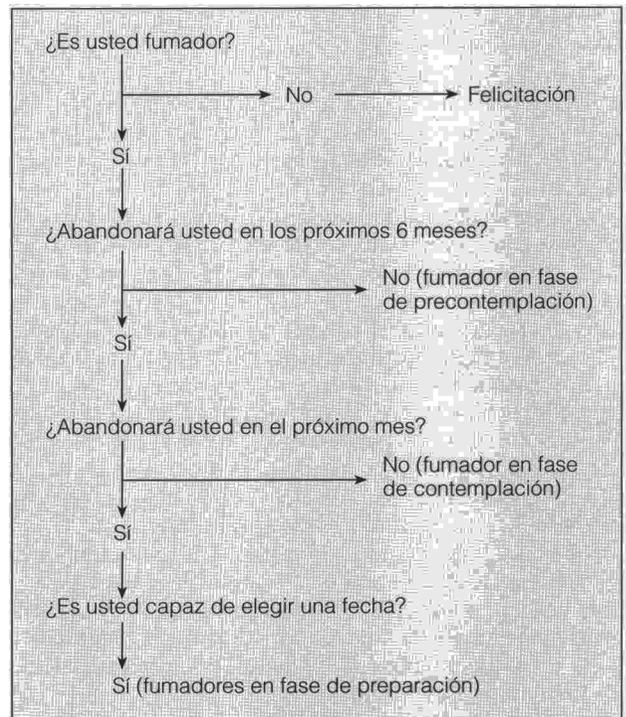


Fig. 1. Anamnesis sobre tabaquismo.

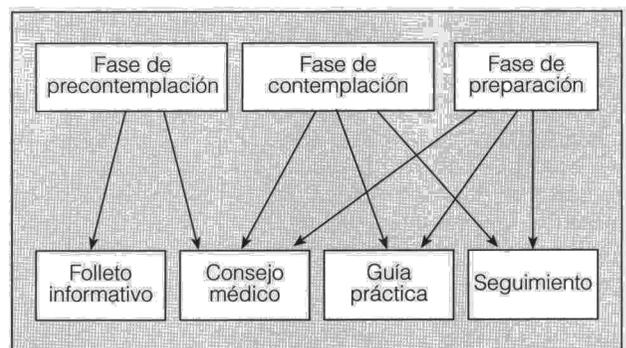


Fig. 2. Tipo de intervenciones médicas de acuerdo con la fase de abandono del tabaco.

cuadrar al fumador dentro de su propia fase de abandono de consumo de tabaco, y de esta forma, optimizaremos nuestra intervención^{7,8}. Cada fumador requiere un tipo de intervención médica determinada por la fase en la que se encuentra, por su dependencia a la nicotina, por su motivación para dejar de fumar y por los recursos sanitarios existentes en cada medio^{7,8}. En la figura 2 se especifican el tipo de intervenciones médicas que se proponen para realizar a cada fumador dependiendo de la fase en la que se encuentre. A continuación detallaremos cada una de ellas.

Consejo médico

Los médicos deben aconsejar el abandono del consumo del tabaco a todos los fumadores. Para que este consejo surta sus mejores efectos es necesario que cumpla una serie de requisitos. El aviso debe ser dado amable y amigablemente pero con firmeza, utilizando palabras sencillas que transmitan claramente al paciente que el abandono del consumo del tabaco será la decisión más saludable que tome en su vida⁹.

El consejo que se da a los fumadores en fase de precontemplación debe ser más informativo que impositivo. Los precontempladores son fumadores que no conocen o no quieren saber los riesgos que la salud corre como consecuencia del consumo de tabaco. En ellos un aviso médico que les alerte de esos riesgos, pero sobre todo que les informe de los beneficios que la salud obtiene por la cesación tabáquica, suele ser muy efectivo. Aumentaremos esta eficacia si en el momento del consejo proporcionamos al fumador un folleto que contenga información sanitaria sobre tabaquismo^{7,9}. Este tipo de folletos son suministrados gratuitamente por el Departamento de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y por un buen número de consejerías de salud de las distintas comunidades autónomas de España (Aragón, Cataluña, Galicia, Madrid, Valencia, etc.).

Los contempladores son un grupo de fumadores que han intentado abandonar el consumo de tabaco en varias ocasiones pero cuyos esfuerzos siempre han resultado infructuosos^{7,8}. Por ello se sienten frustrados y con falta de autoconfianza para plantearse un nuevo intento de abandono. El consejo que se imparta sobre ellos tratará de incrementar su autoconfianza, indicándoles que a medida que aumenta el número de intentos para dejar de fumar, también lo hacen las posibilidades de conseguirlo, y que cada intento fallido debe ser interpretado como una oportunidad de aprender nuevos trucos que podrán ser utilizados con más éxito en un próximo ensayo por abandonar el cigarrillo^{10,11}. Una parte importante del consejo a los fumadores en fase de contemplación consiste en la identificación y resolución de las causas que ocasionaron recaída en los fallidos intentos pasados. Generalmente se describen tres causas: ansiedad, ganancia de peso y dependencia a la nicotina¹². Alertar al fumador de la existencia de tratamientos efectivos para cada una de estas causas, así como de nuestra disposición para ayudarle en un nuevo intento de abandono, serán circunstancias que le animen a elegir nuevamente un día para dejar de fumar^{7,9}. Conseguiremos una

mayor eficacia del consejo médico sobre los contempladores cuando, además de cumplir las características reseñadas más arriba, lo acompañemos de una guía práctica para dejar de fumar^{7,9}. En estas guías el fumador encontrará una serie de consejos que le ayuden a prepararse para dejar de fumar, qué hacer un primer día de su vida sin tabaco y cómo mantenerse sin él. Ejemplares de estas guías pueden ser obtenidos de forma gratuita en el Departamento de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y en las consejerías de salud de muchas comunidades autónomas. El Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica ha confeccionado un Decálogo para Dejar de Fumar, en donde, de forma resumida, el fumador con ganas de dejar de serlo, encontrará 10 consejos que sin duda le serán útiles en su intento (tabla I).

