

# Tratamiento personalizado del tabaquismo

---

**LOURDES LÁZARO ASEGURADO**

Servicio de Neumología. Complejo Asistencial de Burgos  
Avda. Cid 96. 09005 Burgos

e-mail: lourlazar@gmail.com

## RESUMEN

El tabaquismo es la primera causa evitable de enfermedad y muerte en nuestro medio. La mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar. Existen tratamientos eficaces para deshabituación tabáquica. Un diagnóstico preciso de tabaquismo es necesario para elegir el tratamiento más adecuado en cada caso.

**PALABRAS CLAVE:** PALABRAS CLAVE: tabaquismo, deshabituación tabáquica, poblaciones específicas.

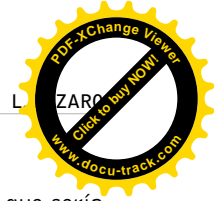
## Introducción

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que afecta al 26% de los españoles mayores de 16 años<sup>1</sup>. Representa un verdadero problema de salud pública ya que a causa del consumo de tabaco fallecen prematuramente en nuestro país más de 50.000 personas cada año, suponiendo un descenso en la esperanza de vida de una media de 10 años.

El 70% de los fumadores desea dejar de fumar y muchos lo intentan cada año. De los que no reciben tratamiento

médico, permanecen abstinentes a los doce meses 3 a 5%, cifra que puede llegar hasta el 30-40% con tratamiento especializado.

En los últimos años se han incorporado nuevos fármacos y pautas terapéuticas al tratamiento de la deshabituación tabáquica. El terapeuta debe elegir la opción más adecuada para cada paciente. También en tabaquismo "no hay enfermedades sino enfermos", no todos los fumadores son iguales y es importante personalizar el tratamiento. Sin embargo no existen algoritmos que nos guíen en esta tarea, por lo que es



necesario conocer bien las características de cada fumador antes de prescribir la opción terapéutica que pueda ser más eficaz. Estudios de farmacogenética buscan una mayor individualización del tratamiento<sup>2</sup>. Hasta que estas investigaciones aporten resultados tendremos que afinar en el diagnóstico clínico para decidir el tratamiento "en principio" más adecuado.

## Proceso de cambio

En el proceso de deshabituación tabáquica, el fumador pasa por distintas fases según el modelo de cambio de Prochaska y Diclemente<sup>3</sup>. En cada fase la intervención ha de ser diferente según aparece en la figura I.

- En la **fase de precontemplación** en la que el paciente no se plantea dejar de fumar se debe insistir en la **información** sobre los beneficios de dejar de fumar y los riesgos de seguir fumando, siempre enfatizando en los beneficios (tabla I). El objetivo es avanzar en el proceso y pasar a la siguiente fase.

- En la **fase de contemplación** el paciente piensa que sería bueno dejar de fumar pero no se lo plantea a corto plazo. Nuestra intervención busca animar a poner una fecha de abandono.

- En la **fase de preparación**: ya ha elegido la fecha y está haciendo un plan. Debemos ayudar a concretar los cambios conductuales y prescribir tratamiento farmacológico, así como programar visitas de seguimiento.

- En la **fase de acción**: acompañar al paciente en el proceso para solucionar los problemas que puedan surgir.

- En la **fase de mantenimiento**: prevenir recaídas.

## Tratamiento multicomponente

El tratamiento que combina técnicas psicológicas con fármacos, denominado tratamiento multicomponente, ha demostrado ser eficaz en deshabituación tabáquica. Es un tratamiento de alta intensidad y adaptado a cada paciente.

