

## Reducción del consumo del tabaco. ¿Una estrategia para dejar de fumar?

C.A. Jiménez Ruiz y K.O. Fagerström\*

Unidad de Tabaquismo. Servicio de Neumología Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

\*Servicio de Psiquiatría. Hospital de Helsingborg. Suecia

### Introducción

De acuerdo con los datos suministrados por la OMS, aproximadamente el 80% de los fumadores quiere dejar de serlo y el 30% han hecho al menos tres intentos serios para conseguirlo. Sin embargo, menos de la mitad son capaces de abandonar definitivamente el tabaco<sup>1</sup>. Otros datos muestran que sólo un 2-5% de todos los fumadores que están intentando dejar de serlo lo consiguen<sup>2</sup>, si bien es cierto que sólo un 2-3% de todos los intentos que la población general hace para dejar de fumar se acompañan de una correcta intervención sanitaria<sup>3</sup>.

Prochazka et al<sup>4</sup> demostraron que el abandono del consumo del tabaco es un proceso en el que se identifican varias fases (una de ellas es la de contemplación, en la que se encuentran el 70% de todos los fumadores). La última fase incluye al grupo de fumadores que más veces ha intentado dejar de serlo pero que siempre ha sufrido una recaída. Investigaciones recientes realizadas en este grupo de fumadores demuestran:

- Que tienen alta dependencia física por la nicotina<sup>5</sup>.
- Que hasta un 39-59% de ellos les gustaría más reducir el número de cigarrillos consumidos al día que abandonar definitivamente el tabaco<sup>6,7</sup>.
- Que al conseguir una reducción significativa del número de cigarrillos fumados diariamente y mantenerla durante al menos 6 semanas también se produce un cambio en la motivación del fumador, y entonces, hasta el 90% de los que antes no querían dejar de fumar ahora se muestran proclives a realizar un nuevo intento<sup>8</sup>.

Todas estas razones están abriendo paso a un nuevo concepto de terapia para fumadores en fase de contemplación en el que la obtención de una reducción significativa del número de cigarrillos consumidos diariamen-

te y el mantenimiento de la misma durante más de 4-6 meses sean el paso previo para alcanzar la abstinencia completa<sup>8</sup>.

A lo largo de este artículo describiremos el significado de la reducción del consumo del tabaco, su confirmación, sus indicaciones y su manejo clínico.

### Concepto

Debemos definir la reducción del consumo del tabaco según dos variables: número de cigarrillos consumidos al día y mantenimiento de la reducción en el tiempo.

Para establecer cuál es el número de cigarrillos diarios al que debe llegarse después de un proceso de reducción, debemos guiarnos tanto por criterios de salud como de motivación. En distintos estudios se ha evidenciado una relación proporcional entre el número de cigarrillos consumidos al día y el riesgo relativo de desarrollar cáncer, o la pérdida de FEV<sub>1</sub> o incluso el desarrollo de cardiopatía isquémica<sup>9-16</sup>. En todos ellos, el mayor salto en el riesgo se da en quienes fuman más de 5-10 cigarrillos diarios.

Pero, además, en los escasos estudios realizados hasta el momento con fumadores que querían reducir el número de cigarrillos consumidos sin abandonar el hábito definitivamente, se ha demostrado que es a partir del cuarto-sexto mes de seguimiento cuando la mayoría de estos fumadores cambia su motivación y se muestran dispuestos a realizar un intento de abstinencia completa<sup>8</sup>. En el estudio de Fagerström et al hasta el 93% de los fumadores cambiaron su motivación y al final del mismo se mostraron receptivos a realizar un intento de abandono completo, sin olvidar que el 92% consideró que la reducción era un buen método para dejar de fumar<sup>8</sup>.

Por otro lado, y de acuerdo con los estudios de Prochazka et al, 6 meses es el plazo mínimo de tiempo que una conducta debe ser mantenida antes de considerarla habitual en un sujeto<sup>4,17</sup>.