El consejo médico para los fumadores en fase de preparación debe estar encaminado a que el paciente elija un día para dejar de serlo, y sobre todo a pautar un seguimiento para ayudarle a mantenerse sin fumar^{7,9}. Le recomendaremos elegir un día de abandono del tabaco (día D). Anotaremos la fecha en su historia clínica. Le aconsejaremos que el día elegido sea uno donde encuentre más facilidades que dificultades para dejar de fumar. Se evitarán períodos de estrés o aquellos en los que las relaciones sociales vayan a ser frecuentes¹³.

Seguimiento

El éxito en el abandono del consumo del tabaco radica, más que en la posibilidad de estar un día sin fumar,

TABLA I
Decálogo para dejar de fumar

Preparación

1. Piensa por qué fumas cada vez que enciendes un cigarrillo e infórmate sobre el tabaco
2. Busca tus motivos para dejar de fumar y escribe una lista
3. Evita las situaciones que asocias con fumar y elige ambientes sin humo
4. Decide el día que vas a dejar de fumar y, si lo crees oportuno, díselo a tus familiares y amigos

Plan de acción. ¿Qué hacer el primer día?

5. Levántate un poco antes y haz ejercicio físico, bebe zumo y agua
6. Debes estar lo más activo posible durante todo el día, de manera que tus manos y boca estén ocupadas
7. Decídete a no fumar, aunque sólo sea el día de hoy

¿Cómo mantenerse sin fumar?

8. Practica alguna actividad física, mejor en grupo, y toma una dieta rica en frutas y verduras. Relee tu lista de motivos para dejar de fumar
9. Si sientes un deseo muy fuerte de fumar, no te preocupes, relájate, respira profundamente y concéntrate en lo que estás haciendo. También puedes consultar a los profesionales sanitarios
10. No cedas ni por un solo cigarrillo. Recuerda que el deseo de fumar disminuye después de la segunda o tercera semana. Felicítate por cada día que pasa sin fumar

¡Ánimo! ¡No quemes tu vida!

¡Esta vez seguro que lo conseguirás!

Área de Tabaquismo
SEPAR

en la posibilidad de mantenerse durante un amplio período de tiempo^{7-9,14}. Por esto, el seguimiento por parte del médico de los fumadores que están intentando dejar de serlo resulta un procedimiento de gran utilidad en el tratamiento del tabaquismo¹⁵.

Pautar un seguimiento no está indicado en los fumadores en fase de precontemplación. En algunos contempladores puede ser de utilidad cuando se sienten capaces de volver a una próxima cita, y es imprescindible en aquellos que han decidido una fecha para dejar de fumar⁷⁻⁹.

Existen varias formas de seguimiento. En aquellos fumadores con menos dificultades se puede establecer la pauta de enviarles alguna carta como recordatorio de su compromiso de dejar de fumar y como oferta de ayuda por si tuvieran cualquier tipo de problema. Para aquellos que sufren graves dificultades se puede establecer un seguimiento más intenso: con visitas semanales durante el primer mes y quincenales durante el segundo y el tercero, una visita al sexto y al duodécimo mes completarían un buen plan de intenso seguimiento⁹. En estas visitas se analizarán los problemas y las dificultades que el fumador encuentre, el médico tratará de animarle en el cumplimiento de la decisión que tomó y establecerá o modificará el tratamiento antes sugerido¹⁵⁻¹⁷.

Este tipo de intervenciones tienen una eficacia que oscila entre el 5 y el 10% de éxitos en el abandono del consumo de tabaco al año de seguimiento (tabla II)¹⁸⁻²³. Esta baja eficacia se compensa por el elevado número de fumadores que pueden recibir esta intervención terapéutica con apenas un mínimo esfuerzo por parte del médico⁹. Se ha calculado que aproximadamente el 70% de los fumadores de un país desarrollado visitan a un médico al menos una vez al año²⁴. Además, se sabe que entre el 60 y el 90% de ellos quiere dejar de serlo y consideran que ser avisados por su médico en este sentido sería un punto importante en la definitiva toma de su decisión^{11,24}. Son estos hechos los que hacen que el consejo médico sea uno de los métodos de tratamiento a fumadores con más alto rendimiento^{11,24}. Es fácil imaginar la enorme cantidad de ex fumadores anuales que representaría el hecho de que el 5% de los fumadores que visitan un médico dejaran de serlo, sólo porque éste así se lo recomienda a lo largo de una charla de no más de 2 o 3 min de duración⁹. No obstante, a pesar de la excelente relación coste-efectividad de este tipo de intervención médica, son pocos los profesionales que la practican de forma rutinaria^{9,25-27}.