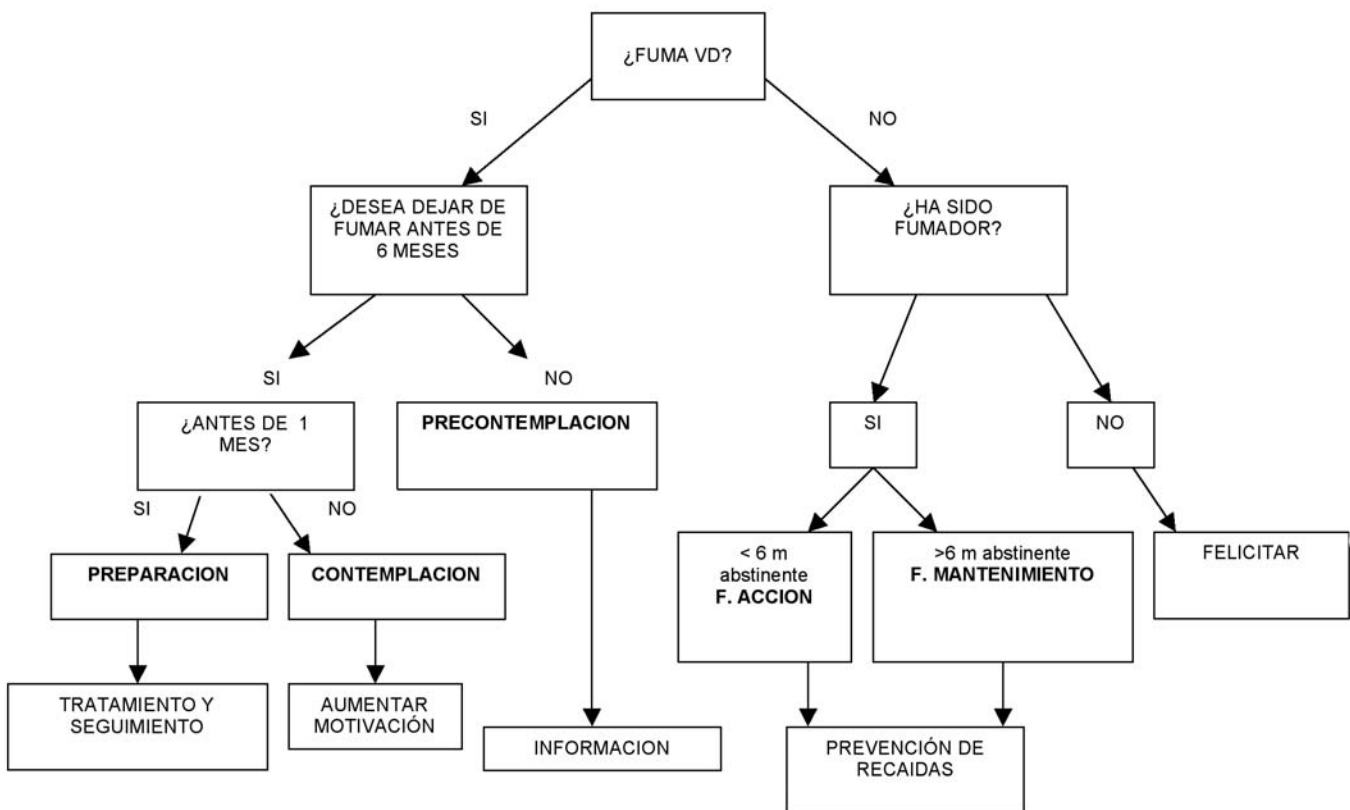
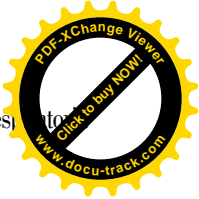
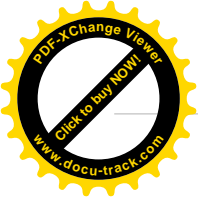


Figura 1. Fases de deshabituación e intervención en cada una de ellas.



BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuye el riesgo de enfermedad</li> <li>- Mejora el pronóstico de enfermedades ya contraídas</li> <li>- Liberación de una dependencia</li> <li>- Estéticos: dientes, pelo, piel, olor de la ropa...</li> <li>- Aumento del rendimiento físico</li> <li>- Mejora el gusto y el olfato</li> <li>- Ahorro de dinero</li> <li>- Respeto a los no fumadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades importantes: Cáncer Cardiovasculares Respiratorias</li> <li>- Mortalidad prematura</li> <li>- Complicaciones en el embarazo</li> <li>- Enfermedad en los convivientes</li> </ul>

Tabla I. Beneficios de dejar de fumar y riesgos de seguir fumando .

