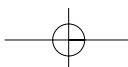
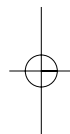
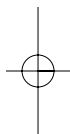


Atención al tabaquismo



Procedimientos en enfermedades respiratorias

PROCEDER

Directores de la serie

Pilar de Lucas Ramos
Presidenta de NEUMOMADRID

Yolanda Ginés Díaz
Tesorera de SMMFYC

Juan Carlos Colmenarejo Hernando
Vicepresidente de SEMERGEN Madrid

Atención al tabaquismo

Coordinadores

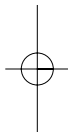
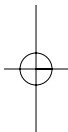
Carlos Andrés Jiménez Ruiz (NEUMOMADRID)

Neumólogo, Director de la Unidad de Tabaquismo,
Dirección General de Salud Pública,
Consejería de Sanidad y Consumo,
Comunidad de Madrid

Juan Carlos Colmenarejo Hernando (SEMERGEN Madrid)

Médico de Familia,
Centro de Salud Estrecho de Corea I, Madrid





www.ArsXXI.com



Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© 2006. NEUMOMADRID
© 2006. SMMFYC
© 2006. SEMERGEN Madrid
© 2006. Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L.
Passeig de Gràcia 84, 1.ª pl. - 08008 Barcelona (España)
www.ArsXXI.com

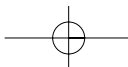
ISBN 84-9751-159-X

Depósito Legal: M-46434-2005

Composición y compaginación: Trama Equipo Editorial, S.L.L. - Balmes 176 - Barcelona (2005)

Impresión: Gráficas y Estampaciones, S.L. - Eduardo Torroja 18, Nave 3 - Coslada (Madrid) (2005)

Printed in Spain



Colaboradores

Juan Carlos Colmenarejo Hernando

Médico de Familia, Centro de Salud Estrecho de Corea I, Madrid

Yolanda Ginés Díaz

Médico de Familia, EAP El Espinillo, CS El Espinillo, Madrid

Carlos Andrés Jiménez Ruiz

Neumólogo, Director de la Unidad de Tabaquismo, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid

Eduardo Olano Espinosa

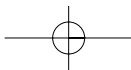
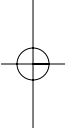
Médico de Familia, EAP Puerta Bonita, CS Guayaba, Madrid

Juan Luis Rodríguez Hermosa

Neumólogo, Servicio de Neumología, Hospital Clínico de San Carlos, Madrid

Segismundo Solano Reina

Neumólogo, Servicio de Neumología, Hospital Virgen de la Torre, Madrid



Presentación

Las enfermedades respiratorias constituyen una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el mundo occidental. Con frecuencia cursan de forma crónica, dando lugar a una notable alteración del estado de salud de la población, al tiempo que generan un elevado consumo de recursos económicos y sanitarios. El impacto negativo que estas enfermedades originan sobre la población afectada, la sociedad y el sistema público de salud sólo puede atenuarse mediante un abordaje multidisciplinario, coordinado, por parte de los diferentes niveles asistenciales.

Fueron estas consideraciones las que impulsaron a la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOMADRID), la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SMMFYC) y la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista-Comunidad de Madrid (SEMergen-Madrid) a iniciar un proyecto común que, bajo la denominación *Procedimientos en Enfermedades Respiratorias* (PROCEDER), permita a médicos de atención primaria y neumólogos disponer de unas guías prácticas de aplicación en la práctica habitual, comunes por los dos niveles de asistencia.

El documento ATENCIÓN AL TABAQUISMO es el primero de una serie de seis, y está previsto que le sigan los procedimientos de actuación en síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño, infección respiratoria, asma, tuberculosis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. No es casualidad que el manejo del tabaquismo haya sido elegido para inaugurar la serie PROCEDER. El tabaquismo, definido por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad *per se*, constituye la primera causa de muerte evitable del mundo occidental. Desde los primeros informes elaborados por el Departamento de Salud norteamericano, a mediados del siglo pasado, se reconoce su papel protagonista en el desarrollo de numerosas enfermedades, fundamentalmente la enfermedad pulmo-

nar obstructiva crónica, el cáncer de pulmón y la enfermedad cardiovascular. Pese a los esfuerzos que en los últimos años vienen realizando tanto la Administración sanitaria como los profesionales de la salud, la prevalencia en la población española supera el 30 %, y aproximadamente un 20 % de los menores de 16 años ha fumado en alguna ocasión. El tratamiento de un problema de esta envergadura exige una actuación planificada, en la que los distintos profesionales de la salud implicados en la atención a la población fumadora sigan pautas comunes de actuación y se establezcan criterios claros de comunicación y derivación entre médicos de atención primaria, neumólogos y unidades especializadas en la prevención y tratamiento del tabaquismo.

Esperamos que este documento facilite el tratamiento de la población fumadora con la calidad que nuestro sistema de salud debe brindar y ayude así al control de la epidemia tabáquica. Sólo nos resta agradecer a los coordinadores de la obra y a los médicos de las tres sociedades que con ellos han colaborado el esfuerzo que han realizado, y desear que este esfuerzo se vea recompensado con la acogida que le presten todos los profesionales de la salud a los que va destinado.

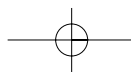
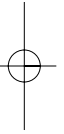
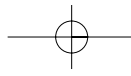
PILAR DE LUCAS RAMOS
Presidenta de NEUMOMADRID

YOLANDA GINÉS DÍAZ
Tesorera de SMMFYC

JUAN CARLOS COLMENAREJO HERNANDO
Vicepresidente de SEMERGEN Madrid

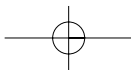
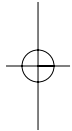
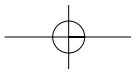
Índice de capítulos

1. INTRODUCCIÓN. GENERALIDADES	1
El tabaquismo como dependencia	3
El tabaquismo como epidemia	3
El tabaquismo como causa de enfermedad y muerte prematura y evitable	4
El tabaquismo como fuente de pobreza y discriminación	5
El tabaquismo como problema de salud pública	5
¿Qué ocurre en nuestro país?	5
Tratamiento del tabaquismo	6
Guías de práctica clínica	8
Elementos del protocolo de atención al fumador: síntesis de la evidencia disponible	9
2. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA	13
Conjunto mínimo de datos diagnósticos en el fumador	15
Propuesta de abordaje diagnóstico del tabaquismo	18
Diagnóstico del tabaquismo	19
Abordaje terapéutico del tabaquismo	20
3. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DEL TABAQUISMO EN UNIDADES ESPECIALIZADAS	23
Introducción	25
Procedimientos diagnósticos en las unidades especializadas	25
Procedimientos terapéuticos en las unidades especializadas	34
BIBLIOGRAFÍA	51
ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS	57



Introducción. Generalidades

1



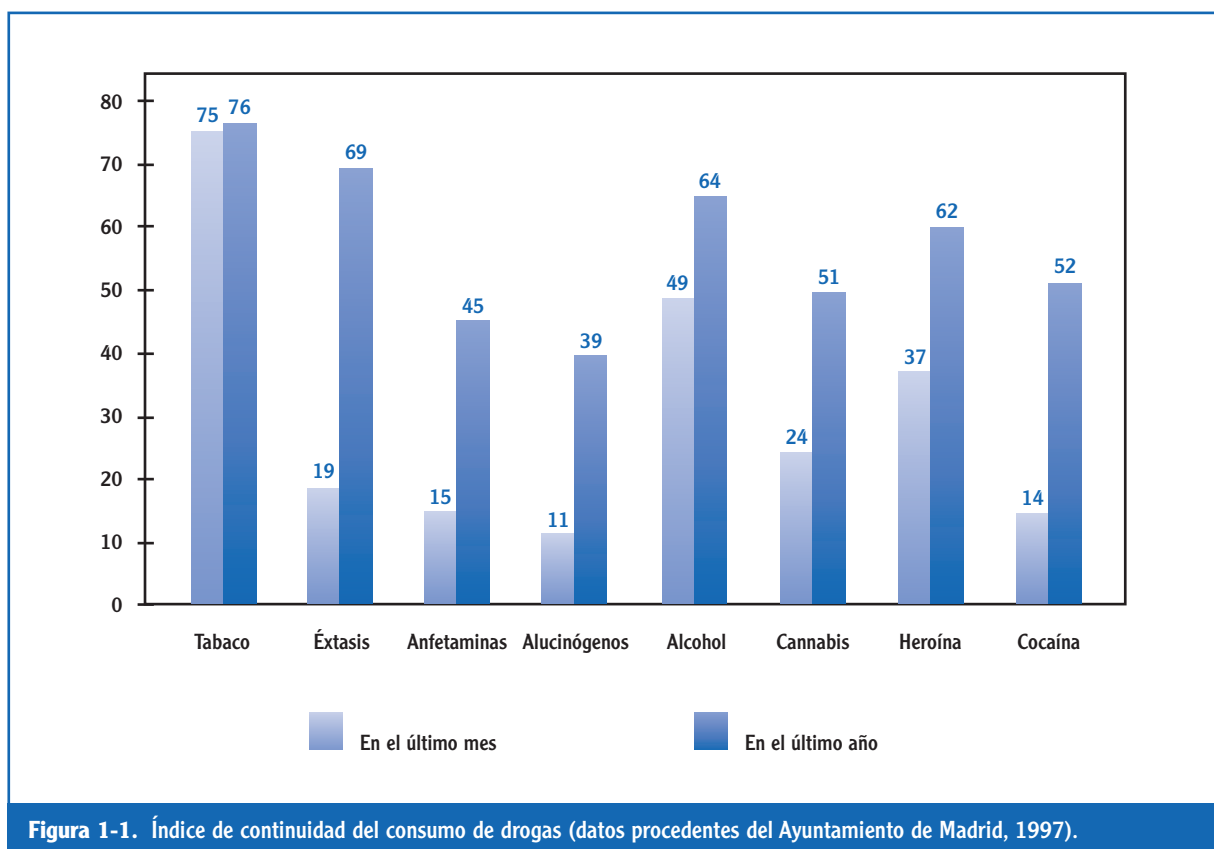
▼ EL TABAQUISMO COMO DEPENDENCIA

La dependencia de la nicotina está considerada como un trastorno del comportamiento, es decir, como una enfermedad crónica (CIE-10, OMS, 1992; American Psychiatric Association, 1995) que causa la muerte prematura a más de la mitad de las personas que la padecen.

