

CAPÍTULO 4.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

1.-INTRODUCCIÓN.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco se cobra actualmente 4 millones de vidas al año, cifra que previsiblemente irá en aumento y será de unos 10 millones en el año 2030. Se calcula, sobre la base de las actuales tendencias del tabaquismo, que de aquí a esa fecha este hábito será la causa principal de morbilidad en el mundo, ocasionando una de cada diez defunciones.

En nuestro país, según los más recientes datos sobre prevalencia de tabaquismo¹, fuma el 36% de la población mayor de 16 años, con una distribución por sexos del 42% en los hombres y 27 % en las mujeres.

En España, en el periodo comprendido entre 1978 y 1998, las muertes atribuibles al tabaquismo² entre la población mayor de 35 años han pasado de 37.259 a 55.613, lo que representa un aumento del 49%. Un tercio de estas muertes fueron prematuras (en población de 35 a 64 años), lo que supone una pérdida potencial de años de vida de entre 10 y 20 años.

Creemos que estas cifras son categóricas y coincidimos con la opinión de los expertos de la OMS en calificar el tabaquismo como un problema de salud pública de tal magnitud que se ha convertido en una de las amenazas más graves para la salud de la población en el actual milenio.

Estas referencias deben preocupar a todos los profesionales de la salud para que en su práctica asistencial habitual incluyan actuaciones encaminadas al control, prevención y tratamiento del tabaquismo.

En este capítulo vamos a tratar de abordar el diagnóstico clínico del fumador. Sabemos que el tabaquismo es una drogodependencia cuya adicción está motivada por la nicotina. El hábito de fumar está íntimamente ligado a la vida diaria y se relaciona con elementos de refuerzo neurobiológicos, psicológicos, culturales y sociales que dificultan enormemente la deshabituación. La dependencia del fumador no solamente es física, sino que en los factores de mantenimiento de la conducta de fumar se incluyen también factores psicológicos y conductuales.

Como ocurre en cualquier otra enfermedad, es de vital importancia, en este caso, efectuar un diagnóstico de certeza del grado de fumador que nos permita instaurar la terapéutica más adecuada y eficaz en cada fumador, lo que nos permitirá conseguir altos porcentajes de abstinencia.

Afortunadamente en la actualidad, disponemos de una gran variedad de elementos terapéuticos para tratar a los fumadores que acuden a nuestra consulta en demanda de ayuda para dejar de fumar. Numerosos estudios han demostrado científicamente la eficacia de estos tratamientos, así como su excelente relación coste/efectividad. Sobre todos estos conceptos trataremos en los siguientes apartados.

2. DIAGNÓSTICO DEL TABAQUISMO.

Los médicos de Atención Primaria se encuentran en una posición privilegiada para asistir a los pacientes fumadores, ya que ellos tienen un extraordinario acceso a esta población. Al menos el 70% de los fumadores van a su médico una vez al año y más del 50% van al dentista³. Por otra parte el 70% de los fumadores confiesan que les gustaría dejar de fumar y por lo menos han realizado un intento serio previamente por dejarlo. Los fumadores manifiestan que el consejo médico para dejar de fumar es un importante factor motivador para intentar dejarlo.

2.1. Historia clínica del tabaquismo.

A pesar de que algunos médicos pueden considerar inútil estimular a los fumadores sin motivación a abandonar el hábito, no se debería excluir a priori a estos sujetos de las intervenciones dirigidas a cesar de fumar. La educación sanitaria acerca de los efectos nocivos del cigarrillo podría impulsar a algunos fumadores que no están motivados, a intentar dejarlo. Afortunadamente, numerosos pacientes solicitan demanda específica para dejar de fumar. Es importante recordar a los fumadores que el éxito en la abstinencia depende en gran medida de la motivación, de la tenacidad y del trabajo constante. Un médico puede no lograr que un paciente deje de fumar únicamente con terapia farmacológica, pero puede junto al paciente, conducir, controlar el proceso y aportar estrategias para evitar y superar las situaciones de recaídas. Esta dualidad médico paciente es fundamental y simboliza el factor clave entre el éxito y la decepción (fracaso).

Ya desde la primera visita, se debe analizar detalladamente la Historia Clínica del Fumador⁴, en la que podemos considerar varios apartados (tabla 1).

2.1.1. *Anamnesis*. Se interrogará al paciente sobre sus antecedentes patológicos generales, así como si conoce alguna reacción alérgica medicamentosa.

- Antecedentes de Tabaquismo.

En este apartado investigamos la fecha de inicio del consumo. Habitualmente se comienza de forma esporádica hasta llegar a un consumo regular de habituación, averiguamos la variabilidad del consumo.

Intentos previos, si los hubo.

Periodo más largo de abstinencia

Fecha del último intento

Motivo de las recaídas

Tratamientos utilizados

Historia familiar de tabaquismo (padres, hermanos, cónyuge)

Si se permite fumar en el lugar de trabajo.

- Tabaquismo actual.

Consumo diario de tabaco y tipo

Cantidad de nicotina y alquitrán de la marca que consume

Características del hábito

Grado de inhalación. Inhala siempre el humo

Número de caladas que da a cada cigarrillo

Si se despierta por las noches a fumar

Cambios de la marca. Cigarrillos *light*

Grado de dependencia a la nicotina.

El número de cigarrillos al día fumados nos puede informar sobre este aspecto, así como el tiempo que tarda el fumador en encender el primer pitillo de la mañana, y si este es el cigarrillo que más desea. Si fuma más de 20 cigarrillos por día, tarda menos de 30 minutos en encenderlo y el que más desea es el primer cigarrillo de la mañana, estamos ante un fumador con gran dependencia por la nicotina. La información más objetiva y detallada nos la aporta la cumplimentación del Test de Fagerström⁵ (tabla 2).

Síndrome de abstinencia.

Mediante el cuestionario del Síndrome de abstinencia (tabla 3), se valoran un total de 10 síntomas por el propio interesado en cada una de las visitas, utilizando una escala de 0 a 4, en

la que 0 se considera ausencia del síntoma y 4 corresponde a la presencia más severa del mismo.

Hay que tener en cuenta que las primeras manifestaciones de este síndrome comienzan entre las 2 y las 12 horas de dejar de fumar, alcanzan su máximo entre las 24 y 48 horas y tienen una duración media estimada entre 3 y 12 semanas, aunque el deseo de fumar puede persistir durante meses.

La intensidad del síndrome de abstinencia va decreciendo a lo largo del seguimiento en los sujetos que finalizan con éxito el tratamiento.

La persistencia de un moderado-severo síndrome de abstinencia durante las revisiones, nos obligaría a replantearnos la conducta terapéutica establecida, para evitar una recaída.

2.1.2. Exploración física.

Ya durante el interrogatorio dirigido por el médico, comienza la inspección y la observación simple del paciente fumador, lo que le permite valorar su aspecto general. Con esta visión global captamos la morfología, dinámica y psiquismo que resumen la problemática personal e individual del fumador.

Nos interesa controlar el peso corporal, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, parámetros que pueden sufrir modificaciones a lo largo del periodo de abandono.