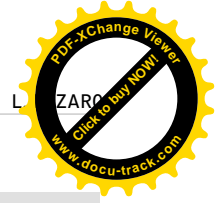
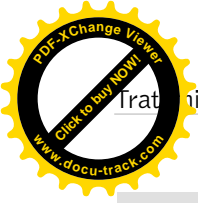
Los **tratamientos psicológicos** de mayor eficacia son los que se centran en la resolución de problemas generales y el apoyo social<sup>4</sup>. Se pueden realizar de forma individual o en grupo no existiendo hasta la actualidad suficientes estudios que comparen ambas modalidades para encontrar diferencias significativas entre ellas<sup>5</sup>. También han demostrado eficacia los tratamientos no presenciales vía telefónica<sup>6,7</sup> (quitlines).

El **tratamiento farmacológico** está recomendado en todos los fumadores que realizan un intento serio de abandono, salvo **excepciones**: si está contraindicado y en grupos específicos para los que no hay pruebas científicas de eficacia (embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, adolescentes, fumadores de < 10 cigarrillos/día)<sup>8</sup>. Los fármacos de 1ª línea son: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropion y vareniclina, pudiendo elegir cualquiera de ellos en función de las características de cada fumador. En algunos casos, cuando estos fármacos no han sido eficaces o están contraindicados, se puede utilizar los de 2ª línea (clonidina y nortriptilina) teniendo en cuenta la posibilidad de efectos adversos, interacciones y contraindicaciones. Las distintas presentaciones, dosis y efectos secundarios de cada fármaco se presentan en la tabla II<sup>9</sup>.

## ¿Cómo elegir el tratamiento más adecuado para cada fumador?

En primer lugar hay que realizar una **historia clínica general** para conocer si el paciente padece alguna comorbilidad o si toma fármacos de forma habitual, y una **historia tabáquica** centrada en conocer el grado de tabaquismo (paquetes-año), intentos previos de abandono, fármacos utilizados, causa de recaídas y otras adicciones. Para completar la historia se debe realizar la prueba de dependencia nicotínica (FTDN) de Fagerström (tabla III) y asegurar que el paciente está motivado para dejar de fumar para lo que puede ser útil el test de Richmond o simplemente preguntarle si está dispuesto a hacer un intento serio de abandono.

El paciente elige el día en que va a dejar de fumar (día D) y recibe **asesoramiento psicológico** basado en técnicas de resolución de problemas orientadas a reconocer y afrontar situaciones de riesgo de recaída<sup>10</sup>. En algunos pacientes esta es la base del tratamiento, junto con un adecuado seguimiento; son aquellos en los que, en principio, no está indicado el tratamiento farmacológico (embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, adolescentes, fumadores de < 10 cigarrillos/día)<sup>8</sup> y de los que hablaremos más adelante.



	Bupropion	TSN	Vareniclina	Nortriptilina. 2ª línea	Clonidina. 2ª línea
Gestación	No evidencia de eficacia Clase C	= Clase D excep. caramelos: no evaluado	= Clase C	= Clase D	= Clase C
Lactancia	No evaluado	=	=	=	=
Cardiovascular	Bien tolerado. Ocasional HTA	Precaución: IAM <15d, arritmia grave, angina inestable	No contraindicado	Arritmia, Insuficiencia cardíaca	
Efectos 2º	Insomnio Boca seca	Chicle y caramelos: Dolor mandíbula, hipo, dispepsia, cefalea Parche: Dermatitis, insomnio, sueños vívidos	Alteraciones del sueño, sueños extraños	Sedación, boca seca, visión borrosa, retención urinaria, mareo, temblor	Boca seca, somnolencia, mareo, estreñimiento, hipotensión
Dosis	150 mg/d 6 días, post 300 mg/d 7-12 sem	Chicles: 2-4mg max: 24/d. 12 sem. Caramelos: 1-2 mg 9-20/d. 12 sem Parches: Individual 16 ó 24h. 8 sem	0.5 mg x 3 días 0.5 mg/12h x4 d. 1mg/12h, 3-6m	25mg/d 75-100 mg/d 12sem a 6m	Boca seca, somnolencia, mareo, estreñimiento, hipotensión
Prescripción	Receta	OTC	Receta	Receta	Receta
Contraindicación	Convulsionnes, trast. aliment. IMAO (14 d)		I. renal (disminuir dosis)	IMAO	
Recomendación		Instruir en la técnica	Tras comidas	15-28 días antes día D	3 días antes día D
Precauciones	alcohol (moderar)		Conducción	Conducción, no suspensión brusca	Conducción, no suspensión brusca