La nicotina es una droga de altísimo poder adictivo con efectos muy complejos sobre el sistema nervioso central. Su dependencia tiene las características de otras drogodependencias, a saber, la administración repetida, la falta de control sobre su consumo, el desarrollo de tolerancia, un síndrome de abstinencia definido, la dificultad para su abandono y la gran tendencia a las recaídas. Sin embargo, difiere del resto en dos circunstancias que la hacen mucho más peligrosa: su ubicuidad, que genera una inmensa accesibilidad, y su amplia aceptación social. Ambas permiten que sus usuarios la consuman con mucha mayor asiduidad y en muchas más circunstancias que cualquier otra droga conocida, lo cual amplía enormemente el número de estímulos asociados al consumo, circunstancia muy importante en la génesis de su gran potencia adictiva (fig. 1-1).

▼ EL TABAQUISMO COMO EPIDEMIA

El tabaquismo está considerado como una gran pandemia mundial: uno de cada tres adultos fuma, lo que equivale a más de 1.100 millones de fumadores en todo el mundo. La OMS prevé por ello 450 millones de muertes en los próximos 50 años.



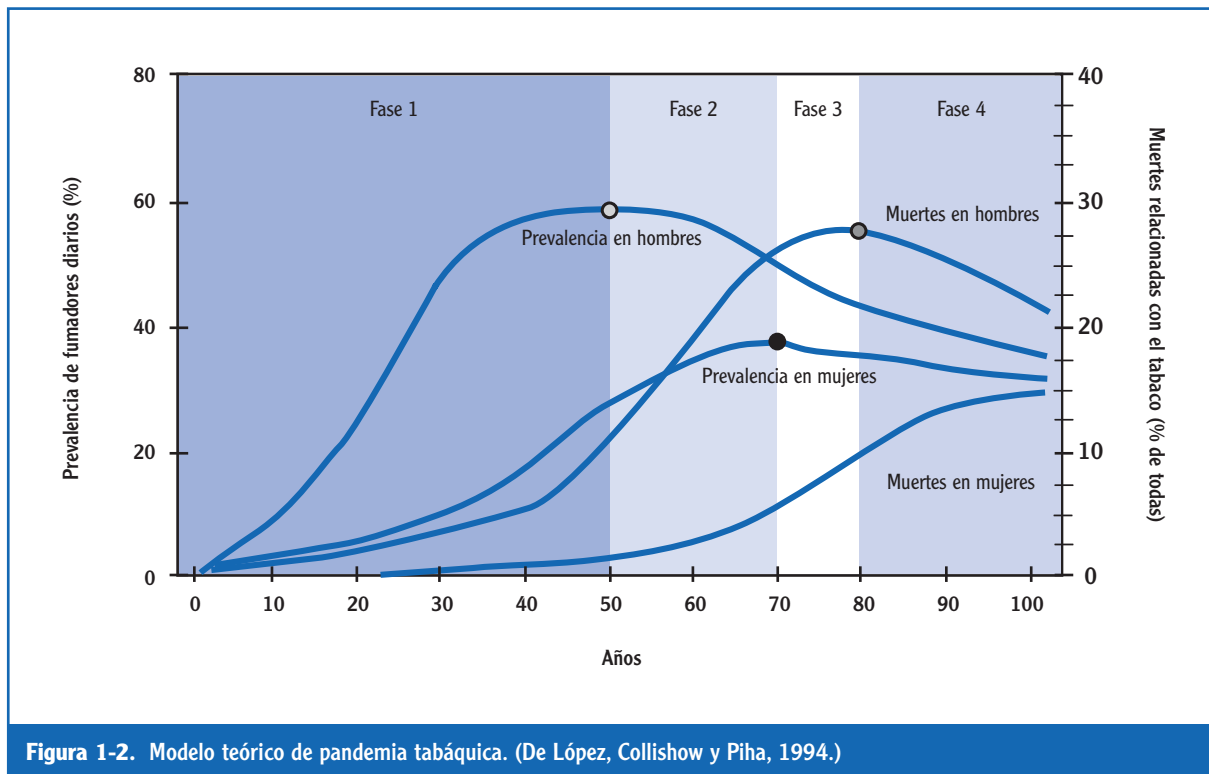
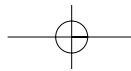


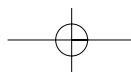
Figura 1-2. Modelo teórico de pandemia tabáquica. (De López, Collishow y Piha, 1994.)

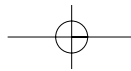
El modelo epidemiológico propuesto por López y cols. señala varias fases en el desarrollo de la epidemia:

1. Una fase inicial, vigente hoy día en países en vías de desarrollo, a los que se está exportando el problema, y que consta de un incremento progresivo de la prevalencia, sobre todo entre los varones.
2. Una segunda fase que comprende una inflexión de la curva en los varones, mientras la prevalencia en las mujeres sigue aumentando, al tiempo que se incrementan las muertes asociadas en ambos sexos (con curvas paralelas a las de prevalencia pero con 25-30 años de latencia). Ésta es la fase vigente hoy día en nuestro país.
3. Una tercera fase en la que la prevalencia en mujeres alcanza su cenit y comienza a disminuir, al tiempo que siguen aumentando las muertes asociadas en ambos grupos.
4. Una cuarta fase en la que descienden las muertes asociadas en varones, así como la prevalencia en mujeres, y sólo se incrementan aún las muertes en este último grupo. En estas dos últimas fases se encuentran hoy día los países del norte de Europa y Estados Unidos, donde se aplican desde hace años políticas decididas contra el tabaquismo (fig. 1-2).

▼ EL TABAQUISMO COMO CAUSA DE ENFERMEDAD Y MUERTE PREMATURA Y EVITABLE

El tabaquismo es, además, la principal causa de muerte prevenible en todo el mundo, con unos cuatro millones de fallecimientos anuales, la mayoría de ellos prematuros y acompañados de dolor y sufrimiento. La tasa de mortalidad de los fumadores triplica la de los no fumadores, reduciendo su vida en 10-15 años. Se





estima que de cada dos fumadores que comienzan su adicción en una edad temprana y persisten en ella de forma regular; uno fallecerá de forma precoz por una enfermedad relacionada con el tabaco.

Numerosísimos estudios realizados por importantes grupos de investigación y organismos sanitarios de todo el mundo han puesto de manifiesto los efectos nocivos del tabaco y han relacionado sin duda alguna su consumo con la elevada morbilidad y mortalidad de la población fumadora.

Hasta ahora, el uso del tabaco se ha asociado con más de 25 enfermedades, que pueden agruparse en tres grandes «familias»: cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias, e incluyen procesos como cáncer de pulmón (90 % de los casos), boca (76 %), laringe (83 %), esófago (80 %), estómago, páncreas, vejiga urinaria (40 %), riñón, uréter, cuello uterino, diversas leucemias, infarto de miocardio, angina de pecho, muerte súbita, accidente cerebrovascular agudo (ACVA), arteriopatía periférica, síntomas respiratorios inespecíficos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS), enfermedad periodontal, menopausia precoz, osteoporosis, infertilidad, enfermedad placentaria, bajo peso al nacer, aborto espontáneo, parto prematuro y muerte perinatal, además de una posible relación con los cánceres de hígado, colon, mama, vulva y pene, así como con el asma.

Mención aparte merecen: el tabaquismo pasivo, que se consolida como la tercera causa de muerte evitable en los países desarrollados y se relaciona con los mismos tipos de enfermedades en adultos y con una larga e importante lista de enfermedades en la infancia, y los riesgos específicos de género, de gran importancia en mujeres fumadoras.

▼ EL TABAQUISMO COMO FUENTE DE POBREZA Y DISCRIMINACIÓN

Los altos costes generados en términos de gasto sanitario y pérdida de años productivos cierran un dramático círculo compuesto de *adicción, enfermedad, dolor, muerte y pobreza*, del que sólo se benefician unos pocos y que hoy día se está exportando a los países en vías de desarrollo, con enormes implicaciones para su futuro.

Además, hoy por hoy está claro que hay grupos de población más susceptibles al tabaco, como los adolescentes, las mujeres, los enfermos mentales y los estratos socioeconómicos bajos, poblaciones todas ellas con situaciones de partida poco ventajosas y que ven así aumentadas sus dificultades de integración y progreso en la sociedad.

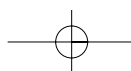
▼ EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

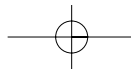
El tabaquismo es actualmente el principal problema de salud pública en los países desarrollados.

El enorme beneficio individual de la persona que logra dejar esta adicción en cuanto a expectativa y calidad de vida genera un gigantesco beneficio en términos de salud pública, medido como una disminución de la prevalencia, la morbilidad y los costes derivados muy superior a la de otras actuaciones médicas que se desarrollan de manera sistemática y son hoy día incuestionables.