Es bien conocido que la nicotina conlleva un incremento del gasto energético y que los fumadores suelen pesar menos que los no fumadores. El abandono del tabaco puede ir acompañado de un ligero/moderado aumento de peso. Esto puede acentuarse por la ansiedad que comporta el síndrome de abstinencia, que muchos fumadores tratan de compensar comiendo en exceso y también por el hecho de que al dejar de fumar se mejora el gusto y el olfato, lo que hace que los alimentos sean más sabrosos y se apetezcan más.

El aumento del peso es un argumento esgrimido por algunos para seguir fumando (especialmente en mujeres). Aunque está ampliamente demostrado que los beneficios del abandono superan ampliamente estos pequeños inconvenientes.

2.2. Fase de abandono.

El abandono del tabaco no es un hecho puntual en la vida del fumador, sino que es un proceso (tabla 4) que transcurre por diferentes etapas dependiendo de la motivación por dejarlo, hasta alcanzar la abstinencia⁶.

Aproximadamente el 35% de los fumadores se encuentra en *fase de precontemplación*. Estos sujetos prefieren continuar fumando y no se plantean el abandono.

Un 50% de los fumadores se encuentran en *fase de contemplación*. Son aquéllos que han intentado dejar de fumar y no lo han conseguido, están algo desilusionados ante la idea de un nuevo intento de abandono, aunque se lo pueden plantear en los próximos seis meses.

Alrededor de un 15% se encuentra en *fase de preparación*. Se caracterizan por estar totalmente dispuestos a intentarlo seriamente y elegir una fecha para dejar de fumar en los próximos 30 días.

Cuando un fumador permanece sin fumar, se encuentra en *fase de acción*, esta fase dura 6 meses y las recaídas son muy frecuentes. Sin embargo cuando el sujeto supera los seis meses sin fumar, las posibilidades de recaer son menores y se pasa a la *fase de mantenimiento* que dura otros seis meses, cuando el sujeto supera un año sin fumar, se le considera ya un exfumador.

2.3. Motivación.

Es importante analizar cuáles son las razones por las que el sujeto quiere dejar de fumar y qué grado de motivación presenta. Son varias las razones que el fumador alega: motivos de salud, económicos, mal ejemplo para los demás, presión social o familiar, mejorar la higiene, autocontrol, etc. Generalmente las razones de salud son las que con mayor frecuencia argumentan.

Para conocer el grado de motivación que tiene el paciente para dejar de fumar se puede utilizar el Test de Richmond, que consta de cuatro preguntas (tabla 5). Si la puntuación obtenida es de 0 a 6, se trata de una motivación baja, si es de 7 a 9, se trata de una motivación moderada, y si es de 10, se trata de una motivación alta.

2.4. Cooximetría en aire espirado.

Consiste en objetivar el monóxido de carbono (CO) en el aire espirado del fumador⁷. Para ello utilizaremos el cooxímetro, que es un monitor de alta precisión para medir concentraciones de CO en ppm. (partes por millón). Pedimos al paciente que inspire hondo y que mantenga la respiración durante 10 segundos. A continuación ha de soplar lenta y progresivamente a través de la boquilla vaciando el aire contenido en los pulmones lo máximo posible, lo que nos dará la máxima muestra de la fracción alveolar.

El cooxímetro informa en pocos segundos de las cifras de CO en ppm que el paciente tiene en su aire espirado y también nos da la correlación con el % de carboxihemoglobina (COHb) que presenta el fumador.

En general, cifras de 10 ppm o menos de CO en el aire espirado corresponden a los no fumadores. Las cifras de CO no sólo están en relación con el número de cigarrillos consumidos, sino también con el patrón de consumo: inhalación de humo, número de chupadas, profundidad e intensidad de la inhalación, etc.

Las cifras de CO comienzan a normalizarse a partir de las 48-72 horas de dejar de fumar. En fumadores esporádicos, los niveles de CO pueden estar por debajo de 10 ppm, pero siempre estarán por encima de 7 ppm. Los no fumadores rara vez tendrán un nivel superior a 6 ppm.

La cooximetría presenta una serie de ventajas:

- Es un método económico, de fácil manejo e incruento.
- Sirve como mecanismo de refuerzo positivo de la conducta y como método fisiológico para comprobar la afirmación verbal de abstinencia.

La obtención de los niveles de CO en aire espirado y de COHb pueden ser utilizados como parámetros de factor de riesgo. Se sabe que los fumadores que presentan niveles más altos de CO en aire espirado y de COHb tienen más posibilidades de desarrollar cardiopatía isquémica, EPOC y tumores. Por otro lado las determinaciones de estos parámetros pueden servir para analizar el grado de tabaquismo que padece el fumador.

En general, los fumadores que iniciaron su hábito en edades más tempranas, que consumen mayor número de cigarrillos, que dan más caladas y que inhalan más intensamente, son los que presentan estos parámetros más elevados.

2.5. Marcadores biológicos del tabaquismo.

Los marcadores biológicos más utilizados son la cotinina, el CO (monóxido de carbono), y el tiocianato sérico. La nicotina aunque es un marcador específico, no suele utilizarse habitualmente dado que su vida media es muy corta (entre 30 y 100 minutos), por lo que no se acumula ni persiste durante largos periodos de tiempo.

La medición de tiocianato sérico es un marcador que se puede utilizar, dada su vida más larga al presentar una vida media entre 10 y 14 días. Sin embargo sus dos inconvenientes mayores son su baja sensibilidad y especificidad, lo que hace que no sea muy utilizado ya que se ve influenciado por otras fuentes de glucósidos cianogénicos, como el azúcar de caña o las almendras, y otros que contienen tiocianato de forma natural como la coliflor o la cerveza, provocando niveles de tiocianato similares a los fumadores habituales.

La cotinina es el principal metabolito de la nicotina, procede del metabolismo oxidativo de la nicotina, lo que la convierte en el marcador más específico del humo del tabaco, y su

determinación en plasma presenta una elevada sensibilidad y especificidad, pudiéndose evaluarse igualmente en orina y en saliva, por lo que se considera que es el marcador más recomendable epidemiológicamente. Por otro lado, ha demostrado también su utilidad para estudiar la exposición a la contaminación ambiental por humo de tabaco (CAHT), en los fumadores pasivos.

Su vida media es de aproximadamente 15-40 horas. Su eliminación se realiza mayoritariamente a través de la orina. La máxima concentración urinaria de cotinina aparece alrededor de las 2 horas después del último pitillo y su aclaramiento es lento, existiendo aún cifras detectables en orina a las 36 horas.

En resumen, los métodos analíticos para objetivar la abstinencia tabáquica más útiles en la práctica clínica, por su especificidad y fiabilidad, son la determinación de CO en el aire espirado y la determinación de cotinina en saliva, orina o sangre, siendo la de más fácil manejo, la evaluación de CO en el aire espirado, quedando relegada la determinación de cotinina para aquellos fumadores que precisen de un ajuste muy aproximado para la terapia sustitutiva con nicotina y para ensayos clínicos o estudios de investigación en los que sea imprescindible su examen.