OTC: over-the-counter (sin receta médica)

Tabla II. Fármacos para deshabituación tabáquica. Generalidades.



En cuanto al **tratamiento farmacológico**, debemos elegir entre las diferentes opciones terapéuticas en función de las peculiaridades de cada paciente. Aunque es difícil establecer unas pautas, intentaremos dar unas recomendaciones que ayuden a la elección.

- **Fumadores sin comorbilidad** ni tratamiento farmacológico habitual: se puede optar por cualquiera de las posibilidades (TSN, bupropion, vareniclina o combinaciones) debiendo tener en cuenta las preferencias del paciente. Si ha hecho intentos previos de abandono es preferible utilizar un fármaco no probado, salvo que haya sido útil y bien tolerado y el paciente así lo desee.

- **Pacientes con patología cardiovascular:** tanto TSN como bupropion han demostrado ser eficaces y seguros; no se dispone aún de datos publicados sobre el uso de vareniclina en estos pacientes, pero por sus propiedades farmacológicas parece adecuado y no está contraindicado en las principales guías.

- **Pacientes con patología respiratoria:** en pacientes con EPOC no existe contraindicación para usar los fármacos de 1ª línea siendo conveniente prolongar el tratamiento y, en el caso de TSN, utilizar dosis mayores ya que se trata, en general, de pacientes con dependencia alta.

- **Pacientes polimedicados** es más seguro utilizar TSN que no presenta riesgo de interacción.

- **Pacientes con antecedente de ansiedad-depresión** hay que asegurarse de que se encuentran en fase estable. Bupropion y nortriptilina aumentan las tasas de abstinencia a largo plazo en esta población, también puede ser útil la TSN. Se han comunicado casos de suicidio en relación tanto con bupropion como con vareniclina, no pudiendo dirimir si se deben al efecto del fármaco o a otras causas; la FDA ha ordenado a los fabricantes incluir en ficha técnica advertencias acerca del riesgo de síntomas psiquiátricos y de suicidio por lo que se debe vigilar a los pacientes que los toman para detectar algún síntoma en este sentido<sup>11</sup>.

- **Pacientes hospitalizados:** es aconsejable aprovechar los días de hospitalización para aumentar la motivación del paciente, asesorar psicológicamente, iniciar tratamiento farmacológico y hacer seguimiento tras el alta (al menos te-

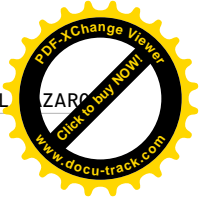
léfonico y durante un mes)<sup>12</sup>. Dado que el paciente no puede fumar en el hospital es preferible utilizar TSN que tiene efecto inmediato.