▼ ¿QUÉ OCURRE EN NUESTRO PAÍS?

En España, la prevalencia del tabaquismo es del 31 % en la población adulta, una de las mayores de Europa, aunque se observa un ligero pero constante descenso del consumo en los últimos años a expensas de los varones, mientras que las mujeres ya fuman más que ellos en edades más jóvenes.





6 Atención al tabaquismo PROCEDER

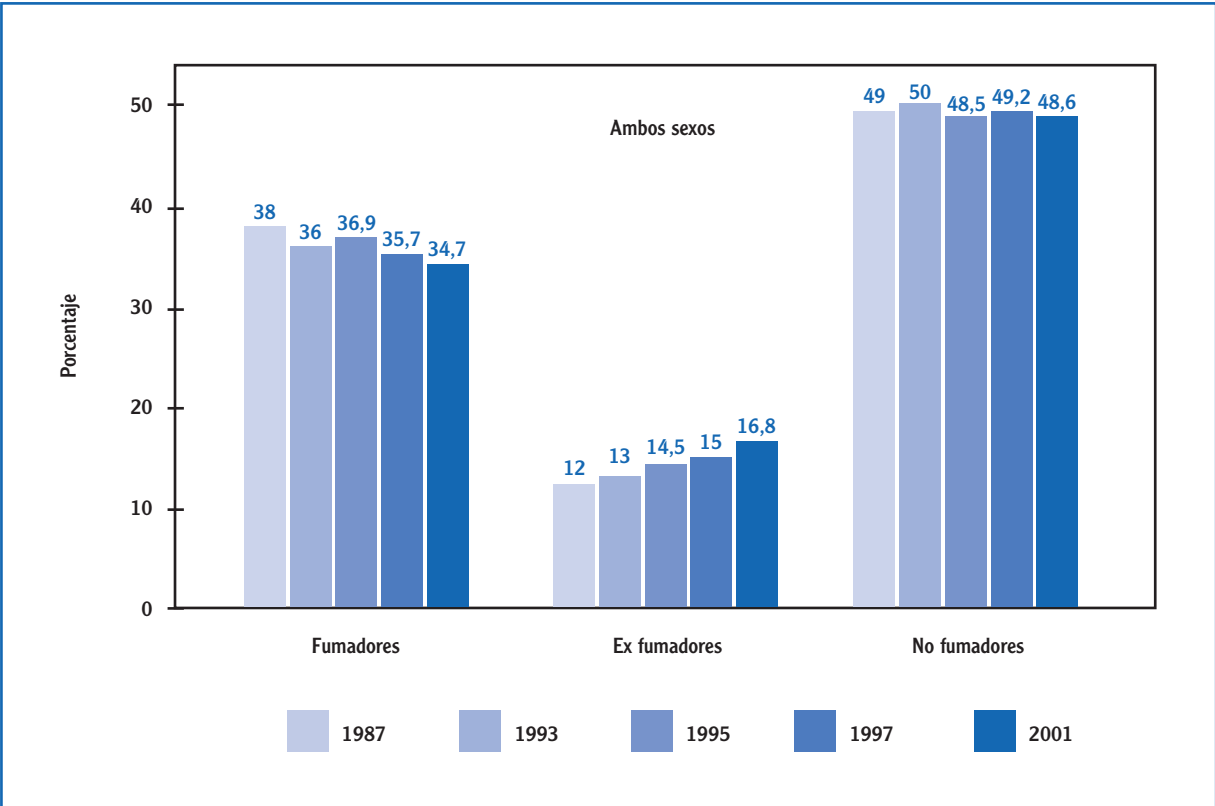


Figura 1-3. Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años. (España, 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001. Datos de las encuestas nacionales de salud de 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001.)

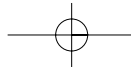
El tabaco causa en nuestro país más de 55.000 muertes al año (el 16 % del total en mayores de 16 años), que seguirán aumentando si no se establece ninguna intervención, sobre todo en mujeres. Se estima que genera de forma directa cerca de un 15 % del gasto sanitario total anual y causa, entre otros, el 87 % de los cánceres de pulmón y el 93 % de los casos de EPOC (figs. 1-3 y 1-4).

La Comunidad de Madrid se encuentra en un término medio-alto dentro del conjunto nacional, con un 37 % de fumadores, cifra que se incrementa hasta un 37,8 % en otro estudio, ambos datos por encima de la media española. En los jóvenes de 15 y 16 años de nuestra comunidad, las cifras son aún más preocupantes: el 33,3 % es fumador y el 17,2 % se declara ex fumador. La proporción de fumadores diarios es mayor en las mujeres de este grupo de edad (el 22,7 frente al 15,6 %) y un 15 % de los jóvenes cuenta con permiso expreso de sus padres.

▼ TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Según numerosos estudios, la mitad de los fumadores desearía dejar de serlo. Sin embargo, sólo algunos lo intentan, y pocos de ellos lo consiguen a la primera. La ayuda profesional triplica al menos la probabilidad de éxito, potencia el papel ejemplarizante y mentaliza al propio profesional de la salud de la importancia del problema.

La situación es favorable: la población está tomando conciencia y comienza a demandar ayuda. La mayoría todavía no sabe que puede pedir ayuda a su médico o enfermera. Es cuestión de tiempo.



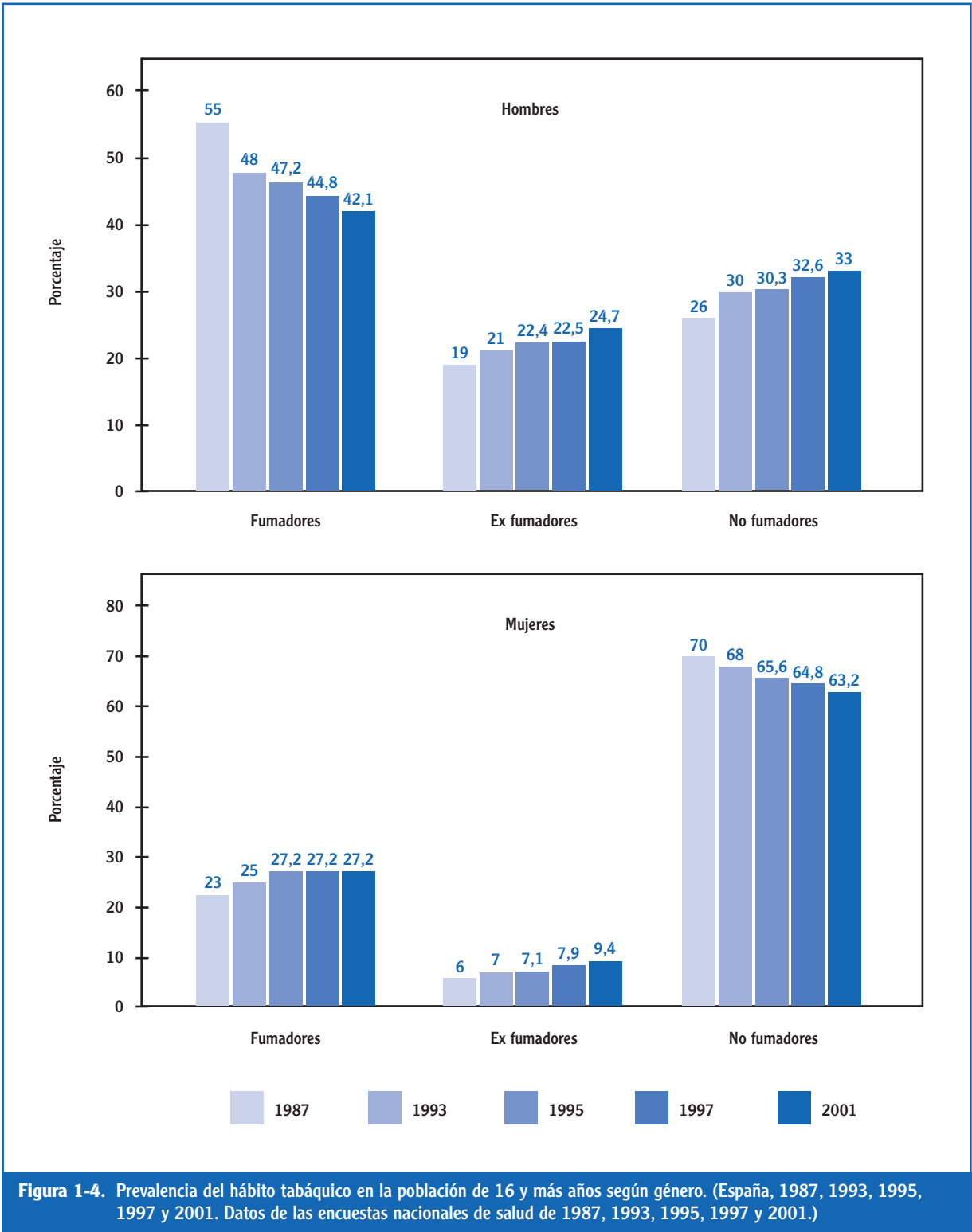
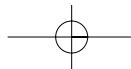
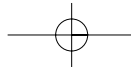
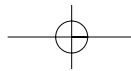


Figura 1-4. Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años según género. (España, 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001. Datos de las encuestas nacionales de salud de 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001.)

Además, una mayor restricción del consumo y la publicidad generará, sin duda, una mayor demanda de tratamiento por parte de los fumadores.