2.6. Fecha de abandono.

El fumador debe elegir un día para dejar definitivamente el tabaco, es deseable que la fecha elegida sea dentro de las próximas 4 semanas. Este día se reseñará en la Historia Clínica del fumador, se recomendará que el día elegido sea uno en el que el fumador encuentre más facilidades que obstáculos para dejar de fumar.

Se intentará que sea una época en la que el paciente se encuentre especialmente relajado, con buen ánimo, evitando problemática y situaciones de estrés, que pudieran distraer al individuo del proceso de abandono y hacer que fracase.

2.7. Aproximación diagnóstica del tabaquismo.

La investigación con la mayor exactitud posible de las características del fumador, nos va a permitir realizar un diagnóstico acertado del prototipo de fumador al que pertenece el paciente. De ahí se deriva la importancia de evaluar y explorar todos los parámetros que han de valorarse en la historia clínica del tabaquismo, porque de la correcta cumplimentación de todos los apartados, nos va a facilitar establecer un juicio diagnóstico apropiado, lo que nos permitirá instaurar las estrategias terapéuticas más apropiadas y beneficiosas para cada fumador.

Concretando y sintetizando, después de lo expuesto con anterioridad, se puede diagnosticar al fumador desde tres puntos de vista⁸: a) grado de fumador, justificado por el número de cigarrillos al día y en los niveles de CO en aire espirado; b) fase de abandono en la que se encuentre el fumador, y c) dependencia a la nicotina.

En relación al grado de fumador, los fumadores con un registro de 5 o menos paquetes/año y menos de 15 ppm de CO en la cooximetría se pueden incluir dentro de los fumadores de grado leve.

Los fumadores que consumen entre 5-15 paquetes/año y que presentan entre 15 y 25 ppm de CO en aire espirado se incluyen dentro de los fumadores de grado moderado.

Los que consumen más de 15 paquetes años y muestran más de 25 ppm de CO en aire espirado se consideran fumadores de grado severo. Conviene resaltar que en esta clasificación tiene más trascendencia el CO en aire espirado que el número de paquetes/año para incluir al fumador en cualquiera de estos niveles.

En relación a la fase de abandono, los fumadores en fase de precontemplación no se plantean el abandono del tabaco. Los que desean intentarlo en los próximos 6 meses están en fase de contemplación, y los que quieren hacer un intento serio en los próximos 30 días están en fase de preparación⁶.

El conocimiento de la fase de abandono en la que se sitúa al fumador orienta y facilita al profesional sanitario a instaurar el tratamiento más apropiado. En fase de precontemplación será ayudarles a que progresen a fases más avanzadas, así al acelerar el proceso, procuramos que pasen a la fase de contemplación lo antes posible. En esta fase no es necesario invertir demasiado tiempo, tan sólo el consejo médico y la entrega de un folleto informativo. En la fase de contemplación reforzaremos su confianza para que de nuevo intente dejar de fumar favoreciendo y estimulando su motivación. Aquí además del consejo y folleto informativo, le podemos entregar una guía práctica para dejar de fumar. En la fase de preparación debemos orientar a los fumadores a que dejen definitivamente de fumar de forma inmediata. Lo ideal es que fijen la fecha de abandono en las dos próximas semanas.

En relación a la dependencia física por la nicotina, los fumadores que consumen más de 20 cigarrillos diarios, encienden el primero durante la primera media hora en levantarse, éste es el que más desean, y han realizado varios intentos previos fracasados a causa del síndrome de abstinencia, son fumadores que presentan un grado moderado/severo de dependencia física

por la nicotina. Los que fuman menos de 20 cigarrillos al día, tardan más de 30 minutos en encender el primer pitillo y no es el que más necesitan, son fumadores con un grado leve de dependencia por la nicotina.

3. TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.

El Sistema Nacional de Salud debería ofrecer ayuda e intervenciones prácticas a todos los fumadores. Independientemente de su nivel económico, edad y sexo. Estas actuaciones deberían comprender la prevención y el tratamiento de la adicción a la nicotina, regular el consumo de tabaco en los lugares públicos, prevenir el tabaquismo pasivo y la facilitación de estrategias terapéuticas cuando estén indicadas.

Existe una desigualdad desproporcionada entre los recursos asignados para las actividades de lucha antitabáquica y la carga de morbilidad atribuida al tabaco. Es necesario que las autoridades sanitarias movilicen más fondos para el avance y desarrollo de las investigaciones y vigilancia relacionadas con la lucha antitabáquica. Estas iniciativas tendrán, sin duda, repercusiones decisivas sobre la Salud Pública en nuestro país.

3.1. Intervención mínima

Los profesionales sanitarios (PS) disponen de frecuentes oportunidades de contactar con los pacientes fumadores. Al menos el 70% de los fumadores consultan a su médico anualmente, y en un periodo de 5 años, cerca del 90% son vistos por su médico. Tan sólo el 37% de los fumadores confiesan haber recibido consejo sanitario para dejar de fumar por parte de su médico. La evidencia científica ha demostrado que se puede conseguir entre un 5-10% de exfumadores al año, después de una intervención mínima⁹ (consejo sanitario más folleto informativo) para dejar de fumar tras un seguimiento (tabla 6).

Muchos médicos creen erróneamente que aconsejar a sus pacientes dejar de fumar les va a costar mucho tiempo. Si los médicos dedican 2 minutos a dar consejo sanitario sobre el abandono del tabaco y ofrecen material escrito (folleto informativo, guía práctica, etc.) entre el 5-10% dejarían de fumar en los próximos 12 meses.

Va siendo hora de que los malentendidos e incertidumbres sobre la intervención mínima sean clarificados (Grado de evidencia A)^{10, 13, 14}.

Una vez identificado el paciente como fumador, es responsabilidad del médico aconsejarle en la necesidad de abandonar el tabaco. El consejo debe ser claro, breve (2 minutos), firme e individualizado, haciendo hincapié en los beneficios que conlleva el abandono. Una de las

principales consecuencias del consejo sanitario antitabaco es propiciar intentos para dejar de fumar y avanzar en las diferentes etapas del particular proceso de abandono de cada fumador, más que en incrementar las tasas de abstinencia a corto plazo.

El objetivo del tratamiento en fase de precontemplación será ayudarles a que progresen a fases más avanzadas, así aceleramos el proceso de abandono. Aquí no es necesario dedicar excesivo tiempo, tan sólo consejo médico y folleto informativo.

El objetivo del tratamiento en fase de contemplación será brindarles nuestro apoyo y reforzar su confianza para que lo intente de nuevo. Debemos favorecer y estimular su motivación para aumentar su autoconfianza, a la vez que le explicamos que los intentos previos sirven como aprendizaje, y que a más intentos, más posibilidades de alcanzar la abstinencia. Aquí además del consejo y folleto, debemos entregar una guía práctica para dejar de fumar.

La intervención en fase de preparación, está orientada a que dejen definitivamente de fumar. Deben fijar la *fecha de abandono*, lo ideal sería en las dos próximas semanas. Además de la intervención de la fase anterior, habrá que plantearse el tratamiento farmacológico cuando esté indicado, pues se ha constatado que duplica y a veces triplica las tasas de abstinencia¹¹.