Intervención médica especializada sobre el tabaquismo

Existe un grupo de fumadores en los que este tipo de intervención mínima reseñado anteriormente no es efectiva. No obstante, ellos han intentado en varias ocasiones abandonar el tabaco, pero han sufrido una serie de problemas orgánicos y psicológicos que les impiden abandonar definitivamente los cigarrillos. Serán éstos los sujetos que necesiten recibir un tratamiento especializado de su tabaquismo.

Con este grupo de fumadores proponemos realizar la siguiente metodología: anamnesis, exploración física y

exámenes complementarios. Con estos datos diagnosticaremos la tipología del fumador, su grado de dependencia por la nicotina y su grado de motivación para dejar de fumar. Finalmente, instauraremos el tratamiento más idóneo, que será vigilado en las consultas de seguimiento que se establezcan⁹. A continuación detallaremos cada uno de éstos:

Anamnesis

El interrogatorio que se realiza con los fumadores tiene dos partes claramente diferenciadas. Por un lado, el paciente rellena personalmente, sin intervención del médico, dos cuestionarios: la escala del estrés percibido y la valoración de los motivos para dejar de fumar²⁸. La otra parte de este interrogatorio es realizada por el médico mediante conversación directa con el fumador y en ella se analizan no sólo datos acerca de la historia clínica del sujeto sino también, y de forma más profunda, datos relacionados con el tabaquismo del paciente. En este apartado se estudian la edad de comienzo y los intentos previos de abandono (número, tiempo de duración de la abstinencia, fecha del último intento, motivos de las recaídas). Investigaremos la preocupación del fumador por su peso corporal y le alertaremos del hecho de que probablemente éste aumentará en los próximos meses si deja de fumar. Es imprescindible medir el grado de dependencia a la nicotina. Para ello utilizaremos el test de Fagerström (tabla III)²⁹. Es importante valorar los síntomas del síndrome de abstinencia que el sujeto tiene en situación basal para un mejor conocimiento de la intensidad del mismo en visitas posteriores³⁰.

Exploración física

La medición de la presión arterial, frecuencia cardíaca y peso corporal son imprescindibles. No obstante, conviene recordar que el fumador debe ser explorado como cualquier otro individuo que acude a consulta médica⁹.

TABLA II
Efectividad de la intervención mínima

Fuente	Seguimiento (meses)	Intervención	Abstinencia (%)
Russell et al ¹⁸	12	Control	0,3
		Cuestionario	1,6
		C	3,3
		C + G + S	5,1
Stewart et al ¹⁹	12	Cuestionario	11,7
		Cuestionario + C	10,5
		Cuestionario + C + G	12,8
Jamrozik et al ²⁰	12	Control	10,6
		C + G	15
		C + G + S	13,2
Slama et al ²¹	12	Control	0,9
		C	1,9
Tønnesen et al ²²	12	Control	1,2
		C + G + S	3,1
Jiménez Ruiz et al ²³	6	C + G + S	9

C: consejo, G: guía práctica, S: seguimiento.

TABLA III
Test de Fagerström modificado

Preguntas	R	P
- ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	< 5 min	3
	6-30 min	2
	31-60 min	1
	> 60 min	0
- ¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (p. ej., el cine)?	Sí	1
	No	0
- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	Al primero	1
	Otros	0
- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	> 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	< 11	0
- ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
- ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

R: respuestas; P: puntuación.

Exámenes complementarios

Reseñaremos aquí las exploraciones que consideramos fundamentales en la consulta de tabaquismo: cooximetría en aire espirado y, en ocasiones, determinación de los niveles de nicotina en sangre y/o en otros líquidos corporales⁹.

Diagnóstico

A la vista de los datos obtenidos mediante la realización de la historia clínica podremos diagnosticar no sólo la fase en la que el fumador se encuentra sino conocer también su grado de dependencia nicótica y su motivación para dejar de fumar.

Es importante realizar un diagnóstico precoz de las causas de recaída para instaurar un adecuado tratamiento preventivo de las mismas. Entre estas causas se han descrito: ganancia de peso, ansiedad y síndrome de abstinencia¹².

Dos mecanismos explican la ganancia de peso en los ex fumadores: por un lado la falta de aporte nicótico y, por otro, el incremento de la ingesta calórica^{31,32}.

La ansiedad, la impaciencia, el nerviosismo conducen a recaídas en el 10-15% de las ocasiones. No obstante, sin lugar a dudas, es el síndrome de abstinencia la causa que produce recaídas con mayor frecuencia (70-80%)¹².

Tratamiento

El tratamiento especializado del tabaquismo está basado en los siguientes pilares: apoyo psicológico, elección de día para dejar de fumar (día D) y tratamiento de las recaídas.

Apoyo psicológico. El médico enseñará a su paciente pautas de comportamiento que le ayuden a dejar de fumar. En este sentido han resultado eficaces las siguientes:

- El fumador aprenderá cuáles son las situaciones de su vida cotidiana que asocia con el consumo de cigarrillos y tratará de evitarlas.

- Es útil que el sujeto escriba una lista con sus motivos para dejar de fumar y que la relea con frecuencia.

- Daremos al paciente todo tipo de información sobre tabaquismo (folletos informativos, guías prácticas, etc.).

- La práctica de ejercicio físico, el incremento de la ingesta de frutas y verduras, la reducción de los hidratos de carbono y grasas, así como evitar la toma de alcohol y otros excitantes, son procederes que ayudarán al paciente a mantenerse sin fumar.