Por si fuera poco, la detección y el tratamiento del tabaquismo son considerados una referencia frente a otras intervenciones preventivas y terapéuticas, debido a su gran efectividad y coste-efectividad demostradas con el máximo nivel de evidencia científica, muy superiores a las de otras intervenciones que hoy día se establecen de forma sistemática, como el tratamiento de la diabetes o la hipertensión moderada.

Por tanto, dado que el tabaquismo no es un problema exclusivamente médico sino sociosanitario, para la prevención y el control de esta amenaza hay varios enfoques, de los cuales el asistencial es sólo la cuarta medida más eficaz, que son, por este orden, el aumento de precios, las restricciones del consumo en lugares públicos y de la publicidad, y la promoción de medidas más eficientes para reducir la prevalencia. Sin embargo, el enfoque asistencial es el único que disminuye la mortalidad y la morbilidad a corto plazo, permite liberar recursos para otras necesidades de salud y tiene, además, un efecto sinérgico con el resto de las medidas, lo cual, añadido a su pertinencia por motivos éticos, lo hace indispensable en cualquier plan de abordaje integral del tabaquismo.

Y, sin embargo, ¿estamos preparados para ello? Los profesionales de la salud en España fuman tanto o más, en ocasiones, que la población a la que atienden, y carecen de recursos específicos para enfrentarse al problema por un vacío curricular endémico. Muchos de ellos ni siquiera confían en la eficacia del consejo médico.

La progresiva saturación de las consultas no ayuda, y el abordaje del tabaquismo es percibido como una nueva carga para sus maltrechas espaldas, se da con poco interés y sin recursos que lo suavicen o incentiven, lo cual lo convierte en poco o nada atractivo.

Como consecuencia de todo ello, la atención que se presta al problema es irregular, fruto de iniciativas aisladas e individuales de profesionales concienciados con él, muchos de ellos autodidactas y sin apenas apoyo institucional. La mayoría de médicos y enfermeras no sabe cómo prestar esta ayuda.

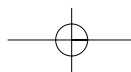
Por tanto, dado que el tabaquismo es un problema con tantos frentes de batalla, entre los que queremos destacar aquí por encima de todos la baja implantación de su atención en la actividad clínica sistemática de nuestro sistema de salud, y que la asistencia al paciente fumador es una pieza fundamental en el enfoque integral del tabaquismo (la única que permite disminuir la mortalidad a corto y medio plazo), parece fundamental definir unas pautas de actuación concretas para dicha atención en los diversos ámbitos asistenciales. Con ello la facilitaríamos, soslayando en parte la laguna formativa que actúa como un pesado lastre sobre nuestros profesionales sanitarios, y garantizaríamos cierta homogeneidad de proceso que apoyaría la evaluación de los resultados en nuestro medio. Éste es el objetivo de esta obra.

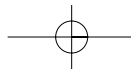
Tabla 1-1. Tipos de evidencia

Evidencia de tipo A. Basada en numerosos ensayos clínicos aleatorizados y controlados, bien diseñados y con una evidencia consistente y directa

Evidencia de tipo B. Basada en algunos ensayos clínicos aleatorizados y controlados, en menor número que en el tipo A o con un nivel de evidencia menor

Evidencia de tipo C. Basada en la experiencia clínica habitual o en consensos de expertos





▼ GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Para cumplir nuestro objetivo, resulta necesario revisar la bibliografía disponible al respecto. Si acudimos a las guías de práctica clínica más recientes, queda meridianamente claro que hay una serie de intervenciones terapéuticas que han demostrado eficacia fuera de toda duda (evidencias de tipo A y B), y una serie de recomendaciones prácticas realizadas desde el pragmatismo de nuestros parientes sajones que las integran y articulan (evidencia de tipo C). Sería, pues, poco ético excluir alguna de ellas de nuestro protocolo asistencial, si bien deberíamos volcar todo nuestro esfuerzo intelectual en adaptar dichas recomendaciones a nuestro contexto sanitario, sustancialmente distinto del de su origen (tabla I-1).

▼ ELEMENTOS DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FUMADOR: SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE

Las intervenciones que han demostrado en la práctica su efectividad para ayudar a los pacientes a dejar de fumar con un alto nivel de evidencia son las que se comentan a continuación.

MATERIALES DE AUTOAYUDA

Se presentan en formatos muy diversos, como manuales, folletos, cintas de audio y vídeo o soportes informáticos varios, mediante los que se administran terapias conductuales.

La revisión de la Colaboración Cochrane demuestra que no aumentan el efecto del consejo aislado cuando se dan en combinación, pero en un metaanálisis de 12 ensayos clínicos sin contacto directo con el terapeuta se demuestra cierta efectividad al compararlo con la ausencia de intervención (*odds ratio* [OR] = 1,23), y potencialmente llegan a más gente, cubriendo al menos en parte la falta de intervención.

Más recientemente se han comenzado a diseñar materiales específicos dirigidos a subpoblaciones concretas en función de sus características demográficas o comportamentales, como la motivación o los estadios de cambio frente al tabaco. El análisis de 8 ensayos clínicos ha demostrado la mayor efectividad de los diseñados de forma individual frente a los materiales estándar o enfocados hacia características de grupo de edad, raza o sexo que, a su vez, no fueron superiores a los estándar (OR = 1,41).

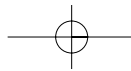
CONSEJO SANITARIO

El administrado por los médicos durante su actividad sistemática ha sido estudiado en 31 ensayos clínicos en los que se incluyó a más de 26.000 fumadores, y se ha observado un notable aumento de la tasa de éxitos frente a la no intervención (OR = 1,69, un 30 % más de abstinencias); asimismo, se ha demostrado algo más de eficacia al aumentar su intensidad y duración.

Los estudios sobre el consejo sanitario para dejar de fumar facilitado por enfermería no muestran un efecto similar, aunque por falta de evidencia. He aquí una cuestión sobre la que se debe investigar por sus potenciales implicaciones en el campo de la atención primaria de salud, pues hay evidencia indirecta de que factores como la accesibilidad, la experiencia, la formación y el compromiso son más importantes que la profesión del terapeuta.

ASESORAMIENTO (COUNSELING)

Proporcionado de forma individual o en grupos de pacientes por personal formado para ello, incluido el de enfermería, resulta superior al consejo simple (OR = 1,55), como demuestra la revisión de Rice y Stead de 16 ensayos clínicos, con las potenciales ventajas que ello implica.



El enfoque grupal ha demostrado ser mejor que los materiales de autoayuda, pero no consistentemente mejor que otras intervenciones que impliquen contacto personal. Sin embargo, en teoría tiene una mejor relación coste-efectividad, lo cual lo hace enormemente interesante en cualquier ámbito sanitario.

No hay todavía suficiente evidencia de que este tipo de tratamiento sea efectivo en adolescentes. He aquí otra área de investigación en nuestro ámbito. Sí ha resultado efectivo en gestantes cuando ha sido administrado por personal formado específicamente.

ASESORAMIENTO TELEFÓNICO

Puede ser «reactivo» (el paciente llama buscando ayuda y consejo) o «proactivo» (el terapeuta llama según un esquema predeterminado).

La evidencia es pequeña, pero los escasos ensayos controlados disponibles sugieren que las llamadas proactivas pueden ser efectivas como apoyo en el proceso de dejar de fumar (evidencia de tipo B, y de tipo C en el caso de las llamadas reactivas).

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

El tratamiento del tabaquismo, como trastorno psiquiátrico de tipo conductual que es y en el que se imbrican factores sociales, psicológicos y fisiológicos, es fundamentalmente psicológico.

En los ensayos clínicos mencionados, la mayoría de los terapeutas eran psicólogos, pero las intervenciones variaban entre combinaciones de múltiples técnicas sin un modelo teórico definido, por lo que la evidencia actual acerca de la eficacia relativa de cada una de ellas es insuficiente.

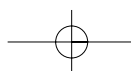
Las más utilizadas y aceptadas son las técnicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de recaídas. Estos tratamientos pueden ser eficaces por sí mismos y mejoran los resultados de la farmacoterapia cuando se dan juntos. Están centrados en tres aspectos: preparación para el abandono (técnicas motivacionales y cognitivas), abandono (técnicas conductuales) y mantenimiento de la abstinencia (técnicas de prevención de recaídas).

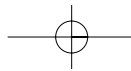
TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

En general, duplican aproximadamente la probabilidad de abandono a largo plazo respecto al placebo y la triplican frente a la no intervención.

La Revisión Cochrane, con más de 90 ensayos clínicos, demuestra que la *terapia sustitutiva con nicotina* ayuda a las personas fumadoras a dejar de fumar y aumenta la posibilidad de dejarlo entre 1,5 y 2 veces (OR = 1,71), cualquiera que sea el nivel adicional de ayuda y apoyo. El porcentaje de éxito fue superior en ambos brazos (placebo y tratamiento) de los ensayos que incluyeron apoyo intensivo, por lo que la terapia parece incrementarlo desde la línea de base proporcionada por el resto de intervenciones.

Sin embargo, hay muy poca evidencia directa sobre la mayor efectividad de uno u otro producto de los actualmente comercializados que contienen nicotina, por lo que la elección debe estar determinada por las preferencias individuales del terapeuta o del paciente, o por las características específicas de este último (contraindicaciones, experiencias previas, etc.). Sí se sabe que, en fumadores importantes (a efectos operativos, los que fuman más de 20 cigarrillos al día), los chicles de 4 mg son más efectivos que los de 2 mg, y que los parches grandes son más efectivos que los pequeños y medianos en fumadores de más de 10 cigarrillos al día, sin diferencias sustanciales con los de 16 y 24 horas.