A la vista de estos datos, y teniendo en cuenta que todavía no disponemos de los resultados de estudios amplios que en este momento se están realizando, podemos proponer que el concepto de reducción de consumo de tabaco debe incluir los siguientes puntos:

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: Cjimenez@separ.es

Recibido: 21-9-98; aceptado para su publicación: 3-11-98.

(Arch Bronconeumol 1999; 35: 229-232)

TABLA I  
**Recomendaciones para la reducción del consumo de tabaco**

1. Monitorización del hábito tabáquico
2. Pautar un protocolo de reducción
3. Autopreparación para resolver los períodos de *craving*
4. Reforzar la motivación para la reducción
5. Practicar ejercicio físico y realizar técnicas de autorrelajación y autocontrol
6. Retrasar lo máximo posible el consumo del primer cigarrillo del día
7. Felicitar a sí mismo por cumplir el protocolo de reducción que haya sido establecido

- Reducción hasta 5-10 cigarrillos/día.
- Mantenimiento de la reducción durante 4-6 meses.
- Cambio en la motivación del fumador.

### Confirmación fisiológica

Para que la reducción del número de cigarrillos consumidos por un fumador pueda ser definitiva y científicamente comprobada, necesitamos establecer unos parámetros analíticos de confirmación fisiológica de la reducción. A continuación describiremos cuáles han sido analizados en los escasos estudios realizados hasta el momento:

1. Concentraciones de cotinina en sangre y saliva. Actualmente sólo disponemos de los resultados del estudio de Fagerström et al en el que no se detecta una variación significativa de las concentraciones de cotinina salival en el grupo de fumadores que consigue reducir el número de cigarrillos consumidos al día<sup>8</sup>. No obstante, hay que tener en cuenta que estos sujetos estaban utilizando concomitantemente terapia sustitutiva con nicotina que les ayudaba a mantener la reducción sin sufrir el síndrome de abstinencia<sup>8</sup>.

2. Concentraciones de tiocianato en sangre. El tiocianato es una sustancia que está presente en el humo del cigarrillo y ausente en las medicaciones sustitutivas de la nicotina. La determinación de sus concentraciones en sangre, sin duda, ayudará a medir con mayor exactitud la auténtica reducción del consumo de tabaco en aquellos fumadores que estén utilizando de forma concomitante terapia sustitutiva con nicotina<sup>18</sup>.

3. Concentraciones de monóxido de carbono en aire espirado. Es esta prueba la que de forma más fácil y eficaz va a confirmar la reducción tabáquica. En el estudio de Fagerström et al se observó una reducción de las concentraciones de monóxido de carbono en aire espirado de un 19 a un 65% con respecto a los valores basales<sup>8</sup>. No obstante, hay que destacar que la reducción en el número de cigarrillos consumidos al día no se sigue de una reducción proporcional de las concentraciones de monóxido de carbono en aire espirado, pues el fumador, al reducir el número de cigarrillos consumidos, incrementa de forma inconsciente el número y profundidad de inhalación de cada pipada, lo que conduce a una reducción menos intensa de las concentraciones de monóxido de carbono<sup>8,18</sup>. En general, una reducción del 50% en el número de cigarrillos consumidos al día se sigue de otra del 30% en los valores de monóxido de carbono en aire espirado<sup>18</sup>.

### Indicaciones

Antes de iniciar un tratamiento para reducir el consumo de tabaco es necesario advertir al fumador que la decisión más saludable que puede tomar en su vida es el abandono definitivo del cigarrillo.

No obstante, existen ciertas circunstancias en las que puede estar indicado el tratamiento para la reducción<sup>18,19</sup>. Éstas son:

1. Fumadores en fase de contemplación crónica, con alta dependencia física por la nicotina, que han intentado en muchas ocasiones abandonar el tabaco pero que siempre han fracasado y que se encuentran desesperanzados ante la posibilidad de un nuevo intento de abandono.

2. Fumadores en fase de contemplación crónica, con alta dependencia física por la nicotina, que no quieren abandonar el consumo de tabaco pero que desean reducir significativamente el número de cigarrillos que consumen diariamente.