- El fumador deberá entender que sus hábitos de vida van a cambiar durante unos meses, pero que pasados éstos, justo cuando el peligro de recaída ya es menor, él podrá volver a retomar sus costumbres.

Elección de día para dejar de fumar (día D). Con relación a este tema remitimos al lector al apartado referido al consejo médico.

Tratamiento de las recaídas. Diversos estudios demuestran que el ex fumador, bien como consecuencia de la falta de aporte nicótico o bien debido al aumento de la ingesta, incrementa su peso corporal en aproximadamente 700 g semanales^{31,32}. Por ello la reducción de la ingesta calórica en aproximadamente 500 calorías/día y la práctica de ejercicio físico durante las primeras semanas de abandono de consumo de tabaco han resultado muy eficaces para combatir la ganancia de peso en el ex fumador³¹⁻³⁴.

Las técnicas de autorrelajación y autocontrol, así como el apoyo psicológico, individual o en grupo, son pautas de tratamiento que han sido utilizadas con éxito para combatir el elevado índice de ansiedad que sufren estos sujetos²⁸. En casos puntuales la utilización de ansiolíticos de acción leve puede resultar útil.

La terapia sustitutiva con nicotina (TSN) es la mejor forma de tratamiento del síndrome de abstinencia, que ha demostrado ser la causa más frecuente de recaída^{12,30,35,36}. A continuación hablaremos más detenidamente de esta forma de terapia:

Concepto. La TSN se define como la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo por una vía distinta a la del consumo de un cigarrillo, en una cantidad suficiente como para evitar el padecimiento de los desagradables síntomas del síndrome de abstinencia, pero en cantidad insuficiente como para crear dependencia³⁷.

Tipos. Existen varias formas de TSN: chicle, parche, nebulizador nasal e inhalador bucal. Las principales características de cada uno de ellos están reseñadas en la tabla IV³⁷.

Recomendaciones de uso de la TSN. A continuación expondremos el tipo, dosis y tiempo de utilización de TSN en el tratamiento del tabaquismo dependiendo de las características de cada fumador.

Conviene reseñar aquí que estas recomendaciones deben ser tomadas a título orientativo, y que cuando un sujeto no cumpla todos los criterios de clasificación en uno u otro tipo de categoría el criterio que debe ser valorado como de mayor peso específico es la puntuación del test de Fagerström²⁹.

En general, la recomendación es la siguiente (tabla V)^{9,37-55}:

TABLA IV
Terapia sustitutiva con nicotina. Resumen

	Chicle	Parche	Nebulizador	Inhalador
Forma de administración	Masticación ↓ Liberación nicotina ↓ Absorción ↓ ↑ Nicotinemia	El parche deberá ser colocado sobre una zona de la piel sin vello, todos los días en el momento de levantarse y deberá retirarse al día siguiente (si el parche fuere de 24 h) o ese mismo día al acostarse (si el parche fuere de 16 h)	Instilación de 0,5 mg de nicotina en cada una de las fosas nasales del fumador, tantas veces como él quiera sin sobrepasar 5 mg a la hora y 40 mg al día	Es un inhalador que permite la saturación del aire inspirado con nicotina al ser utilizado
Efectos secundarios	Molestias dentarias. Úlceras en lengua y mucosa oral. Dolor de garganta y mandíbula. Hipo. Ardor epigástrico. Náuseas. Mal sabor de boca	Picor. Eritema. Exantema. Cefalea. Mialgia. Mareos. Dispepsia	Irritación de la mucosa nasal. Picor. Estornudos. Obstrucción nasal	Tos Irritación de garganta
Contraindicaciones	Problemas dentarios Trastornos articulación témporo-mandibular Inflamación orofaríngea	Enfermedades dermatológicas generalizadas	Enfermedades graves de las fosas nasales	
Contraindicaciones comunes	Infarto de miocardio reciente. Arritmias cardíacas severas. Angina inestable. Embarazo. Lactancia. Ulcus gastroduodenal activo. Enfermedades mentales graves. Otras drogodependencias			

TABLA V
Recomendaciones de uso de la terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

NCD	FTND Puntos	CO ppm	Opciones terapéuticas		
			Chicle	Parche 24 h	Parche 16 h
10-19	3 o menos	< 15	2 mg 8-10 piezas/día 8-10 semanas	21 mg 4 S 14 mg 4 S	15 mg 4-6 S 10 mg 2-4 S
20-30	4-6	15-30	4 mg/90 min 12 S	21 mg 4 S 14 mg 4 S 7 mg 4 S	15 mg + 10 mg 4 S 15 mg 4 S 10 mg 4 S
< 30	7 o más	> 30	4 mg/60 min 12 S	21 mg 6 S 14 mg 4 S 7 mg 2 S	15 mg + 10 mg 6 S 15 mg 4 S 10 mg 2 S
Terapia combinada (parche + chicle)					

NCD: número de cigarrillos/día; FTND: test de Fagerström; CO: concentraciones de monóxido de carbono en aire espirado (en partes por millón); S: semanas

– En los fumadores de 10 a 19 cigarrillos/día con 3 o menos puntos en el test de Fagerström y con concentraciones de monóxido de carbono (CO) en aire espirado inferiores a 15 ppm, se pueden utilizar chicles o parches de nicotina. Si se usan chicles, deberán ser de 2 mg. Se recomendará masticar entre 8-10 piezas diarias durante 8-10 semanas reduciendo la dosis de forma progresiva a partir de la cuarta semana. Si se utilizan parches de 24 h la dosis será de 21 mg/día durante 4 semanas y de 14 mg/día durante 4 semanas más. Si los parches son de 16 h, la dosis será de 15 mg/día durante 4-6 semanas y de 10 mg/día durante 2 o 4 semanas más.