Por otro lado, 8 semanas de tratamiento con parches de nicotina parecen tan eficaces como períodos más largos, y no hay evidencia de que la retirada gradual sea mejor que la brusca. También se ha demostrado que la combinación de parches con otras formas de terapia sustitutiva con nicotina es más eficaz que el parche solo y, además, es segura.

El bupropión también se ha mostrado efectivo (OR = 2,73) en fumadores de más de 15 cigarrillos al día que recibían, además, tratamiento psicológico intensivo, y es en la actualidad el único tratamiento no nicotínico aprobado para tal fin, ya que aumenta las tasas de abstinencia al año y disminuye los síntomas asociados, con una frecuencia de efectos adversos graves similar a la de otros antidepresivos de uso habitual.

No hay suficiente evidencia sobre la mayor efectividad de bupropión frente a la terapia sustitutiva con nicotina, por lo que la decisión de asignar un tratamiento concreto de los de primera línea a un paciente concreto se basa hoy día más en el sentido común que en la evidencia científica.

Otros fármacos, como la nortriptilina (OR = 2,83) o la clonidina (OR = 1,89), también han demostrado su eficacia, pero se consideran de segunda línea por sus importantes y peligrosos efectos secundarios.

Todos los tratamientos anteriormente expuestos que implican contacto directo con el paciente, desde el simple consejo sanitario hasta los programas intensivos con formato multicomponente, y que abarcan varias o todas las técnicas comentadas, no sólo son clínicamente efectivos, con un gran nivel de evidencia, sino también extremadamente *coste-eficaces* frente a otras intervenciones preventivas y terapéuticas que hoy día nadie discutiría, como las citologías periódicas para el cribado del cáncer de cuello uterino, las mamografías para el cáncer de mama, o el tratamiento de la hipertensión moderada o la hipercolesterolemia.

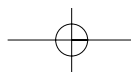
Además, en todos ellos hay una evidencia indirecta de que una mayor intensidad, en términos de frecuencia o duración de los contactos, conlleva una mayor tasa de éxitos, esto es, una relación dosis-respuesta, y no se debe privilegiar a ninguno de ellos, pues varían mucho en eficacia, aceptabilidad, eficiencia y coste según los individuos y las poblaciones (tabla 1-2). En la tabla 1-3 se muestran los puntos clave de este capítulo.

INTERVENCIONES ADAPTADAS AL ÁMBITO ASISTENCIAL

En las mismas guías de práctica clínica, las anteriores intervenciones son articuladas por comités de expertos que, de forma pragmática, formulan recomendaciones para su aplicación en la práctica clínica habi-

Tabla 1-2. Intervenciones que han demostrado su efectividad para ayudar a los pacientes a dejar de fumar

Materiales de autoayuda
El consejo sanitario para dejar de fumar
El asesoramiento (<i>counseling</i>)
Asesoramiento telefónico
Tratamientos psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de recaídas
Tratamientos farmacológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia sustitutiva con nicotina y bupropión

**Tabla 1-3. Puntos clave sobre el tabaquismo**

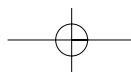
- La dependencia de la nicotina está considerada como un trastorno del comportamiento, es decir, como una enfermedad crónica que causa la muerte prematura a más de la mitad de los que la padecen
- El tabaquismo es una gran pandemia de extensión mundial: uno de cada tres adultos del mundo fuma
- El tabaquismo es, además, la principal causa de muerte prevenible en todo el mundo
- El tabaquismo es también fuente de pobreza y discriminación, al incidir especialmente en colectivos desaventajados y generar altos costes en términos de gasto sanitario y de pérdida de años productivos
- Por todo lo anterior, el tabaquismo es actualmente el principal problema de salud pública en los países desarrollados
- En España, la prevalencia es del 31 % en la población adulta, una de las mayores de Europa, causa más de 55.000 muertes al año y genera de forma directa cerca de un 15 % del gasto sanitario total
- La detección y el tratamiento del tabaquismo son considerados una referencia frente a otras intervenciones preventivas y terapéuticas, debido a su gran efectividad y coste-efectividad demostradas con el máximo nivel de evidencia científica
- Si bien el enfoque asistencial es sólo la cuarta medida más eficaz en la disminución de la prevalencia, es el único que disminuye la mortalidad y la morbilidad a corto plazo y tiene, además, un efecto sinérgico con el resto de enfoques
- Las intervenciones que han demostrado su efectividad en el tratamiento del tabaquismo han sido convenientemente articuladas por comités de expertos en las guías de práctica clínica, donde se hacen recomendaciones para su aplicación según el medio asistencial

tual según el medio asistencial, hecho fundamental que determina los medios disponibles, entre los que destacan, como siempre, el tiempo y el dinero.

Esto último tiene una importancia capital en dos sentidos: primero, porque habremos de adaptar las recomendaciones hechas por británicos y estadounidenses, basadas en su inmensa mayoría en estudios realizados en sus poblaciones, a la nuestra, potenciar la investigación propia para perfeccionarlas, si cabe, y segundo, porque habremos de crear una estructura asistencial con intervenciones terapéuticas proporcionadas a los diversos ámbitos que la integren y a las necesidades que los fumadores vayan expresando, cuando su fase de abandono así lo aconseje o la intensidad de su adicción requiera intervenciones más complejas.

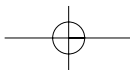
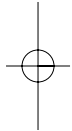
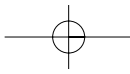
Deberemos definir, pues, los siguientes aspectos:

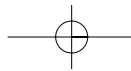
1. Una intervención básica o consejo sanitario para dejar de fumar que será administrado por cualquier profesional sanitario.
2. Un conjunto de intervenciones breves o protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria de salud, cabal, realista y proporcionado a las posibilidades de este ámbito asistencial.
3. Una intervención intensiva, avanzada o especializada para un tercer ámbito asistencial formado por unidades especializadas, integradas por personal sanitario con una formación de posgrado específica, que atienda a los pacientes remitidos por el ámbito anterior con unos criterios claros de derivación y que constituya una referencia sólida en aspectos docentes, investigadores, preventivos y de sensibilización hacia el tema, mediante el impulso, el apoyo y la unificación de todos los esfuerzos.



Procedimientos diagnósticos y terapéuticos del tabaquismo en atención primaria

2





El tabaquismo se considera una enfermedad adictiva crónica susceptible de recibir diferentes tipos de tratamiento. Todos los profesionales sanitarios deben estar preparados para diagnosticarlo y tratarlo adecuadamente. Por ello, es conveniente definir parámetros clínicos y analíticos que lleven a establecer un correcto diagnóstico del tipo de tabaquismo que presenta un determinado fumador. De esta forma, podremos conseguir pautar el tratamiento más adecuado y con mayores probabilidades de éxito para ese fumador.

El principal objetivo de este capítulo es definir un grupo de parámetros clínicos y analíticos de análisis obligatorio en cada fumador; por cuanto su conocimiento influirá de manera directa no sólo en la actitud terapéutica ante él, sino también en su pronóstico. Se establecerá, pues, a lo largo de esta revisión lo que hemos dado en llamar conjunto mínimo de datos diagnósticos del fumador; que deberán ser de obligada referencia en la historia clínica de todo fumador. Con posterioridad, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio del conjunto mínimo de datos diagnósticos, se establecerán unas recomendaciones terapéuticas.

▼ CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DIAGNÓSTICOS EN EL FUMADOR

Para la valoración de estos datos debemos tener en cuenta los parámetros que se exponen a continuación.

CANTIDAD DE TABACO CONSUMIDO

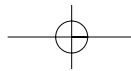
Éste es el parámetro que se recoge con mayor frecuencia en cualquier historia clínica de un fumador. Pero no sólo es necesario hacer referencia al número de cigarrillos consumidos al día, sino también al tiempo transcurrido como fumador; lo que orienta sobre algunas características del hábito tabáquico y, en consecuencia, sobre la dificultad de cambiar la conducta adictiva. Estos dos datos quedan englobados en el concepto número de paquetes-año. Para determinar esta cifra se realiza una sencilla operación: se multiplica el número de cigarrillos consumidos al día por el número de años que lleva consumiendo esa cantidad de tabaco, y su resultado se divide entre 20. Así, un fumador de 20 cigarrillos diarios durante 20 años consumirá un total de 20 paquetes-año.

Aunque no hay un umbral de seguridad para el consumo del tabaco y tan perjudicial es consumir 20 paquetes-año como 3, también es cierto que, en la mayor parte de los estudios en los que se analiza la relación entre el consumo del tabaco y la presencia de un buen número de enfermedades, se observa una relación dosis/respuesta. De esta manera, la posibilidad de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco es más alta en los fumadores de un mayor número de cigarrillos diarios que en los que consumen una menor cantidad, sin que sea posible señalar un determinado umbral de seguridad.

Además, se sabe que hay una relación entre el número de cigarrillos consumidos al día y el número de años de fumador y la posibilidad de dejar de fumar en un determinado intento de abandono. Así, los fumadores que consumen mayor número de cigarrillos al día y los que llevan más tiempo fumando son los que más dificultades experimentan ante un intento de abandono y, en consecuencia, tienen unas posibilidades más bajas de dejar de fumar; por lo tanto, el conocimiento de este parámetro, el número de paquetes-año, puede servir para valorar la posibilidad de desarrollar enfermedad o, incluso, las posibilidades de éxito o fracaso de un intento de abandono del hábito.