- **Adolescentes:** pocos solicitan ayuda para dejar de fumar. No hay evidencia de que el tratamiento farmacológico sea eficaz a largo plazo por lo que la intervención se debe basar en reforzar la motivación haciendo hincapié en los temas que más preocupan a esa edad: olor del pelo, aliento y ropa, forma física, gasto económico, etc.<sup>13,14</sup>

- **Embarazo y lactancia:** como ya se ha comentado, este es uno de los grupos en los que (en principio) no está indicado el tratamiento farmacológico, debiendo intensificar el asesoramiento psicológico, aumentando la motivación, basada no solo en la salud del bebé sino también de la madre, a fin de conseguir abstinencias prolongadas. Los escasos estudios realizados no permiten asegurar la eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico. En cualquier caso hay que valorar riesgo/beneficio: el tabaco es factor de riesgo demostrado de importantes complicaciones en el embarazo-parto-puerperio, dejar de fumar durante el embarazo y la lactancia aporta grandes beneficios. La utilización de TSN estaría justificada en mujeres con alto nivel de dependencia que no consiguen dejar de fumar con tratamiento psicológico ya que solo aporta nicotina no las miles de sustancias tóxicas que contiene el tabaco. Dentro de los preparados de TSN, en esta población son preferibles los de uso intermitente<sup>15</sup>.

- **Pacientes con obesidad** o preocupados por el peso: en todos los pacientes, pero especialmente en estos es importante realizar un plan de ejercicio físico y alimentación<sup>16</sup>. En cuanto a los fármacos, Bupropion y TSN (en concreto chicles de 4mg) ayudan a controlar la ganancia de peso mientras se están tomando<sup>17</sup>.

- **Pacientes que quieren dejar de fumar pero no están dispuestos a abandonar el tabaco de forma brusca:** se puede utilizar el método de reducción progresiva **RHD** (reducción hasta dejarlo) con TSN<sup>18</sup>. Se trata de disminuir paulatinamente y de forma controlada el número de cigarrillos diarios (ncd) hasta la abstinencia completa. En una primera fase se fija la fecha en la que se va conseguir fumar el 50% de la cantidad inicial para lo que se van sustituyendo cigarrillos por chicles de nicotina (cada 2 cigarrillos, un chicle), debe



1. ¿Cuanto tiempo pasa desde que se levanta hasta que se fuma el primer cigarrillo?	
• Menos de 5 minutos .....	3
• Entre 6 minutos y media hora .....	2
• De media a una hora .....	1
• Mas de una hora .....	0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	
• SI .....	1
• NO .....	0
3. ¿Que cigarrillo le costará más dejar?	
• El primero del día .....	1
• Cualquier otro .....	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
• Menos de 10 .....	0
• Entre 11 y 20 .....	1
• Entre 21 y 30 .....	2
• Más de 30 .....	3
5. ¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse que el resto del día?	
• SI .....	1
• NO .....	0
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en al cama?	
• SI .....	1
• NO .....	0
Puntuación total:	
≤ 4 puntos: dependencia baja	
5-6 puntos: dependencia media	
≥ 7 puntos: dependencia alta	

Tabla III. Test de Fagerström de dependencia nicotínica (FTND).

durar 6 a 8 semanas. En la segunda fase se sigue reduciendo el ncd a lo largo de 6 a 8 semanas sustituyendo cada cigarrillo por un chicle hasta la abstinencia completa. En una tercera fase, de mantenimiento, se va reduciendo progresivamente el consumo de chicles<sup>19,20</sup>.

• Pacientes con **gran dependencia**: han demostrado eficacia dosis altas de TSN así como combinar preparaciones de liberación prolongada con otras a demanda. También hay es-

tudios que demuestran mayor eficacia si se comienza el tratamiento antes del día D<sup>19</sup> y si se prolonga más de 12 semanas. Otra alternativa es combinar TSN y bupropion<sup>20,21</sup>.

• Pacientes que fuman **menos de 10 cigarrillos/día**: en estos pacientes tampoco está indicado el tratamiento farmacológico, salvo en casos individuales, en los que se deberá disminuir la dosis si se utiliza TSN, no siendo necesario en los otros tratamientos.