La reducción del consumo de tabaco no debe ser indicada en fumadores en fase de preparación<sup>18,19</sup>.

### Manejo clínico

Los sujetos en quienes está indicada la intervención terapéutica para la reducción en el consumo de tabaco son fumadores con alta adicción física por la nicotina y alto grado de dependencia psíquica por el cigarrillo. Por ello, dicha intervención debe combatir ambas dependencias<sup>18,19</sup>.

*Intervenciones psicológico-conductuales.* Trataremos que el fumador se enfrente a su proceso de reducción de consumo de tabaco de manera optimista y sistemática. Le brindaremos todo nuestro apoyo y le recomendaremos lo siguiente (tabla I)<sup>18-21</sup>:

1. Establecimiento de cigarrillos diarios que se pretende conseguir. Recomendaremos que esta cifra sea 5-10 cigarrillos/día.

2. Pauta del número de cigarrillos a eliminar cada día hasta alcanzar la cifra antes establecida. Recomendaremos eliminar 1-2 cigarrillos cada 3-4 días.

*Intervenciones farmacológicas.* Durante el proceso de reducción y debido a las concentraciones más bajas de nicotinemias que tienen los fumadores en esta fase se desarrollan síntomas propios de síndrome de abstinencia que hacen difícil el mantenimiento de la reducción y facilitan que el fumador vuelva a consumir su habitual número de cigarrillos<sup>18</sup>.

Estudios poblacionales demuestran que no consiguen el 80%<sup>10</sup> reducir su consumo tabáquico sin tratamiento. Por ello, la terapia sustitutiva con nicotina durante el proceso de reducción puede ser eficaz para combatir el síndrome de abstinencia y facilitar el mantenimiento de la misma.

Para la reducción tabáquica puede utilizarse cualquier tipo de terapia sustitutiva con nicotina. Algunos autores sugieren que el uso de chicles de nicotina para obtener unas concentraciones rápidas de nicotemia estaría más indicado para aquellos fumadores en los que el *craving* es el síntoma predominante en su síndrome de abstinencia. Y el uso de parches, como forma de liberación continua de nicotina, sería más eficaz en aquellos fumadores en quienes la ansiedad, el nerviosismo, la irritabilidad, etc., son los síntomas predominantes de su síndrome de abstinencia<sup>22</sup>. No obstante, Fagerström et al indican que la elección de la medicación sustitutiva por parte del fumador en fase de reducción sería lo más eficaz<sup>8</sup>. Hasta el momento sólo disponemos de los resultados de dos estudios que han utilizado terapia sustitutiva con nicotina para la reducción tabáquica<sup>8,23</sup>.

El primer estudio agrupó a un total de 15 fumadores sanos de más de 40 cigarrillos/día. El objetivo primordial del mismo era reducir el número hasta un 50% utilizando al menos 10 piezas diarias de chicle de 2 mg de nicotina durante 9 semanas. Al cabo de este tiempo se observó una reducción de la media de cigarrillos fumados diariamente de 51 a 19. Dicha reducción se acompañó de un descenso brusco en las concentraciones medias de monóxido de carbono en aire espirado de 49 a 27 ppm. No obstante, la ausencia de grupo control en este estudio, así como el escaso número de participantes en el mismo, imposibilitan establecer conclusiones<sup>23</sup>.

El segundo estudio se llevó a cabo sobre un total de 143 fumadores con alta dependencia física por la nicotina que no querían abandonar el consumo del tabaco pero deseaban reducirlo. Durante la primera semana de estudio utilizaron a su libre albedrío varios tipos de terapia sustitutiva (chicle, parche, tabletas, aerosol e inhalador). Posteriormente fueron divididos en dos grupos: en el primero los fumadores pudieron elegir cualquier tipo de terapia sustitutiva durante 2 semanas. En el segundo, los fumadores fueron aleatoriamente asignados a un tipo de medicación sustitutiva. Después de 2 semanas ambos grupos fueron cruzados. Durante la primera semana el consumo de tabaco se redujo de 23 a 14 cigarrillos/día y las concentraciones medias de monóxido de carbono pasaron de 23 a 18 ppm (un 19% de reducción). Durante las 4 semanas siguientes la reducción continuó hasta alcanzar 10 cigarrillos al día (el 56% de reducción) y las concentraciones medias de monóxido descendieron hasta 15 ppm (el 35% de reducción)<sup>8</sup>.