El enfoque terapéutico durante la fase de acción, en la que el sujeto ha dejado de fumar y se prolonga durante seis meses, a ofrecerles todo nuestro apoyo, así como ayudarles a superar y evitar las recaídas, y a facilitarles el avance hacia la fase de mantenimiento, en la que el sujeto se mantenga sin fumar y pase a ser considerado el cabo de un año como un exfumador.

En resumen, el proceso de abandono se acompaña de varias etapas, en la etapa de precontemplación los fumadores necesitan motivación, en la de contemplación, requieren una buena información, y en las de preparación y acción, requieren fijar la fecha de abandono y establecer conjuntamente con su médico la estrategia terapéutica más adecuada en cada caso en particular.

3.2. Tratamiento psicológico

Teniendo en cuenta que el tabaquismo constituye una enfermedad crónica y adictiva, el soporte psicológico mejora los índices de abstinencia cuando se combina con terapia farmacológica en la cesación tabáquica¹².

Ya que la nicotina, genera una dependencia psicológica y también farmacológica, se han utilizado con éxito, tratamientos psicológicos y farmacológicos.

Los métodos psicológicos se pueden explicar como las habilidades o técnicas que son sustanciales en la asistencia a un sujeto adicto a la nicotina, se fundamentan en métodos educacionales y conductuales. El propósito que se pretende es cambiar la conducta del

fumador, reestructurando sus conocimientos de modo que sea capaz de orientar, reemplazar y por último suprimir el estímulo adquirido de la conducta de fumar.

3.2.1.-Enfoque educacional. Proporciona información al fumador sobre los peligros que conlleva el tabaquismo para su salud, pero destacando los beneficios inmediatos que van unidos al abandono del tabaco.

3.2.2.-Enfoque conductual. Utiliza técnicas para modificar el comportamiento y la investigación de conductas opcionales a aquellas que facilitan que el individuo fume, con el propósito de que el individuo frene el ansia por fumar.

Técnicas de refuerzo positivo. Estas técnicas se basan en incrementar la motivación del fumador. El propósito fundamental de estas técnicas es intensificar la motivación y la confianza que dispone el individuo para dejar de fumar, son esenciales en el soporte conductual.

a) Técnicas de autocontrol. El registro conductual o autoinforme de los cigarrillos consumidos, consiste en anotar antes de cada cigarrillo o inmediatamente después, la situación que le ha inducido a fumar y el grado de necesidad de ese pitillo (mediante una escala simple de 0 a 2). Con ello conseguimos que el fumador tenga una percepción objetiva y real de su consumo a la vez que intentamos romper el automatismo que acompaña el acto de fumar. Conocerá cuáles son las situaciones a lo largo del día en las que existe mayor necesidad, por lo tanto mayor riesgo de recaídas.

Esta técnica modifica el comportamiento del fumador de forma involuntaria, disminuyendo el número de cigarrillos al día y la profundidad de las caladas.

b) Técnicas de reducción gradual de nicotina y alquitrán. Consiste en que fume otras marcas de menor contenido en alquitrán y nicotina y vaya reduciendo progresivamente el número de cigarrillos diarios. Se achaca a este método que el sujeto persiste y mantiene el automatismo de fumar. Los datos sobre la eficacia de esta técnica en la abstinencia tabáquica, son contradictorios y los meta-análisis no avalan su efectividad.

Técnicas de refuerzo negativo. También denominadas técnicas aversivas, promueven un efecto negativo del comportamiento, provocando cuando el paciente fuma, síntomas leves de intoxicación nicotínica (náuseas, vómitos, etc.).

a) Fumar rápido. Se plantea que el paciente fume rápido e inhale con tanta intensidad como sea capaz, realizando una inhalación cada 6 segundos ininterrumpidamente, mientras el fumador lo soporte, repitiéndolo en tres ocasiones, descansando cinco minutos, durante una

hora. Al acabar la sesión se comentan las sensaciones desagradables y aspectos negativos con el fin de maximizarlos.

b) Retención de humo. Cuando el paciente fuma, tiene que retener el humo en la boca durante 35-40 segundos, mientras tanto puede respirar por la nariz a la vez que se mantiene concentrado en las sensaciones incómodas que percibe.

c) Saciación. Consiste en aumentar el consumo habitual de tabaco hasta tres o cuatro veces. Se pretende que con esta técnica el paciente cambie el ansia por fumar en rechazo o repugnancia a dicha conducta y se consiga la sustitución de fumar/satisfacción por fumar/repulsión.

Estas técnicas se pueden aplicar mediante dos modalidades, terapia individual y terapia grupal sin que hayan demostrado diferencias significativas en los resultados de abstinencias entre ambas formas.

3.3 Terapia sustitutiva con nicotina.

Existe un grupo de fumadores en los que las pautas de Intervención Mínima (consejo médico más folleto informativo) referidas anteriormente no se muestran eficaces. En estos casos habrá que considerar además, el uso de terapia farmacológica. Hasta la fecha se ha utilizado con éxito, la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y otros fármacos no nicotínicos (Bupropion), materia que será objeto de revisión en los siguientes apartados.

A los pocos minutos de encender un cigarrillo se detectan en el fumador picos de nicotemia entre 30-40 ng/ml. Al descender por debajo de estos niveles, el fumador siente deseos de volver a fumar y al hacerlo conseguirá de nuevo otro pico de nicotina en sangre.

La TSN consiste en administrar nicotina por vía distinta al consumo de cigarrillos, de modo continuo a dosis controladas y progresivamente decrecientes a los fumadores que quieren dejar de serlo, con el objetivo de atenuar el síndrome de abstinencia a la vez que evitamos causar dependencia.

La evidencia científica ha demostrado la utilidad de estos fármacos en fumadores adultos de 10 ó más cigarrillos al día (grado de evidencia A)¹³.

Como es lógico suponer, esta forma de sustitución parcial de nicotina no elimina completamente el síndrome de abstinencia pero la información disponible avala una importante reducción de la intensidad de éste.

Las características de la TSN, se muestran en la tabla 7.

3.3.1.-Chicle de nicotina.

El chicle de 4 mg es más eficaz que el de 2 mg cuando tratamos a fumadores severos.

Aproximadamente a la media hora de la masticación del chicle el 90% de la nicotina contenida en la pieza es liberada. En este momento es cuando alcanza el pico más alto de nicotemia (15-30 ng/ml).

El mal cumplimiento, por bajo consumo, es una característica común del chicle. Por tanto, se debe explicar con el mayor detalle el uso del chicle antes de dejar de fumar e incluso se puede intentar una reducción del número de pitillos conjuntamente con el uso del chicle durante la primera semana antes de dejarlo definitivamente.

Al principio del tratamiento se deben emplear tantas piezas de chicle como sean necesarias, aproximadamente una cada hora (10-15/día) y progresivamente ir reduciendo la dosis. La duración del tratamiento recomendada es alrededor de tres meses. Los efectos secundarios más frecuentes son úlceras orales, dolor en la articulación temporomandibular y alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, hipo, pirosis, flatulencia), la mayoría de las veces su presencia es debida a una incorrecta utilización.