– En los fumadores de 20 a 30 cigarrillos/día, con 4 a 6 puntos en el test de Fagerström y con concentración de CO entre 15 a 30 ppm, podremos utilizar chicles o parches. Los chicles serán de 4 mg y recomendaremos al fumador que mastique una pieza cada 90 min mientras esté despierto, durante 12 semanas, reduciendo la dosis de forma progresiva a partir de la sexta semana. Si prescribimos parches, serán de 21 mg cada 24 h durante

4 semanas para reducir la dosis a 14 mg/24 h durante 4 semanas más, y terminaremos con 7 mg/24 h durante 4 semanas más. Si el parche es de 16 h podremos utilizar: parche de 15 mg más parche de 10 mg/día durante 4 semanas, y parche de 15 mg/día durante 4 semanas más, para terminar con 10 mg/día durante cuatro semanas.

– En los fumadores de más de 30 cigarrillos al día, con 7 o más puntos en el test de Fagerström y con concentraciones de CO superiores a 30 ppm, se puede utilizar chicle y/o parche de nicotina. Cuando recomendemos chicle, será de 4 mg cada 60 min mientras el sujeto esté despierto, durante 12 semanas, reduciendo progresivamente la dosis a partir de la octava semana. Si se utilizan parches de 24 h se seguirá el siguiente esquema: 21 mg/día durante 6 semanas, 14 mg/día durante 4 semanas y terminaremos con 7 mg/día durante 2 semanas. Si se utilizan parches de 16 h el esquema terapéutico será el siguiente: parche de 15 mg más parche de 10 mg/día durante 6 semanas, parche de 15 mg/día durante 4 semanas más, para terminar con parche de 10 mg/día

TABLA VI
Efectividad de la terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

Tipo de TSN	Seguimiento (meses)	% Abstinencia		p
		Activo	Placebo	
Chicle 2 mg (38)	12	25	9	0,05
Chicle 4 mg (40)	12	33	4	0,05
Parche 24 h (45)	6	22	8	0,05
Parche 16 h (42)	12	17	4	0,001
Nebulizador nasal (48)	12	26	10	0,05
Inhalador nasal (49)	12	15	5	0,05
Chicle + parche (50)	12	18	13	0,05

Las cifras entre paréntesis corresponden a las citas bibliográficas.

durante 2 semanas más. En ocasiones en estos fumadores puede estar indicada la utilización de parche de nicotina a las dosis reseñadas, y en momentos en los que el paciente sufra un intenso *craving*, a pesar de ser portador de parche de nicotina, se le podrá permitir mastigar un chicle de 2 o 4 mg de nicotina.

Otra forma de tratamiento muy indicado para estos fumadores con alta dependencia física es el nebulizador nasal de nicotina. Éste consiste en una botella de pequeño tamaño equipada con un mecanismo de multidosificación apto para adaptarse a las fosas nasales. Dicha botella contiene una solución acuosa isotónica a pH neutro de nicotina a una concentración de 10 mg/ml⁵⁶. Una dosis de medicación consiste en la administración de una instilación de nebulizador en cada fosa nasal. Cada aplicación libera 50 µl de solución que contienen 0,5/mg de nicotina. Luego cada dosis proporcionará 1 mg de nicotina. Es importante que la aplicación se realice correctamente, para ello la botella debe ser siempre colocada paralela al eje marcado por los huesos propios de la nariz⁵⁶. En general, se recomiendan 1-3 mg/h mientras el sujeto esté despierto, durante un período de 3 a 6 meses reduciendo progresivamente la dosis a partir de 6-8 semana⁵⁶⁻⁶⁰ (tabla IV). Los sujetos serán advertidos de la frecuente aparición de efectos secundarios locales (lagrimeo, rinorrea, picor de garganta y nariz, etc.), pero se les animará a continuar a pesar de ellos pues este tipo de molestias desaparece después de 4-7 días de comenzar la medicación⁵⁶⁻⁶⁰.

Un reciente estudio ha señalado una buena eficacia de la terapia que combina parches con nebulizador nasal de nicotina en el tratamiento de fumadores altamente dependientes que fueron seguidos durante un período de 6 años⁶⁰.

Efectividad de la TSN. Todos los estudios que han analizado la eficacia de la TSN asociada a apoyo psicológico leve como forma de tratamiento del tabaquismo han obtenido unos porcentajes de éxito que aunque significativamente superiores a los obtenidos en el grupo placebo raramente superan el 40% al año de seguimiento^{38-50,53,55-60} (tabla VI).

TSN a altas dosis. Utilizando parches y/o chicles de nicotina a las dosis reseñadas en la tabla V se obtienen concentraciones de nicotemia que no superan el 50% de las alcanzadas con el consumo de los cigarrillos⁶¹. Este hecho explica por qué durante las primeras semanas de tratamiento se produce un elevado número de recaídas^{14,52,53-55,62}.