Recientemente, la Health Education Authority londinense se ha reunido y ha dictado unas normas de seguridad de obligado cumplimiento para cualquier tipo de medicación que vaya a ser utilizada en la reducción del consumo del tabaco<sup>24</sup>. Entre éstas destacan:

– El producto no debe aumentar la dependencia física del fumador. En el estudio de Fagerström et al<sup>8</sup> la puntuación media del síndrome de abstinencia descendió de 13,5 a 9,0.

– La medicación utilizada no debe incrementar el riesgo. Teóricamente el uso de terapia sustitutiva con nicotina concomitantemente con el consumo de tabaco debería incrementar la aparición de efectos adversos.

No obstante, en los estudios realizados hasta el momento esto no ha sido comprobado. Así, en el estudio de Foulds et al<sup>22</sup>, que utilizan de forma combinada parches y cigarrillos no se detectan síntomas de sobredosificación en los pacientes. En un reciente estudio realizado con cardiopatas que usaron parches activos y placebo y que, al mismo tiempo fumaban se detectó que la circulación del miocardio mejoró en aquellos que llevaban un parche activo probablemente debido a una reducción en el consumo de tabaco en este grupo<sup>25</sup>. Por último, el Lung Health Study ha puesto claramente de manifiesto que en los 389 fumadores que concomitantemente utilizaban chicles de nicotina la incidencia de efectos adversos fue similar a la de los 2.554 que usaban chicle y no fumaban<sup>26</sup>.

– La medicación utilizada no debería reducir las posibilidades de abstinencia completa en el futuro. En el estudio de Fagerström et al el 93% de todos los fumadores incrementaron su motivación para dejar de serlo y siete lo hicieron a lo largo del mismo<sup>8</sup>.

## Resumen

Investigaciones recientes llevadas a cabo en el grupo de fumadores en fase de contemplación han demostrado que estos sujetos tienen una alta dependencia física por la nicotina y aproximadamente a la mitad de ellos les gustaría más reducir su consumo de tabaco que eliminarlo<sup>5-8</sup>.

Aunque es demasiado pronto para proponer una definición de reducción del consumo del tabaco, parece seguro que cualquier aproximación a la misma debe hacer referencia a tres cualidades: cantidad (5-10 cigarrillos/día), tiempo (4-6 meses) y cualidad (incremento de la motivación para dejar de fumar)<sup>8</sup>. La determinación de las concentraciones sanguíneas de tiocianato y de las de monóxido de carbono en aire espirado son pruebas de realización obligada para la confirmación fisiológica de la reducción<sup>8,18</sup>.

La reducción estaría indicada en fumadores con alta dependencia física por la nicotina en fase de contemplación que se muestran incapaces para intentar abandonar definitivamente el tabaco o que no quieren hacerlo y son proclives a reducirlo<sup>18,19</sup>.

El apoyo psicológico y la utilización de terapia sustitutiva con nicotina son los dos tipos de intervención médica que pueden ayudar al fumador en su proceso de reducción del consumo del tabaco<sup>8,18</sup> (tabla I). Se ha mostrado eficaz el uso de terapia sustitutiva con nicotina en sujetos que consumen tabaco concomitantemente<sup>8,24-26</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Tobacco or Health Programme. Ginebra: OMS, 1996.
2. Giovino GA, Shelton DM, Schooley MW. Trend in cigarette smoking cessation in the United States. Tobacco Control 1993; 2 (Supl): 3-16.
3. The smoking cessation clinical practice. Guideline panel and staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. JAMA 1996; 275: 1.270-1.280.