FASE DE ABANDONO

Prochazka y DiClemente establecieron las fases que la mayor parte de los fumadores atraviesan desde que inician el consumo del tabaco hasta que lo abandonan. Estos investigadores definieron cinco fases:

**Tabla 2-1. 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 — Sí</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 2 semanas? (desde 0, definitivamente no, hasta 3, definitivamente sí)</p> <p>4. ¿Cuál es la probabilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador? (desde 0, definitivamente no, hasta 3, definitivamente sí)</p> <p>Puntuaciones: 0-6: baja motivación 7-9: moderada motivación 10: alta motivación</p>
---	--

precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Los fumadores se encuentran en una u otra dependiendo de su mayor o menor motivación para dejar de fumar y de su mayor o menor inclinación a realizar un serio intento de abandono. Es fundamental que en todo fumador se investigue la fase de abandono en la que se encuentra, pues la actitud terapéutica estará determinada por esta fase. El conocimiento de la fase de abandono permite instaurar el tratamiento más adecuado para cada fumador.

MOTIVACIÓN PARA EL ABANDONO DEL TABACO

Estrechamente relacionado con las fases de abandono del tabaco está el grado de motivación para intentarlo. En una primera aproximación es aconsejable conocer si el fumador está dispuesto a realizar un intento «serio» de abandono del tabaco. Para ello basta con preguntárselo directamente y observar su actitud. Con posterioridad, pero quizá fuera ya de lo que podrían catalogarse como datos mínimos indispensables en una primera valoración del paciente fumador, podrían realizarse varios cuestionarios elaborados para dicho fin, de los que uno de los más conocidos y usados es el test de Richmond (tabla 2-1).

TEST DE FAGERSTRÖM

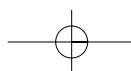
Véase el apartado sobre el test de Fagerström (pág. 27).

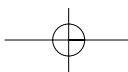
INTENTOS PREVIOS DE ABANDONO Y MOTIVOS DE RECAÍDAS

La existencia de intentos fallidos de abandono del tabaco puede ser un índice de la dependencia que dicho fumador presenta del tabaco, por lo que el análisis de los motivos de recaída puede ser de gran importancia para programar un plan terapéutico con mayores probabilidades de éxito.

MEDICIÓN DE LAS CONCENTRACIONES DE MONÓXIDO DE CARBONO EN EL AIRE ESPIRADO

La cooximetría es una exploración que permite conocer la cantidad de monóxido de carbono (CO) que un sujeto tiene en el aire que espira. Esta cantidad está en relación con su hábito como fumador. Para





la medición de este parámetro se utiliza el cooxímetro, un aparato que, mediante una maniobra sencilla e incruenta, permite determinar las concentraciones de CO en el aire espirado por el sujeto.

La utilización de la cooximetría en el diagnóstico del tabaquismo es muy recomendable y permite que el clínico tenga un mejor conocimiento de las características del fumador. En general, hay una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos y las concentraciones de CO en el aire espirado por el fumador. De esta manera, a un mayor número de cigarrillos le corresponde unos valores más altos de CO en el aire espirado. No obstante, en algunos casos, a pesar de un escaso consumo de tabaco, se detectan unas concentraciones elevadas de CO, o al revés. Ello se debe a las diferencias en el patrón de consumo de los cigarrillos o incluso a diferencias de edad y sexo. Es decir, es posible que fumadores de un escaso número de cigarrillos diarios tengan valores altos de CO en su aire espirado si consumen esos cigarrillos dándoles muchas pipadas o inhalando muy profundamente el humo. Por ello, el conocimiento de las concentraciones de CO permite diagnosticar con mayor precisión el grado de tabaquismo que presenta un determinado fumador. Pero no sólo esto; se sabe que los fumadores con valores más altos de CO en su aire espirado desarrollan enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco con mayor probabilidad que los que tienen valores más bajos. Es decir, este parámetro puede ser utilizado como factor de riesgo en un determinado fumador.

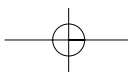
Por otro lado, la utilización de la cooximetría tiene indudables ventajas para el fumador. No debe olvidarse que los fumadores no conocen un parámetro objetivo que les indique el daño que el tabaquismo les está produciendo a su organismo. Esta circunstancia no se da en los hipercolesterolémicos o los hipertensos, en los que el conocimiento de la cantidad de colesterol o de las cifras de presión arterial les ayuda a comprender mejor la mayor o menor gravedad de su enfermedad. Con toda probabilidad, cuando los fumadores conozcan sus cifras de CO en el aire espirado tendrán un mejor conocimiento del daño que el tabaquismo les está causando, y ése será un dato que les motivará para dejar de fumar. Igualmente, observar el descenso rápido de la concentración de CO en la primera visita después de iniciar la abstinencia respecto al valor obtenido cuando aún fumaban actúa como un factor motivador, ya que señala la posibilidad de obtener beneficios inmediatos en el proceso de abstinencia.

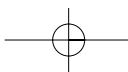
Además, la concentración de CO en aire espirado puede utilizarse como un marcador real de abstinencia, lo que permite al paciente verificar la fiabilidad de la valoración subjetiva y al clínico intervenir ante la sospecha de falta de veracidad en la respuesta del paciente. No obstante, antes de asegurar la falta de fiabilidad de la información sobre la abstinencia proporcionada por el paciente es necesario asegurar que las concentraciones elevadas de CO no se han producido por otras causas distintas del consumo de tabaco, como la contaminación ambiental o la calefacción doméstica.

Por otro lado, el conocimiento de los valores de CO en el aire espirado permite conocer de una manera casi directa las concentraciones de carboxihemoglobina en sangre periférica. Hay una relación directa entre ambos tipos de valores. La mayoría de los aparatos utilizados en la medición del CO en el aire espirado convierten de forma inmediata esos valores en cifras de carboxihemoglobina.

Así pues, la realización de una cooximetría dentro del estudio clínico de un fumador no sólo proporciona importante información diagnóstica al médico (grado de tabaquismo, riesgo de desarrollar enfermedad), sino que puede ayudar al fumador en su proceso de sensibilización y abandono del consumo del tabaco. Esta técnica, con ser aconsejable, no debe considerarse totalmente imprescindible y, por tanto, supeditar el abordaje terapéutico del paciente fumador a su realización. Esto llevaría consigo, dada la baja disponibilidad actual de cooxímetros en la mayoría de las consultas de atención primaria, una baja cobertura del problema que se está abordando.

A continuación se expone la técnica para la correcta realización de la cooximetría y su valoración:



**18 Atención al tabaquismo****PROCEDER**

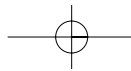
1. Técnica. El sujeto debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de 15 seg. Después debe proceder a una espiración lenta, prolongada y completa. Hay que esperar unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice y marque el número exacto de partes por millón (ppm) de CO que el sujeto tiene en el aire que espira.
2. Valoración. Valores de 10 ppm o más de CO en el aire espirado corresponden a sujetos fumadores; de 6 a 10 ppm a individuos fumadores esporádicos, y cifras por debajo de 6 ppm a personas no fumadoras.

▼ PROPUESTA DE ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL TABAQUISMO

A continuación se expone cómo debe abordarse la búsqueda de los datos diagnósticos mínimos en cada fumador. Se establece un protocolo que proporciona la mayor información en el menor tiempo posible.

Ante todo fumador debe seguirse el siguiente protocolo:

1. Número de cigarrillos consumidos al día:
 - a) Menos de 10.
 - b) Entre 10 y 20.
 - c) De 21 a 30.
 - d) Más de 30.
2. Número de años que el individuo lleva fumando:
 - a) Menos de 5.
 - b) Entre 5 y 10.
 - c) Entre 11 y 20.
 - d) Más de 20.
3. Intentos previos de abandono del tabaco:
 - a) Si hubiese, indagar sobre las causas de las recaídas.
4. Tiempo que transcurre desde que el fumador se levanta hasta que consume el primer cigarrillo del día:
 - a) Menos de 30 min.
 - b) Más de 30 min.
5. Determinación de cuál es el cigarrillo que más necesita:
 - a) El primero del día.
 - b) Cualquier otro.
6. Establecimiento de si quiere hacer un serio intento de abandono del tabaco:
 - a) No: fase de precontemplación.
 - b) Sí: en este caso debe pasarse a la pregunta 7.
7. Determinar si está dispuesto a realizar un serio intento en el próximo mes:
 - a) Sí: fase de preparación.
 - b) No: en este caso debe pasarse al punto 8.
8. Determinar si está dispuesto a realizar un serio intento para dejar el tabaco en los próximos 6 meses:
 - a) Sí: fase de contemplación.
 - b) No: fase de precontemplación.
9. Realización de una cooximetría.



Después de realizar este protocolo puede diagnosticarse al fumador desde tres puntos de vista: a) grado de tabaquismo (basado en el número de cigarrillos fumados al día, en el número de años de fumador y en los valores de CO de su aire espirado); b) fase de abandono en la que se encuentra, y c) grado de adicción física a la nicotina. Conviene destacar que la cumplimentación completa de este protocolo por parte de un profesional mínimamente entrenado no lleva más de 5 min. La gran cantidad de datos que se obtienen con su realización y el escaso consumo de tiempo que conlleva hacen muy útil y recomendable la puesta en marcha de este protocolo en cualquiera de los ámbitos asistenciales y por cualquier tipo de profesional sanitario.

▼ DIAGNÓSTICO DEL TABAQUISMO

A la luz de los resultados obtenidos en el análisis del conjunto mínimo de datos diagnósticos del fumador es posible, en líneas generales, encuadrar su diagnóstico en cuanto a varios parámetros que se exponen a continuación.