Recientemente se han puesto en marcha estudios en los que se ha utilizado TSN a altas dosis tratando de sustituir al menos el 90-80% de la nicotemia que el fumador tenía cuando era consumidor de cigarrillos^{53,55,63,64}. Con esta pauta entre el 75 y el 85% de los tratados permanecen abstinentes^{63,64}. La utilización de este tipo de terapias obligaría a la obtención de las concentraciones de nicotemia pre y postratamiento en el fumador tratando de buscar el porcentaje de sustitución más idóneo⁶⁴.

Seguimiento

Todos los estudios han demostrado que aquellos sujetos que permanecen totalmente abstinentes durante los 30 días siguientes al día D son los que más posibilidades tienen de mantenerse sin fumar al cabo de los 6 meses de inicio del tratamiento. En tanto que aquellos que consumen algo de tabaco durante estos primeros 30 días de abstinencia son los que tienen hasta un 90% de posibilidades de recaer antes de alcanzar los 6 meses^{14,62}. Esto aconsejaría mantener el seguimiento de forma intensa durante los primeros meses. Aconsejamos extremar la vigilancia del fumador en el primer mes de tratamiento y mantener la TSN no menos de 8 semanas y no más de 12, sin comenzar la reducción progresiva de la misma hasta la cuarta o sexta semana de tratamiento^{14,37-64}.

Terapia con antidepresivos

El uso de antidepresivos para el tratamiento del tabaquismo tiene bases epidemiológicas y fisiológicas.

Por un lado, un buen número de estudios han demostrado que los fumadores sufren depresión con mayor frecuencia que los no fumadores⁶⁵. Pero además se sabe que entre un 25 y un 35% de los sujetos que están intentando dejar de fumar sufre un cuadro depresivo entre la segunda y octava semana de abstinencia, que en ocasiones les produce recaídas⁶⁶. Por otro, se sabe que la nicotina produce una liberación de sustancias tales como dopamina, serotonina, noradrenalina, etc.³⁰ El bupropión y su metabolito activo el hidroxibupropión inhiben la captación neuronal de dopamina y noradrenalina, produciendo así un incremento de estas sustancias en las sinapsis neuronales del núcleo accumbens y ceruleus⁶⁷. Ésto ayudaría al ex fumador a combatir el síndrome de abstinencia a la nicotina.

Un reciente estudio realizado sobre 615 fumadores en los que se utilizó bupropión a dosis de 300 mg/día repartidos en dos tomas durante 7 semanas obtuvo buenos índices de abstinencia al año de seguimiento (26% en el grupo activo frente al 12% en el placebo, $p < 0,05$)⁶⁸.

Otro estudio ha demostrado que la asociación entre TSN (parches de nicotina) y bupropión tiene buenos re-

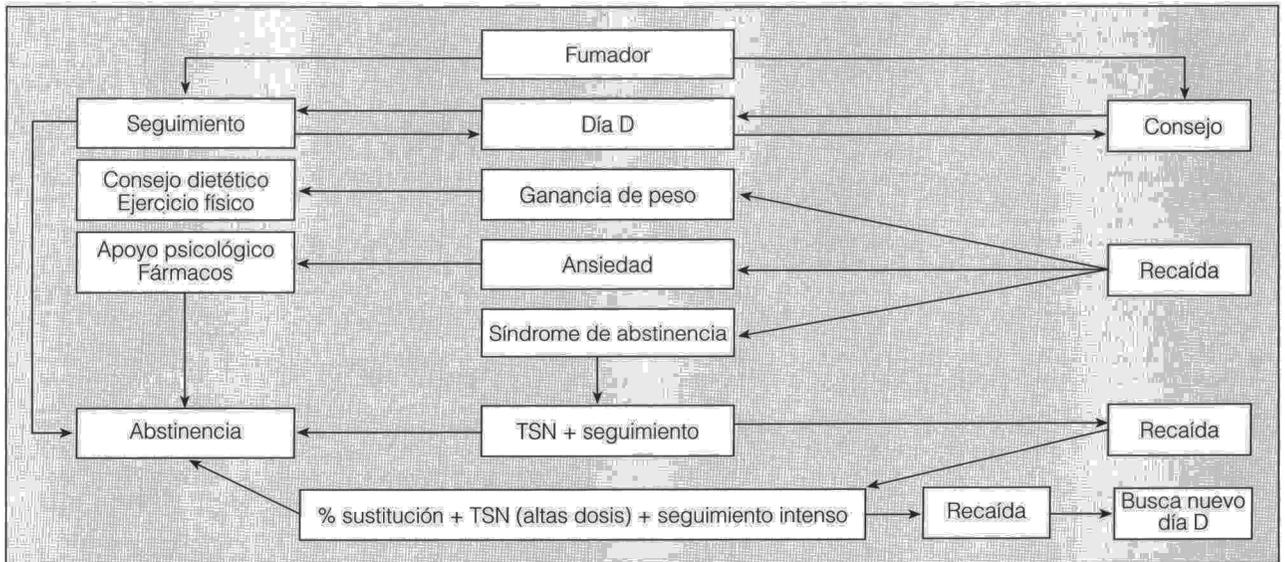


Fig. 3. Algoritmo de intervenciones.

sultados pero que no mejora los obtenidos con bupropión solo⁶⁹.