4. Prochazcka J, Diclemente C. Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychology* 1983; 51: 390-395.
5. Ramström L. Introduction. En: reducing tobacco-related diseases: alternative approaches. Workshop organized by the ICAA on Tobacco Dependence. An International Council on Alcohol and Addictions publication. Ginebra, 1996.
6. Kunze M. Different approaches: pros and cons. En: Reducing tobacco-related diseases: Alternative approaches. Workshop organized by the ICAA on Tobacco Dependence. An International Council on Alcohol and Addictions publication. Ginebra, 1996; 5-6.
7. Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslan N, Hughes JR, Hurt R et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control* 1996; 5: 52-56.
8. Fagerström KO, Tejdin R, Westin A, Lunell E. Aiding reduction of smoking with nicotine replacement medications. Hope for the recalcitrant smokers? *Tobacco Control* 1997; 6: 311-316.
9. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: cancer. A report of the Surgeon General, Office on Smoking and Health. DHHS publication n.º 82-50179, 1982.
10. US Department of Health, Education and Welfare. The health benefits of smoking cessation. A report of the surgeon general, Office on Smoking and Health. DHHS publication n.º 8: 416, 1990.
11. Garfunkel L, Stellman SD. Smoking and lung cancer in women: finding in a prospective study. *Cancer Res* 1988; 48: 6.951-6.955.
12. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: chronic obstructive lung diseases. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, 1984.
13. Lebowitz M, Burrows B. Quantitative relationship between cigarette smoking and chronic productive cough. *Int J Epidemiol* 1977; 6: 107-113.
14. Fletcher C, Peto R, Tinker C. The natural history of chronic bronchitis and emphysema: an eight year study of early chronic obstructive disease in working men in London. Nueva York: Oxford University Press, 1976.
15. US Department of Health, Education and Welfare. The consequences of smoking. A report of the surgeon general. Cardiovascular disease. Office on Smoking and Health. DHHS publication n.º PHS 84-50204, 1984.
16. Klag M, Welton P. Risk of stroke in male cigarette smokers. *N Engl J Med* 1987; 316: 628-629.
17. Prochazcka J, Diclemente C, Velicer W. Predicting change in smoking status for self changers. *Addict Behav* 1985; 10: 395-406.
18. Jiménez Ruiz C, Kunze M, Fagerström KO. Nicotine replacement: a new approach to reducing tobacco related harm. *Eur Respir J* 1998; 11: 473-479.
19. Jiménez Ruiz CA. Reducción del consumo de tabaco. En: Jiménez Ruiz CA, editor. Aproximación al tabaquismo en España. Editorial Nicorette. Barcelona, 1997; 169-177.
20. Prochazcka J, Goldstein M. Process of smoking cessation. Implications for physicians. *Clin Chest Med* 1991; 12: 727-735.
21. Klech HH. Reduced smoking –an acceptable goal for the hopeless heavy smoker? *Eur Respir J* 1998; 11: 263-264.
22. Foulds J, Stapleton J, Feyerabend C, Vesey C, Jarvis M, Russell MAH. Effect of transdermal nicotine patches on cigarette smoking: a double blind crossover study. *Psychopharmacology* 1992; 106: 421-427.
23. Rennard SI, Daughton D, Fujita J, Oehierking MB, Dobson JR, Stahl MG et al. Short-term smoking reduction in associations with reduction in measures of lower respiratory tract inflammation in heavy smokers. *Eur Respir J* 1990; 3: 752-759.
24. Raw M, McNeill A, White P. Regulating nicotine delivery systems. Harm reduction and the prevention of smoking related disease. Londres: Summary of a meeting held in London the Health Education Authority, 1997.
25. Mahmarian JJ, Moye LA, Nasser GA, Nagueh SF, Bloom MF, Benowitz N et al. Nicotine patch therapy in smoking cessation reduces the extent of exercise-induced myocardial ischemia. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30: 125-130.
26. Murray RP, Baibey W, Daniels K, Bjornson WM, Kurnow K, Connett J et al. Safety of nicotine polacriflex gum used by 3,094 participants in the Lung Health Study. *Chest* 1996; 109: 438-445.