3.3.2. Parche de nicotina.

El parche de nicotina se ha convertido en un método muy popular y de gran aceptación en el tratamiento del tabaquismo. Su uso mientras el individuo permanece despierto (16 h.), es tan eficaz como si utilizamos el parche de 24 horas, se puede ir reduciendo la dosis a partir de la cuarta semana.

El parche de nicotina posee una fórmula sencilla y cómoda que administra dosis controladas y mantenidas de nicotina que se libera lentamente y se absorbe por vía intradérmica. El parche de 24 horas se ha diseñado para mantener una concentración nocturna mínima de nicotina que ayude a resistir el fuerte deseo de fumar que sienten los fumadores dependientes por la mañana.

Los dos tipos de parches existentes en el mercado presentan tres presentaciones diferentes, el parche de 16 horas (15, 10 y 5) y el parche de 24 horas (30, 20 y 10). La nicotina absorbida respectivamente para el parche de 16 h es 15, 10 y 5 mg, y para el parche de 24 h es 21, 14 y 7 mg. Se comienza por la dosis más alta y se reduce progresivamente la dosis. Aunque algunos estudios han demostrado que el uso del parche durante 8 semanas es tan efectivo como el tratamiento prolongado, conviene individualizar el tratamiento en cada caso particular.

Los efectos adversos más comunes asociados al uso del parche son las reacciones locales, como prurito, eritema y edema, suelen ser transitorias y raramente son lo suficientemente graves para suspender el tratamiento. El número de reacciones adversas sistémicas es bajo y

las más frecuentes son náuseas, palpitaciones, cefalea, insomnio, flatulencia y vértigo. La mayoría de las veces aparecen pos continuar fumando.

3.3.3.-Spray nasal de nicotina.

Un tercer método de TSN y de acción más rápida es el spray nasal de nicotina. Se trata de un dispositivo tamaño bolsillo, multidosis, con un mecanismo de bomba de inyección adaptado a una cánula que permite su inserción dentro del orificio nasal. Cada vez que se presiona la bomba, libera 50 ml de una solución que contiene 0,5 mg de nicotina. El spray nasal libera nicotina de un modo más rápido que el chicle o el parche, pero menos que el cigarrillo. Esto explica que esté especialmente indicado en fumadores con una alta dependencia a la nicotina y con un grado severo de tabaquismo.

Los fumadores tienden a administrarse el spray hasta conseguir concentraciones plasmáticas cercanas al 50% de la que consiguen fumando. Se debe comenzar por una o dos dosis a la hora y no sobrepasar nunca un máximo de 5 mg a la hora ni más de 40 mg por día. Se recomienda reducir la dosis a partir de la sexta semana, procurando no sobrepasar los seis meses.

Las tasas de abstinencia al año con el empleo del spray van del 15 al 25%. Los efectos adversos más frecuentes son irritación nasal y de garganta, congestión nasal, picor y estornudos, epistaxis leve, que suelen desaparecer tras las primeras semanas de tratamiento.

3.3.4. Inhalador bucal.

Otra forma de TSN es el inhalador bucal de nicotina. Se trata de un cilindro de plástico que asemeja a un cigarrillo que contiene un cartucho impregnado en nicotina. Cada inhalador contiene 10 mg de nicotina y 1 mg de mentol para disminuir la irritación.

Una simple inhalación contiene 13 µg de nicotina y el fumador necesita unas 80 inhalaciones para obtener una cantidad de nicotina similar a la de un cigarrillo. El consumo medio diario recomendado es de 4-6 cartuchos durante las primeras 3-6 semanas de tratamiento, para ir reduciendo la dosis hasta completar los tres meses.

La farmacocinética y niveles plasmáticos de nicotina que resultan del uso del inhalador son similares a los que se han observado con el uso del chicle.

El dispositivo parece ser útil en aquellos fumadores que desean un sustituto conductual del cigarrillo (manipular con el dispositivo entre los dedos, maniobra mano-boca, etc). Efectos secundarios son la tos e irritación de la garganta que persisten a lo largo del tratamiento.

El inhalador bucal no está comercializado en nuestro país.

3.3.5.- Comprimidos para chupar.

De reciente introducción en nuestro país. El comprimido para chupar contiene 1 mg de nicotina y es bioequivalente a un chicle de 2 mg y su comportamiento farmacológico es similar.

Se comienza a chupar el comprimido, cuando se nota un fuerte sabor se deja de chupar, colocando el comprimido debajo de la lengua o entre la encía y el carrillo; cuando desaparezca el sabor, se vuelve a chupar repitiendo el ciclo.

La duración aproximada de un comprimido es de media hora.

El preparado no tiene azúcar pero sí aspartamo, por lo que está contraindicado en la fenilcetonuria.

Puede causar sensación de irritación local, aumento de salivación e hipo al inicio del tratamiento. También puede provocar dispepsia y ardor epigástrico que se suele remediar con un consumo más lento y apropiado del comprimido. El exceso de consumo del fármaco puede ocasionar náuseas, cefaleas, debilidad, palpitaciones y mareos¹⁴.

3.3.6. Terapia combinada.

Los distintos tipos de TSN que se han expuesto tienen en común que proporcionan nicotina al fumador pero se diferencian en su modo de presentación y en la liberación de la droga. Así pues, los parches facilitan una liberación continuada y mantenida de nicotina a lo largo del día, que dejan sin cubrir aquellos momentos en el que el paciente sienta deseos irrefrenables por fumar, pudiendo recaer por este motivo. Hay otros tipos de TSN como los chicles, el spray nasal o los comprimidos para chupar que pueden ser utilizados a demanda por el paciente, proporcionándole los picos de nicotinemia que éste requiera, manteniendo unos niveles de nicotina adecuados en cada caso particular. De este modo se disminuiría el síndrome de abstinencia y se evitaría correr el riesgo de sufrir una recaída.

Teniendo en cuenta esto, parece evidente que al combinar dos tipos de TSN, uno que sea de liberación lenta y el otro más rápida, utilizados a demanda del fumador que precise una recompensa más inmediata, se conseguiría una mayor eficacia en las tasas de abstinencia.

3.3.7. Recomendaciones de uso de la TSN.

La terapia farmacológica debería ser considerada, en determinadas ocasiones como tratamiento de elección, y en otras, como refuerzo imprescindible a la intervención mínima regulada, cuando ésta de forma aislada, no fuera competente para alcanzar la abstinencia del

fumador. El tratamiento del tabaquismo ha de ser individualizado y adecuado a las características exclusivas de cada sujeto, y actuando de este modo conseguiremos aumentar las posibilidades de éxito en el tratamiento.

Las recomendaciones de uso de la TSN se recogen en la tabla 8.