Resumen

El tabaquismo representa la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados¹. Su condición de evitabilidad debe alertar a todos los médicos para que inicien intervenciones terapéuticas mínimas (consejo médico, pauta de seguimiento) encaminadas a ayudar en el abandono del consumo del tabaco al fumador que quiere dejar de serlo^{7-13,15,16,18-21}. Este tipo de intervenciones aunque de escasa eficacia presentan una alta rentabilidad al poder ser prescritas sobre un elevado número de fumadores con escaso coste económico^{11,24,25}. No obstante, los médicos no deben olvidar que existen otro tipo de intervenciones más especializadas (apoyo psicológico, TSN, bupropión, seguimiento) que rinden tasas de abstinencia más elevadas aunque su coste sea mayor y su disponibilidad más escasa^{37-50,56-60,68}. En la figura 3 se representa el algoritmo de intervenciones que nosotros proponemos ante un fumador que desea abandonar su adicción.

BIBLIOGRAFÍA

- Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1.268-1.278.
- Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC et al. Effect of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁. The Lung Health Study. *JAMA* 1994; 272: 1.497-1.505.
- Indicadores de salud, información sanitaria y epidemiológica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- Parker SL, Tong T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1996; 34-36.
- Ginsberg RJ, Kris MG, Armströng JG. Cancer of the lung. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editores. *Cancer: principles and practice of oncology* (4.ª ed.). Philadelphia: Lippincott, 1994; 673-722.
- Smoking and Health. A physician responsibility. A statement of the Joint Committee on Smoking and Health. *Eur Respir J* 1995; 8: 808-811.
- Prochazka J, Diclemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychology* 1983; 51: 390-395.
- Prochazka J, Diclemente CC, Velicer W. Predicting change in smoking status for self changers. *Addict Behav* 1985; 10: 395-406.
- Jiménez Ruiz CA, González de Vega JM, Escudero C, García A, Roca J, Solano S et al. *Tabaquismo*. Madrid: Manuales SEPAR (vol. 1), 1995; 1-109.
- Orleans C, George L, Houpt J. Health promotion in primary care: a survey of US family practitioners. *Prevent Med* 1985; 14: 636-647.
- Ockene JK. Physician-delivered interventions for smoking cessation: strategies for increasing effectiveness. *Prevent Med* 1987; 16: 723-737.
- Marlatt G, Gordon J. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. Nueva York: Guilford Press, 1985.
- Glynn T, Manley M. How to help your patients stop smoking? National cancer Institute. Manual for physicians (NIH publication N.º 90-3064). Bethesda. Smoking, Tobacco and Cancer Program. Division of cancer prevention and control. Washington, National Cancer Institute, 1989.
- Stapleton JA, Russell MAH, Feyerabend C, Wiseman SM, Gustavsson G, Sawe U et al. Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. *Addiction* 1995; 90: 31-42.
- Kottke T, Battiste R, DeFries G, Brekkg ML. Attitudes of successful smoking cessation intervention in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988; 259: 2.883-2.889.
- Research Committee of the British Thoracic Society. Smoking cessation in patients: two further studies by the British Thoracic Society. *Thorax* 1990; 45: 835-840.
- Tønnesen P. Smoking cessation programs. En: Hansen HH, editor. *Lung cancer*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1994; 75-89.
- Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners advice against smoking. *BMJ* 1979; 2: 231-235.
- Stewart P, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Can Med Assoc J* 1982; 126: 1.051-1.054.
- Jamrozik F, Fowler G, Vessey M. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *BMJ* 1984; 288: 1.499-1.503.
- Slama K, Karsenty S, Hirsh A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomized, controlled trial in France. *Tobacco Control* 1995; 4: 162-169.