EN CUANTO A SU GRADO DE TABAQUISMO

Los fumadores con un índice de menos de 5 paquetes-año y que tienen menos de 15 ppm de CO en su aire espirado pueden considerarse fumadores con un grado leve de tabaquismo.

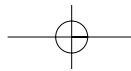
Los fumadores con un índice de 5 a 15 paquetes-año y con más de 15 ppm de CO en el aire espirado deben considerarse fumadores con un grado moderado de tabaquismo. Los que consumen de 16 a 25 paquetes-año son fumadores de grado grave, en tanto que los fumadores de más de 25 paquetes-año y 25 ppm o más de CO en el aire espirado deben considerarse con un grado muy grave de tabaquismo. Conviene especificar que el parámetro CO en aire espirado es más potente que el número de paquetes año para encuadrar al fumador en una de estas categorías.

Los datos obtenidos en este apartado sirven para establecer un pronóstico y, de esta forma, ofertar el mejor consejo sanitario al fumador. En principio, todos los fumadores están sometidos a un riesgo para su salud por ser consumidores de esta droga. No hay consumo seguro de tabaco, pero los que tienen un grado de tabaquismo más intenso y, además, presentan otros factores de riesgo son los que tienen mayor riesgo de desarrollar alguna de las muchas consecuencias que se derivan de su consumo.

EN CUANTO A SU FASE DE ABANDONO

Los fumadores que no se plantean el abandono son fumadores en fase de precontemplación. Los que quieren intentarlo en los próximos seis meses están en fase de contemplación y, por último, los que quieren hacer un serio intento de abandono en el próximo mes están en fase de preparación.

El conocimiento de la fase en la que se encuentra el fumador ayuda al sanitario a establecer el tratamiento más adecuado. El principal objetivo del tratamiento en los fumadores en fase de preparación será ayudarles a que definitivamente dejen de fumar, ya que con ello se están triplicando sus posibilidades de ser no fumadores a los 6 meses de la intervención. Por el contrario, el principal objetivo del tratamiento de los fumadores en fase de contemplación o precontemplación es el de ayudarles a que progresen adecuadamente a fases más avanzadas dentro de su particular proceso de abandono. Con ello se están doblando sus posibilidades de ser no fumadores a los 6 meses de la intervención.



EN CUANTO A SU GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DE LA NICOTINA

Los fumadores que consumen más de 20 cigarrillos diarios, fuman su primer cigarrillo del día en la primera media hora después de levantarse y es éste el que más necesitan y, además, refieren intentos previos fallidos por presentar manifestaciones del síndrome de abstinencia a la nicotina, son fumadores con un moderado-intenso grado de dependencia física de la nicotina. Los que consumen menos de 20 cigarrillos diarios, fuman el primero del día después de 30 min de levantarse y no es éste el que más necesitan son fumadores con un grado leve de dependencia física de la nicotina.

Conviene reseñar que la respuesta que el fumador dé a la pregunta sobre el tiempo que transcurre entre el momento de levantarse y el consumo del primer cigarrillo del día es la más potente para diagnosticar la gravedad de su dependencia física de la nicotina.

Los datos obtenidos en este apartado sirven para aventurar un pronóstico en el fumador. En general, cuanto mayor es el grado de dependencia mayor es la posibilidad de desarrollar una enfermedad asociada al consumo del tabaco. Pero, sobre todo, son útiles para indicar el tratamiento farmacológico más correcto para ese fumador cuando esté dispuesto a realizar un serio intento de abandono.

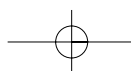
▼ ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL TABAQUISMO

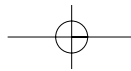
A continuación, y a modo de orientación, se expone cuál debe ser el abordaje terapéutico de cada fumador de acuerdo con sus características diagnósticas.

TRATAMIENTO EN FASE DE PRECONTEMPLACIÓN Y CONTEMPLACIÓN

Si el fumador está en fase de precontemplación o contemplación debe considerarse como de bajo o alto riesgo según la presencia de otros factores de riesgo y del propio grado de tabaquismo del fumador. Es decir, según la trascendencia que el consumo de tabaco puede tener, de forma independiente o asociada a otras circunstancias, para su salud. Así, los fumadores de 5 o menos paquetes-año, con menos de 15 ppm de CO en el aire espirado, sin enfermedad relacionada con el consumo del tabaco y sin otros factores de riesgo deben considerarse como fumadores en fase de precontemplación o contemplación de bajo riesgo. Los fumadores de más de 5 paquetes-año, con 15 ppm o más de CO, con una enfermedad relacionada con el consumo del tabaco y/o con otros factores de riesgo deben considerarse como fumadores en fase de precontemplación o contemplación de alto riesgo.

1. *Fumadores en fase de precontemplación o contemplación de bajo riesgo.* Este grupo de fumadores debe recibir el consejo de abandonar el consumo de tabaco (intervención mínima). Este consejo ha de ser breve, de no más de 3 min de duración. A través de él, el profesional sanitario debe explicar claramente al fumador que dejar de fumar es la medida sanitaria más eficaz que éste puede tomar para mantenerse en buena salud. Le alertará sobre el hecho de que los valores de CO en su aire espirado están más elevados que en los no fumadores. Si todo esto se acompaña de la entrega de documentación de apoyo por escrito y de apoyo psicológico, esta actuación se engloba dentro del concepto de intervención mínima en tabaquismo (grado de evidencia A).
2. *Fumadores en fase de precontemplación o contemplación de alto riesgo.* En estos fumadores, como en el caso anterior, está especialmente indicada la intervención mínima con todos sus elementos: consejo médico, documentación escrita, apoyo psicológico y seguimiento. Esta intervención,





en función de la fase en que se encuentre y de las características de cada fumador; se debe realizar puntualmente o en cada visita que el fumador haga (intervención mínima sistematizada). El profesional sanitario ha de transmitir de forma seria y contundente al paciente la necesidad que éste tiene de abandonar el consumo de tabaco para mejorar y/o curar su proceso patológico. Igualmente, debe advertirle de su elevado grado de tabaquismo y de la presencia de otros factores de riesgo, que no hacen más que multiplicar sus posibilidades de morbilidad prematura y de pérdida de calidad de vida. El profesional sanitario se ofrecerá al paciente para ayudarle en la realización de un serio intento de abandono y debe citarle en un período de 4 a 6 semanas para controlar si ha habido algún cambio en su actitud para dejar de fumar (grado de evidencia A).

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN FUMADORES EN FASE DE PREPARACIÓN

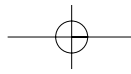
Este grupo de fumadores debe recibir tratamiento para dejar de fumar. El tratamiento puede llevarse a cabo en la consulta de medicina de familia o en la unidad especializada de tabaquismo.

El tratamiento de estos fumadores siempre debe aglutinar dos aspectos: por un lado, el apoyo psicológico y, por otro, el tratamiento farmacológico (grado de evidencia A).

El apoyo psicológico debe prestarse durante las visitas de seguimiento y tratará de dar consejos al paciente para que se prepare para dejar de fumar y para que se mantenga sin fumar. Ha de ir acompañado de la entrega de material bibliográfico en el que el fumador encuentre por escrito todo tipo de consejos para mantenerse sin fumar (grado de evidencia A).

El tratamiento farmacológico siempre debería contemplarse, en algunas situaciones como tratamiento de base y en otras como un refuerzo puntual a la intervención mínima sistematizada cuando ésta, de forma aislada, no sea suficiente para el correcto abordaje de cada fumador. Este abordaje ha de ser personalizado y adecuado a las características de cada individuo, para aumentar las posibilidades de éxito terapéutico.

1. Los fumadores de menos de 5 paquetes-año que consumen su primer cigarrillo después de 30 min después de levantarse y con menos de 15 ppm de CO en su aire espirado se corresponden con una dependencia de la nicotina baja y un consumo de cigarrillos bajo-moderado. En estos casos debe recomendarse la utilización de chicles de nicotina de 2 mg cada 90 o 120 min durante 6 a 8 semanas, reduciendo progresivamente la dosis a partir de la sexta semana. Otras posibilidades son la utilización de parches de nicotina de 24 h, a dosis de 21 mg/día durante 6 semanas, a continuación de 14 mg/día durante 2 semanas y después de 7 mg/día durante 1 semana. También se pueden utilizar parches de nicotina de 16 h a dosis de 15 mg/día durante 6 semanas, a continuación de 10 mg/día durante 2 semanas y después de 5 mg/día durante una semana, o bupropión a dosis de 150 mg, 2 veces al día durante 7 semanas (grado de evidencia A).
2. Los fumadores de más de 5 paquetes-año que consumen su primer cigarrillo en los primeros 30 min después de levantarse y que tienen más de 15 ppm de CO en su aire espirado, presentan un consumo moderado-alto de cigarrillos y una alta dependencia nicotínica. En ellos debe recomendarse la utilización de chicles de 4 mg de nicotina, a dosis de una pieza cada 60-90 min durante 12 semanas, y reducirla progresivamente a partir de la décima semana. Otras posibilidades son la utilización de parches de nicotina de 24 h, a dosis de 21 mg/día durante 6-8 semanas, seguidos de 14 mg/día durante 2 semanas y después de 7 mg/día durante una semana. También se pueden utilizar parches de nicotina de 16 h, a dosis de 25 mg/día durante 6-8 sema-



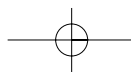
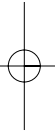
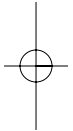
nas, a continuación 15 mg/día durante 2 semanas y después de 10 mg/día durante 2 semanas, o bupropión, 150 mg dos veces al día durante 9 semanas.