Los fumadores de menos de 5 paquetes/año que consumen su primer cigarrillo después de 30 minutos de levantarse y con menos de 15 ppm de CO en aire espirado, se corresponden a una dependencia a la nicotina baja y a un consumo de cigarrillos bajo/moderado. En estos casos debe recomendarse la utilización de nicotina de 2 mg cada 90-120 minutos de 8-10 semanas, reduciendo progresivamente la dosis a partir de la 6ª semana. Se recomienda el uso del comprimido para chupar en intervalos similares procurando no sobrepasar los 15 comprimidos al día, disminuyendo progresivamente la dosis, procurando completar el tratamiento antes de la 12ª semana. Otra opción sería el parche de nicotina de 24 h, a dosis de 21 mg durante 4 semanas, después 14 mg otras 4 semanas, ó el parche de 16 h, a dosis de 15 mg (4-6 S) seguidos de 10 mg (2-4 S), (Grado de evidencia A)^{8, 11, 13-15}.

Los fumadores de 5-15 paquetes/año, que fuman su primer cigarrillo antes de media hora de levantarse y que tienen entre 15-25 ppm de CO en aire espirado, presentan un grado moderado de tabaquismo. Se recomienda chicles de 4 mg cada 90 minutos, o los comprimidos para chupar, no sobrepasando los 25 comprimidos por día, e ir rebajando la dosis procurando finalizar el tratamiento hacia la 12ª semana. Otra opción sería el parche de nicotina de 24 h, a dosis de 21 mg (4 S), 14 mg (4 S) y 7 mg (4 S), o parches de 16 h a dosis de 25 mg (4 S), 15 mg (4 S) y 10 mg (4S).

Los fumadores de más de 15 paquetes/año, con alta dependencia a la nicotina y que presentan más de 25 ppm de CO en aire espirado, se consideran fumadores con un grado de tabaquismo severo. Se recomienda chicles de 4 mg a la hora, rebajando la dosis a partir de la 6ª-8ª semanas procurando finalizar hacia la 12ª semana. Otra opción sería el parche de 21 mg (6 S), 14 mg (4 S), 7 mg (4 S), o parches de 16 h, a dosis de 25 mg (6 S), 15 mg (4 S), 10 mg (4 S).

En algunos de estos fumadores, sobre todo en aquellos que presentan un grado más severo de dependencia a la nicotina, estaría recomendado el uso del spray de nicotina, comenzando por 1 ó 2 dosis a la hora, sin sobrepasar nunca un máximo de 5 mg a la hora, ni más de 40 mg por día. Se recomienda reducir la dosis a partir de la 6ª semana e intentar retirarlo a las 12-14ª semanas, procurando no sobrepasar los 6 meses.

Otra pauta que considerar en estos fumadores es la terapia combinada, parches/spray nasal, parches/chicle y parches/comprimidos para chupar, a las dosis recomendadas.

3.3.8. *Terapia a altas dosis.*

Estudios recientes han demostrado que los niveles de nicotemia que alcanzan los fumadores que consumen un cigarrillo a la hora son más elevados que los obtenidos con el uso de TSN a las dosis recomendadas, consiguiéndose sólo aproximarnos al 50% de los niveles que tiene el fumador activo.

Existen casos de fumadores severos en los que está indicado realizar niveles de nicotemia y de cotinina previos antes de ajustar la dosis de nicotina a fin de aproximarnos a un 80-90% de sustitución mediante TSN, habiéndose constatado que se mejoran los resultados de abstinencia.

La terapia con altas dosis de nicotina debe ser realizada en Unidades Especializadas en Tabaquismo y está especialmente indicada en fumadores con alta dependencia a la nicotina con un grado de tabaquismo severo y que han recaído con programas de tratamiento previos.

3.4. Bupropion.

Inicialmente comercializado para el tratamiento de la depresión, después de estudios contrastados, la FDA (*Food and Drug Administration*) lo aprobó en 1997 como fármaco de primera línea para el tratamiento del abandono del tabaco. Bupropion es un inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de catecolaminas (adrenalina y dopamina). Se desconoce el mecanismo por el cuál este fármaco potencia la capacidad de los pacientes para dejar de fumar, si bien se supone que está mediado por ciertos componentes dopaminérgicos y noradrenérgicos.

Bupropion es una alternativa para aquellos que no toleran la TSN o prefieren preparados no nicotínicos. En un estudio aleatorio, doble ciego y controlado¹⁶, el 27% de los pacientes que recibieron bupropion estaban abstinentes a los 6 meses, frente al 16% de los que tomaron placebo.

En otro estudio se comparó bupropion, parche de nicotina o la combinación de ambos, juntamente con un breve apoyo psicológico para la deshabitación tabáquica¹⁷. Se trataba de un estudio comparativo, multicéntrico, doble ciego y controlado con placebo. Al año de seguimiento, las tasas de abstinencia fueron respectivamente, de 18,4% con bupropion, 9,8% con el parche, 22,5% con el tratamiento combinado y 5,6% en el grupo placebo. Los pacientes que recibieron tratamiento combinado o monoterapia con bupropion registraron tasas de abstinencia significativamente mejores que los tratados sólo con el parche o placebo. Con el tratamiento combinado se logró el mayor índice de abstinencia, si bien no llegó a tener significado estadístico (tabla 9).

La dosis recomendada en adultos es de 150 mg dos veces al día por vía oral. La dosis inicial de bupropion será de 150 mg durante la primera semana y se deberá aumentar a partir del octavo día a 300 mg diarios. Entre la administración de dos dosis sucesivas deberá mediar un intervalo mínimo de 8 horas, y nunca se administraran dosis superiores a 300 mg diarios. La fecha de abandono del tabaco se deberá fijar dentro de las dos semanas de tratamiento, preferiblemente el primer día de la segunda semana. La duración recomendada del tratamiento es de unas 8 semanas.

Los efectos secundarios más frecuentes son insomnio, cefalea, sequedad de boca y puede aparecer prurito, dermatitis alérgica con erupción intensa, aunque es poco frecuente (tabla 10). Está contraindicado en la hipersensibilidad a bupropion o a cualquiera de sus excipientes, en pacientes con trastornos convulsivos, procesos de deshabitación alcohólica, en la retirada de cualquier medicamento asociado a riesgo de convulsiones, en pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa o bulimia, en cirrosis hepática grave, antecedentes de trastorno bipolar. También está contraindicado su uso concomitante con los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

Se puede combinar cuando esté indicado con la TSN (chicles, pastillas para chupar, etc).

Tanto la TSN como el bupropion están incluidos dentro del grado de evidencia A, recomendación basada en la evidencia científica avalada con múltiples ensayos controlados a doble ciego y aleatorizados con un diseño apropiado^{8,11,13-15}.

4. CONCLUSIÓN

La terapia destinada a la adicción por la nicotina no solamente ha demostrado ser eficaz clínicamente (Grado de Evidencia = A), sino que económicamente también se puede defender. Es de trascendental importancia que todos los profesionales de la salud reconozcamos que los tratamientos destinados a dejar el tabaquismo, incluyendo desde el consejo médico, la terapia farmacológica y los programas intensivos desarrollados en Las Unidades Especializadas en Tabaquismo, presentan una excelente relación coste/efectividad en comparación con otras intervenciones médicas.

Análisis económicos sobre coste/efectividad han mostrado resultados favorables al comparar el tratamiento del tabaquismo con determinadas intervenciones médicas como el tratamiento de la hipertensión, la hipercolesterolemia o determinados procedimientos preventivos en los que se podrían incluir la mamografía periódica. De hecho, los tratamientos indicados en la

cesación tabáquica han sido confirmados como el “*gold standard*” de las actividades preventivas en la Salud Pública.