22. Tønnesen P, Mikkelsen C, Markholst A, Ibsen A, Bendixen M, Pedersen L et al. Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *Eur Respir J* 1996; 9: 2.351-2.355.
23. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Carrión Valero F, Cordovilla R, Hernández I, Martínez Moragón E et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 433-436.
24. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: chronic obstructive lung disease. A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services. Office on Smoking and Health. Washington: DHHS. Publication N.º 84-50205. Washington DC: US Government Printing office, 1984.
25. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The Cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989; 251: 75-79.
26. Anda RF, Remington PL, Sienko DG, Davis RM. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. *JAMA* 1987; 257: 1.916-1.919.
27. Carrión Valero F, Furest F. ¿Se realiza intervención mínima en tabaquismo en nuestro país? *Arch Bronconeumol* 1995; 1 (Supl): 24.
28. Hajek P. What "behavioural supplement" is necessary for nicotine replacement to work? *Future Directions in Nicotine Replacement Therapy* 1993; 28.
29. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance nicotine questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-182.
30. US. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. DHS Publication N.º (CDC) 88-8406. Washington DC: US Government Printing office, 1988.
31. Klesges RC, Meyers AW, Winders SE, French SN. Determining the reasons for weight gain following smoking cessation: Current findings, methodological issues and future directions for research. *Ann Behav Med* 1989; 11: 134-143.
32. Kuck LA. Weight Management: a special problem for smoking cessation among women. *Sem Res Cr C Med* 1995; 16: 104-110.
33. Perkins KA. Weight gain following smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 768-777.
34. Fagerström KO. Reducing the weight gain after stopping smoking. *Addict Behav* 1987; 12: 91-93.
35. Schneider N. Nicotine therapy in smoking cessation. Pharmacokinetic considerations. *Clin Pharmacokinet* 1992; 23: 169-172.
36. Benowitz N. Pharmacological aspects of cigarettes smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med* 1988; 319: 1.318-1.330.
37. Jiménez Ruiz CA, Solano S. Tratamiento del tabaquismo. Terapia sustitutiva con nicotina. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 487-491.
38. Fagerström KO. Effects of nicotine chewing gum and follow-up appointments in physician based smoking cessation. *Prevent Med* 1984; 13: 517-527.
39. Tønnesen P, Fryd V, Hansen M, Helsted J, Gunnensen AB, Forchammer H et al. Effect of nicotine chewing gum in combination with group counseling on the cessation of smoking. *N Engl J Med* 1988; 318: 15-18.
40. Tønnesen P, Fryd V, Hansen M et al. Two and four mg nicotine chewing gum and group counseling in smoking cessation: an open, randomized, controlled trial with a 22 month follow up. *Addict Behav* 1988; 13: 17-27.
41. Abelin T, Buehler A, Müller P, Vesanen K, Imhof P. Controlled trial of transdermal nicotine patch in tobacco withdrawal. *Lancet* 1989; 1: 7-10.
42. Tønnesen P, Nørregaard J, Simonsen K, Sawe U. A double blind trial of a 16-hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *N Engl J Med* 1991; 325: 311-315.
43. Transdermal Nicotine Study Group. Transdermal nicotine for smoking cessation: six month results from two multicenter controlled clinical trials. *JAMA* 1991; 266: 3.133-3.138.
44. Fiore MC, Jorenby DE, Baker T, Kenfor SL. Tobacco dependence and the nicotine patch. clinical guidelines for effective use. *JAMA* 1992; 268: 2.687-2.694.
45. Daughton DM, Heatley SA, Prendergast JJ, Causey D, Knowles M, Rolf CN et al. Effect of transdermal nicotine delivery as an adjunct to low intervention smoking cessation therapy: a randomized, placebo-controlled double-blind study. *Arch Intern Med* 1991; 151: 749-752.
46. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation Study. European Respiratory Annual Congress. Estocolmo, septiembre de 1996.
47. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343: 139-142.
48. Sutherland G, Stapleton J, Russell MAH, Jarvis M, Hajek P, Belcher M et al. Randomized controlled trial of nasal nicotine spray in smoking cessation. *Lancet* 1992; 340: 324-329.
49. Tønnesen P, Nørregaard J, Mikkelsen K, Jørgensen S, Nilsson F. A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. *JAMA* 1993; 269: 1.268-1.271.
50. 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. *Prevent Med* 1995; 24: 41-47.
51. Hughes J, Cummings M, Hyland A. Ability of smokers to reduce their smoking and its association with future smoking cessation. *Addiction* 1999; 94: 109-114.
52. Sachs D, Benowitz N. Individualizing medical treatment for tobacco dependence. *Eur Respir J* 1996; 9: 629-631.
53. Paoletti P, Fornai E, Maggiorelli F, Puntoni R, Viegi G, Carrozzi L et al. Importance of baseline cotinine plasma values in smoking cessation: results from a double-blind study with nicotine patch. *Eur Respir J* 1996; 9: 643-651.
54. Monsó E. Los parches de nicotina. ¿Son realmente útiles?. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 435-436.
55. Tønnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A et al, members of the Steering Committee of CEASE on behalf of the European Respiratory Society. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. *Eur Respir J* 1999; 13: 238-246.
56. Schneider N, Lunell E, Olmstead RE, Fagerström KO. Clinical pharmacokinetics of nasal nicotine delivery. A review and comparison to other nicotine systems. *Clin Pharmacokinet* 1996; 31: 65-80.
57. Hjalmarson A, Franzon M, Westin A, Wiklund O. Effect of nicotine nasal spray on smoking cessation: a randomised, placebo-controlled, double-blind study. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2.567-2.572.
58. Schneider NG, Olmstead R, Mody FV, Doan K, Frauzon M, Jarvik M et al. Efficiency of a nicotine nasal spray in smoking cessation: a placebo controlled, double-blind trial. *Addiction* 1995; 90: 1.671-1.682.
59. Blöndal T, Franzon M, Westin A. A double-blind randomized trial of nicotine nasal spray as an aid in smoking cessation. *Eur Respir J* 1997; 10: 1.585-1.590.
60. Blöndal T, Gudmundsson L, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *BMJ* 1999; 318: 285-288.
61. Tang JL, Law M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *BMJ* 1994; 308: 21-26.
62. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith S, Wetter D, Baker T, B. Predicting smoking cessation: who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994; 271(8): 589-594.
63. Jorenby DE, Smith SS, Fiore M, Hurt R, Offord KP, Croghan IT et al. Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. *JAMA* 1995; 274(17): 1.347-1.352.
64. Dale LC, Hurt R, Offord KP, Lawson GM, Croghan IT, Schroeder DR. High-dose nicotine patch therapy. Percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995; 274(17): 1.353-1.358.
65. Glass RM. Blue mood, blackened lungs: depression and smoking. *JAMA* 1990; 264: 1.583-1.584.
66. Hall SM, Muñoz R, Reus V. Smoking cessation, depression and dysphoria. *NIDA Res. Monogr.* 1991; 105: 312-313.
67. Ascher JA, Cole JO, Feighner JP, Ferris RM, Fibiger HC, Golden RN et al. Bupropion: a review of its mechanism of antidepressant activity. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 395-401.
68. Hurt R, Sachs D, Glover E, Offord K, Johnston J, Dale L et al. A comparison of inhaled-released bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1.195-1.202.
69. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard ST, Johnston JA, Hughes AR et al. A controlled trial of sustained released bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.