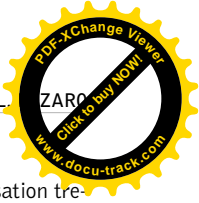
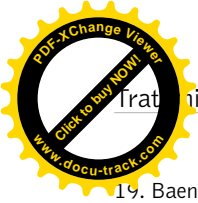
• **Mujeres:** en ellas la dependencia psicológica es mayor por lo que hay que trabajar más este aspecto. Fuman más por placer (recompensa positiva), por socialización, en momentos de relax o de stress. Algunos estudios sugieren que la TSN es menos eficaz en mujeres<sup>22</sup>, por lo que este no sería el tratamiento de elección. También es frecuente la preocupación por el peso, factor a tener en cuenta a la hora de elegir el tratamiento. Una perspectiva de género en el tratamiento del tabaquismo que tenga en cuenta estos aspectos y otros como la influencia de factores hormonales podría aumentar las tasas de abstinencia en mujeres.

## Conclusiones

En la actualidad, y hasta que la investigación sobre farmacogenética aporte resultados, la mejor orientación para elegir entre las distintas opciones de tratamiento en deshabituación tabáquica se obtendrá de una detallada historia clínica general y de tabaquismo. El terapeuta debe tener un amplio conocimiento de los fármacos a utilizar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid, 2006
2. Lessov-Schlaggar CN, Pergadia ML, Kroyan TV, Swan GE. Genetics and nicotine dependence and pharmacotherapy. *Biochem Pharmacol* 2008; 75: 178-95
3. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51(3): 390-5
4. Becoña E. Nuevas aportaciones al tratamiento psicológico según los niveles de intervención. En: L. Sánchez Agudo. Actualización en el tratamiento del tabaquismo. Guía US of Health and Human Services en nuestro entorno. *Neumología y Salud SL*. Zaragoza 2009, 51-65
5. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
6. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
7. Carreras JM, Fletes I, Quesada M, Sanchez B, Sanchez L. Diseño y primera evaluación de un programa de tratamiento de tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(7):247-50
8. Fiore MC, Baley WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000: 4
9. Lázaro L. Aportaciones clínicas recientes: evaluación del fumador y tipo de intervención. En: L. Sánchez Agudo. Actualización en el tratamiento del tabaquismo. Guía US of Health and Human Services en nuestro entorno. *Neumología y Salud SL*. Zaragoza 2009, 33-49
10. Barrueco M, Carreras JM. Aplicación clínica del tratamiento multicomponente del tabaquismo. En: Barrueco M, Hernández- Mezquita MA, Torrecilla M editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Euromedice, Ediciones Médicas, 2009: 151-177
11. Seguridad de los fármacos para dejar de fumar. *The Medical Letter* (edición española). 2009; XXXI (19): 73
12. Rigotti N, Munafo' MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.
13. Nerin I. El tratamiento a fumadores enfocado a poblaciones específicas. En: L. Sánchez Agudo. Actualización en el tratamiento del tabaquismo. Guía US of Health and Human Services en nuestro entorno. *Neumología y Salud SL*. Zaragoza 2009, 91-108
14. Grimshaw G, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub4.
15. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf* 2001; 24(4):277-322.
16. Anexos 20 y 21. En: Barrueco M, Hernández- Mezquita MA, Torrecilla M editores. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Barcelona: Euromedice, Ediciones Médicas, 2009: 324-325
17. Filozof C, Fernández Pinilla MC, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev*. 2004; 5: 95-103. .
18. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009; 338:b1024. doi: 10.1136/bmj.b1024



19. Baena A, Nerín I, Fagerström K, Alonso de la Iglesia B, Ortiz H, Saltó E et al. Manejo clínico de los fumadores en proceso de reducción hasta dejarlo. Protocolo clínico. *Prev Tab* 2006; 8 (Supl 1): 48-54

20. Jiménez C, Ramos A, De Granda JI, Florez S, Mayayo M, Cristóbal M, et al. Nuevas formas de uso de la terapia sustitutiva con nicotina. Análisis de su eficacia y seguridad en el tratamiento del tabaquismo. *Prev Tab* 2008; 10: 102-114

21. Rose JE, Herskovic JE, Behm FM, Westman EC Precessation treatment with nicotine patch significantly increases abstinence rates relative to conventional treatment. *Nicotine Tob Res* 2009; 11(9):1067-75.

22. Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72:712-22.