El tratamiento del tabaquismo es particularmente importante desde el punto de vista económico, ya que puede prevenir una variedad de enfermedades crónicas muy costosas, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la enfermedad obstructiva pulmonar crónica (EPOC). No en vano, esta última enfermedad, la EPOC, representa la de mayor prevalencia y mayor coste económico y social, lo que la convierte en un problema de salud pública de primer orden.

Por último, reiterar que como profesionales sanitarios, debemos fomentar la motivación de nuestros pacientes fumadores para que intenten dejarlo, siguiendo las siguientes recomendaciones: identificar a todos los fumadores y diagnosticar la fase de abandono, aportar folletos informativos o guías prácticas para dejar de fumar, consejo médico antitabaco, terapia farmacológica (TSN y bupropion), cuando esté indicada y si no existe contraindicación, combinada con breve apoyo psicológico y establecer un seguimiento activo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.
2. Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin* 2001; 117: 692-694.
3. The smoking cessation clinical practice guideline. Panel and staff. The Agency for Health Care Policy and Research. *JAMA* 1996; 275: 1270-1280.
4. Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA. Historia Clínica del Tabaquismo. *Prev Tab* 2000; 2(1): 35-44.
5. Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. *J Behav Med* 1989; 12: 159-182.
6. Prochazka J, Diclemente CC. Stages and processes of self change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
7. Jarvis M, Russell MAH, Salojee Y. Expired air carbon monoxide: a simple breath test of tobacco smoke intake. *BMJ* 1980; 281: 484-485.
8. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y tratamiento del Tabaquismo. Documento de consenso. *Prev Tab* 2002; 4(3): 147-155.
9. Solano Reina S, De Lucas Ramos P, Flórez Martín S, Ramos Pinedo A, Prieto Gómez E, Jiménez Ruiz CA. Intervención Mínima en la deshabitación tabáquica. *Neumomadrid-Par* 1999; 2: 215-229.
10. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Library*. Nº 2, Oxford: update software, 2001

11. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo M, Flórez Martin S, Ramos Pinedo A et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1999; 335: 499-506.
12. Granda Orive JI, Perelló O, Viteri S, Cisneros C, Flórez S et al. Tratamiento Psicológico del Tabaquismo. Documento Técnico de Salud Pública nº 60. “Actualizaciones sobre Tratamiento del Tabaquismo”. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid, 2000: 35-44.
13. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Clinical Practice Guideline: treating tobacco use and dependence. Washington. June 2000.
14. JJ Lorza Blasco. Abordaje clínico-terapéutico del tabaquismo. En Manual de Tabaquismo (2ª Edición) SEPAR. Solano Reina S y Jiménez Ruiz CA (eds), Editorial Másson 2002: 157-186.
15. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Library, nº 2. Oxford: Update software 2001.
16. Hurt RD, Sachs DPL, Glover DE et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Eng J Med 1997; 337: 1195-1202
17. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 340: 685-691.

TABLA 1: Historia Clínica del fumador

Identificación:

Apellidos: N° Historia:
Nombre: Edad:
Sexo:
Domicilio:
Teléfono: Fecha:

1. ANAMNESIS.

· Antecedentes patológicos:

· Antecedentes de tabaquismo:

Edad de inicio:

Intentos previos:

- ¿Cuántos? Periodo más largo de abstinencia:

- Fecha del último intento: Motivo de la recaída

- Tratamientos utilizados

- Historia familiar de tabaquismo

¿Se fuma en el lugar de trabajo?

· Tabaquismo actual:

N° cigarrillos/día ¿Inhala siempre el humo?

¿Se despierta por la noche para fumar?

¿Tiene dificultad para estar 2 horas sin fumar?

¿Cuánta nicotina tienen sus cigarrillos habituales?

2. EXPLORACION FISICA.

Peso corporal: Pulso: T.A.:

Cooximetría: Nivel de cotinina:

Puntuación Síndrome de abstinencia

Puntuación Test de Fagerström

Puntuación Motivación

Elección Fecha de abandono:

3. DIAGNOSTICO.

4. TRATAMIENTO.

Test de Fagerström	
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma el primer cigarrillo del día?	
En 5 minutos o menos	3 puntos
En 6-30 minutos	2 puntos
En 31-60 minutos	1 puntos
Después de 60 minutos	0 puntos
¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?	
SI	1 puntos
NO	0 puntos
¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	
El primero de la mañana	1 puntos
Todos los demás	0 puntos
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
10 ó menos	0 puntos
	1 puntos
	2 puntos
31 ó más	3 puntos
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	
SI	1 puntos
NO	0 puntos
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?	
SI	1 puntos
NO	0 puntos
Puntuación total:	
Valoración: 0-4 leve, 5-6 moderada, 7 ó más alta.	

TABLA 2: Test de Fagerström

TABLA 3: Síndrome de Abstinencia

Síndrome de Abstinencia					
Fecha					
<i>Craving</i>					
Irritabilidad					
Ansiedad					
D. Concentración					
Impaciencia					
Nerviosismo					
Cansancio					
T. sueño					
Estreñimiento					
Más apetito					
Total					

Los síntomas serán valorados de acuerdo con una escala en que 0 se corresponde con ausencia de síntomas y 4 con presencia grave del mismo

TABLA 4: Proceso de abandono

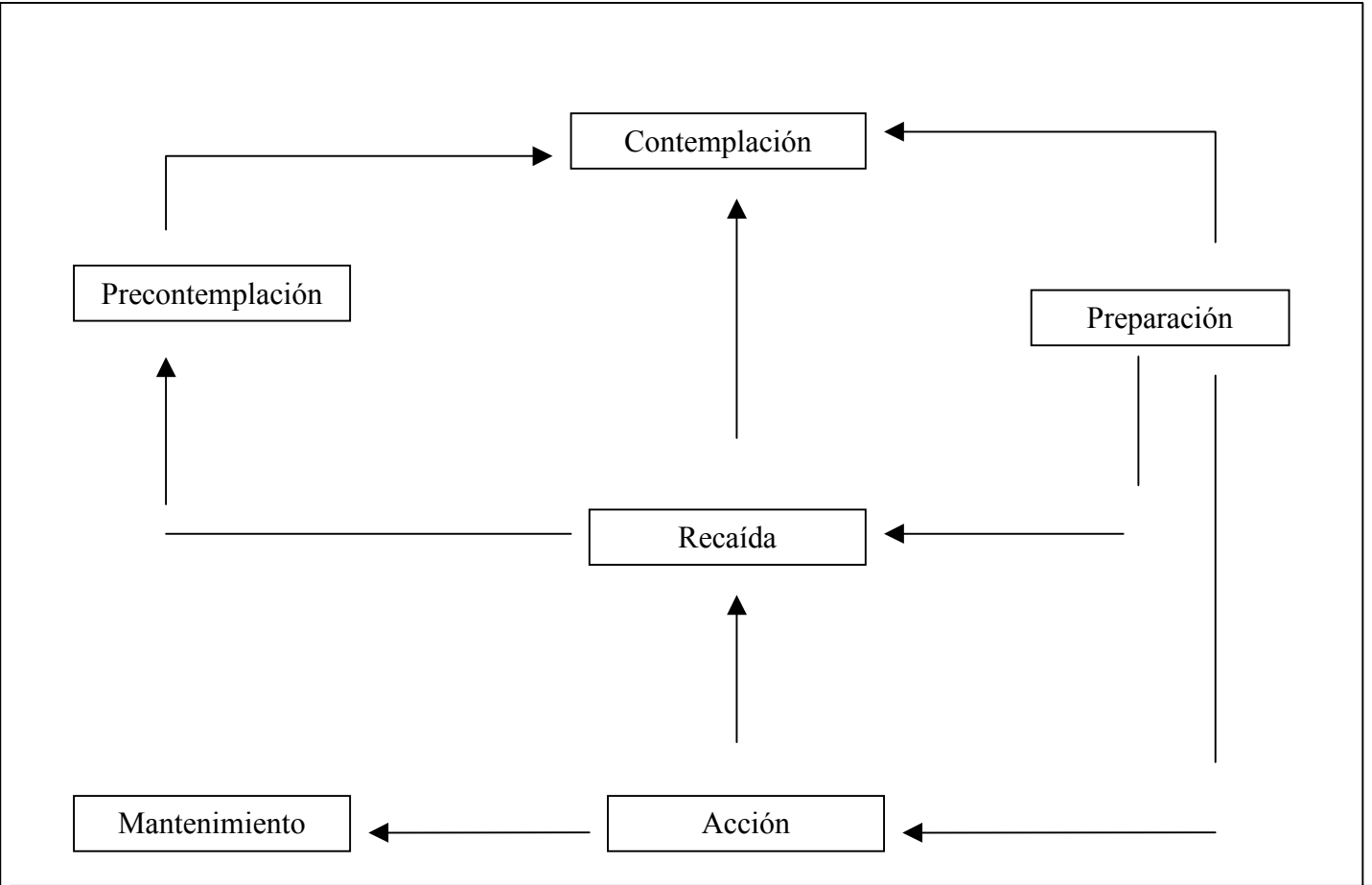


TABLA 5

Test de Richmond
<p>Valora el grado de motivación para dejar de fumar en una escala de 1 a 10 puntos</p> <p>Consta de 4 preguntas:</p> <p>1.- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? 0-NO 1-SI</p> <p>2.- ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo? Desde 0 en absoluto Hasta 3 muy seriamente</p> <p>3.- ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas? Desde 0 definitivamente-NO Hasta 3 definitivamente-SI</p> <p>4.- ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador? Desde 0 definitivamente-NO Hasta 3 definitivamente-SI</p> <p>Puntuaciones: 0-6= motivación baja/ 7-9= motivación moderada/ 10= motivación alta</p> <p>Si la puntuación obtenida es menor de 9 puntos no está justificado ofrecer al fumador un programa de deshabituación tabáquica.</p>

TABLA 6: Intervención Mínima

1. Identificar al fumador
2. Diagnóstico de la fase de abandono
3. Consejo sanitario antitabaco
4. Ayudar a los que quieran dejarlo
5. Fijar visitas de seguimiento

TABLA 7: Terapia sustitutiva con nicotina

Tipos	Chicle	Parche	Spray	Inhalador	Comprimidos
Forma de uso	<p>Masticar</p> <pre> graph TD A[Masticar] --> B[Liberación] B --> C[Absorción] C --> D[Nicotinemia] </pre>	El parche deberá ser colocado sobre la piel todos los días la levantarse y deberá retirarse al día siguiente (24 horas) o ese día al acostarse (16horas) para evitar el síndrome de abstinencia matutino	Inhalación de 0,5 mg. de nicotina en las fosas nasales tantas veces como se desee, sin sobrepasar 5 mg. a la hora o 40 mg. al día.	El inhalador permite la saturación con nicotina del aire espirado.	Pastillas para chupar. Liberación intermedia.
Indicación específica	<ul style="list-style-type: none"> • Insistir uso correcto • Aconsejar uso regular • Combate bien el <i>craving</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicado en fumadores con moderada dependencia • Ideal en atención primaria y farmacias 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicado en fumadores con muy alta dependencia • Insistir uso correcto • Alivia <i>craving</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicado en fumadores con alta dependencia gestual 	Fumadores con grado leve/moderado de tabaquismo
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Molestias dientes • Molestias faringe • Hipo ardor • Náuseas • Dolor articulación temporal mandibular 	<ul style="list-style-type: none"> • Picor • Eritema • Eczema • Mialgias • Mareos • Náuseas • Cefaleas • Dispepsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Rinitis • Conjuntivitis • Picor garganta • Lagrimeo • Tos • Estornudos • Picor nasal 	<ul style="list-style-type: none"> • Tos • Irritación garganta 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispepsia • Ardor • Náuseas • Cefalea • Debilidad • Mareos
Contra-indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas dentarios • Trastornos articulación temporal mandibular • Inflamación orofaríngea 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades dermatológicas generalizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Rinitis • Conjuntivitis • Sinusitis 	Hipersensibilidad o alergia conocida a la nicotina o al mentol	Fenilcetonuria

Precauciones Infarto de miocardio reciente. Arritmias cardíacas severas. Angina inestable. Hipertensión maligna severa. En embarazo y lactancia se evaluará la relación beneficio-riesgo según cada caso. Enfermedad péptica/gastritis.

TABLA 8: Recomendaciones de uso de TSN

NPA	FTDN	CO	OPCIONES TERAPÉUTICAS			
			Chicle	Parche 24 horas	Parche 16 horas	Comprimidos
5	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.	1 comp. c/90-120 min.
			4 mg/90 min. 12 S.	21 mg. 4 S. 14 mg. 4 S. 7 mg. 4 S.	15 mg.+10mg. 4 S. 15 mg. 4 S. 10 mg. 4 S.	1 comp. c/60 min.
15-25	7 o más	Más de 25	4 mg/60 min. 12 S.	21 mg. 6 S. 14 mg. 4 S. 7 mg. 4 S.	15 mg+10 mg. 6 S. 15 mg. 4 S. 10 mg. 4 S.	
Terapia combinada						

NPA: Número paquetes año. FTDN: Test de Fagerström. CO: Concentraciones de monóxido de carbono en aire espirado (en partes por millón). S: Semanas.

TABLA 9

Bupropion, abstinencias a los 6 meses-1 año				
	% 6 meses		% 1 año	
	Tratamiento activo	Placebo	Tratamiento activo	Placebo
Hurt et al.	27	16	23,1	12,4
Jorenby et al.	34,8	18,8	22,5	18,4

TABLA 10

Efectos adversos con Bupropion, por orden de frecuencia
<ul style="list-style-type: none">▪ Insomnio▪ Cefalea▪ Infección▪ Rinitis▪ Exantema cutáneo▪ Sequedad de boca▪ Mareos▪ Náuseas▪ Ansiedad▪ Síntomas seudogripales▪ Trastornos del sueño