En algunos de estos pacientes, sobre todo en los que tienen un mayor grado de dependencia, estaría recomendada la combinación de parches y chicles de nicotina a las mismas dosis antes comentadas. Debe considerarse también el uso combinado de la terapia sustitutiva con nicotina y bupropión.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDADES ESPECIALIZADAS

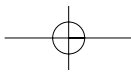
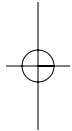
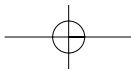
No obstante, hay situaciones que, por su complejidad o sus características acompañantes, hacen aconsejable la derivación del fumador a una unidad especializada en tabaquismo, cuando se considere que el simple consejo médico/intervención mínima pueda ser insuficiente, y siempre que haya dicha posibilidad. Las circunstancias que deben llevar a recomendar que un sujeto sea derivado a la unidad son las siguientes:

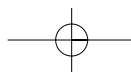
1. Fumadores que han realizado en el pasado serios intentos de abandono del tabaco, que fueron correctamente tratados por un profesional sanitario y que, a pesar de ello, fracasaron.
2. Fumadores con cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
3. Fumadores con arritmias cardíacas o hipertensión arterial no controladas.
4. Fumadores con enfermedades crónicas (neumopatías, nefropatías, hepatopatías, cardiopatías, etc.) no controladas o en los que la utilización de tratamientos para dejar de fumar pueda ser complicada.
5. Fumadoras embarazadas o en período de lactancia.
6. Fumadores con enfermedades psiquiátricas.
7. Fumadores con otras drogodependencias.



Procedimientos diagnósticos y terapéuticos del tabaquismo en unidades especializadas

3





▼ INTRODUCCIÓN

A lo largo de este manual ha quedado claramente establecido que el tabaquismo es una enfermedad crónica y la primera causa evitable de muerte en nuestro país. Como tal, debe ser adecuadamente diagnosticada para ser correctamente tratada. El paciente fumador es susceptible de recibir diferentes tipos de tratamiento dependiendo de sus características diagnósticas. Hemos estudiado cuál debe ser la aproximación diagnóstica y terapéutica del tabaquismo en algunos tipos de fumadores, pero también nos hemos referido a algún tipo especial de fumadores que requeriría un tratamiento más especializado (v. el apartado Criterios de derivación a unidades especializadas). En esta ocasión enumeraremos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que deben ser llevados a cabo con este grupo de fumadores que serían subsidiarios de ser tratados en unidades especializadas. Seguiremos los protocolos diagnósticos y terapéuticos de la Unidad Especializada en Tabaquismo de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

▼ PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS

Ante todo fumador que acude a una unidad especializada para recibir ayuda para dejar de fumar se deben realizar los siguientes procedimientos diagnósticos: investigación de los antecedentes médico-quirúrgicos personales y familiares, realización de historia de tabaquismo, cuestionarios diagnósticos, exploración física y exámenes complementarios. La realización de todos estos procedimientos permitirá el establecimiento del adecuado diagnóstico del fumador. A continuación los exponemos más detalladamente.

INVESTIGACIÓN DE LOS ANTECEDENTES MÉDICO-QUIRÚRGICOS PERSONALES Y FAMILIARES

La realización de este tipo de investigación es obligada ante cualquier acto médico. Cabe destacar que todo paciente debe ser activamente interrogado sobre la presencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y de otras que pudieran alterar el tipo de tratamiento farmacológico que se prescribiera al paciente.

También es obligado insistir en la medicación que los sujetos están utilizando. No olvidemos que la dosis de algunos medicamentos debe ajustarse cuando se añaden algunos tratamientos farmacológicos para dejar de fumar.

Interrogar sobre la presencia de alergias a algunos de los componentes de los tratamientos para dejar de fumar es obligado.

HISTORIA DE TABAQUISMO

La realización de la historia de tabaquismo es de vital importancia para conocer las características diagnósticas de los fumadores. Su correcta realización llevará entre 5 a 10 min y durante ella el médico preguntará al fumador sobre su historia tabáquica y su tabaquismo actual. El médico se mostrará receptivo y empático con el paciente. Le formulará preguntas abiertas y permitirá que el enfermo se exprese en sus respuestas, aunque sólo apuntará aquello que sea de auténtico interés.

La historia de tabaquismo está dividida en los siguientes apartados: historia tabáquica, historia de consumo actual, análisis de los intentos previos de abandono y análisis del ambiente del fumador. En la

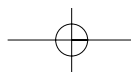


Tabla 3-1. Historia de tabaquismo

<p>1. Historia tabáquica</p> <p>Edad de inicio</p> <p>Edad de inicio al consumo habitual</p> <p>Número de años de consumo</p>	<p>3. Análisis de intentos previos</p> <p>Número de intentos previos</p> <p>Duración del período de abstinencia</p> <p>Tipo de tratamiento seguido</p> <p>Causas de la recaída</p>
<p>2. Historia de consumo actual</p> <p>Número de cigarrillos diarios</p> <p>Patrón de consumo</p> <p>Número de paquetes-año</p>	<p>4. Análisis del ambiente de fumador</p> <p>Familia</p> <p>Trabajo</p> <p>Amigos</p>

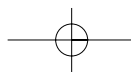
tabla 3-1 se muestran las preguntas que deben formularse en la realización de cada una de estas partes. A continuación comentamos algunos datos sobre ellas.

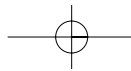
Con la realización de la historia tabáquica pretendemos tener un conocimiento exacto del momento en el que el fumador inició el consumo, pero sobre todo interesa conocer cuándo el sujeto se convirtió en fumador habitual. La realización de la historia de tabaquismo actual tiene como objetivo principal conocer el número de cigarrillos que fuma actualmente, aunque lo más importante no es el número, sino el patrón de consumo. La forma de consumo del cigarrillo por parte del fumador nos dice mucho acerca de las características diagnósticas de éste. En general, los fumadores que dan pocas y profundas caladas a un cigarrillo son fumadores que buscan la obtención de picos de nicotina; por el contrario, los que encienden muchos cigarrillos que se consumen sin apenas tocarlos son fumadores con mucho automatismo. Otros, en cambio, hacen un consumo regular y continuo del cigarrillo, dándoles un número casi constante de caladas con espacios intercalada muy regulares. Estos fumadores buscan la obtención de concentraciones continuas de nicotina en su sangre. El conocimiento de todas estas variables ayudará al médico en el diagnóstico del tabaquismo y en la instauración del tratamiento más oportuno.

La obtención del valor paquetes-año sirve como un parámetro no sólo del tabaquismo actual, sino también de carga del tabaquismo. Lo reseñado en el apartado correspondiente de la sección anterior es válido aquí.

Probablemente, una de las partes más importantes de la historia de tabaquismo es la que hace referencia al análisis de los intentos previos de abandono. Su correcto estudio nos ayudará a establecer el mejor diagnóstico del fumador. Es importante destacar que sólo consideramos que un fumador ha realizado un serio intento de abandono si al menos se ha mantenido 24 h sin fumar. Así pues, los intentos que apenas se quedan en una exposición de intenciones no deben ser considerados para el análisis. Ante cualquier intento válido de abandono debemos investigar el momento de su realización. Cuanto más próximo al momento actual sea el intento objeto del estudio, más válidas serán las conclusiones que obtengamos. Se deberá investigar el tiempo que el sujeto permaneció sin fumar y la presencia de síntomas del síndrome de abstinencia. Igualmente, investigaremos la utilización de tratamientos y la respuesta a ellos por parte del paciente. La detección del motivo fundamental por el que se produjo la recaída completará el análisis de estos intentos previos.

Otra parte de la historia del tabaquismo es la que hace referencia a la investigación de los posibles apoyos y/o resistencias que el fumador encontrará en su proceso de abandono del tabaco. Es neces-





rio investigar al grupo familiar, grupo de amigos y ambiente laboral. Los fumadores que cuenten con más apoyos en estos ambientes tienen más fácil abandonar definitivamente el tabaco. El médico deberá insistir en la necesidad de que el fumador busque este tipo de apoyos e incluso los potenciará en la medida de lo posible desde su consulta.

CUESTIONARIOS

Existen multitud de cuestionarios que pueden ser empleados para el diagnóstico del paciente fumador. Los objetivos de éstos son diferentes. Algunos sirven para averiguar el grado de dependencia física que el fumador tiene de la nicotina, mientras que otros estudian otros tipos de dependencias producidas por el cigarrillo. De todos ellos, el test de Fagerström se ha mostrado como el más útil para determinar el grado de dependencia física de la nicotina que tiene el fumador. Otros sirven para analizar otras dependencias.

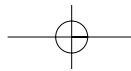
El test de recompensa es otro tipo de cuestionario que sirve para conocer las razones fundamentales que llevan al fumador al consumo de tabaco. En la Unidad Especializada en Tabaquismo del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid hemos desarrollado un test cuyo objetivo es determinar el tipo y el grado de la dependencia del cigarrillo que presenta el fumador. Se trata del Test de la Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid (UISPM) que está mostrando ser de gran utilidad para el diagnóstico del fumador. A continuación explicaremos cada uno de estos tests y comentaremos sus aplicaciones en la práctica clínica.

• Test de Fagerström

El test de Fagerström es el instrumento más útil, sensible y específico de los disponibles en el momento actual para medir el grado de dependencia física de la nicotina. Se trata de un test de 6 preguntas con respuestas múltiples. Dependiendo de la respuesta que cada fumador dé a cada una de las

Tabla 3-2. Test de Fagerström

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo del día? <ul style="list-style-type: none"> Hasta 5 minutos — 3 De 6 a 30 minutos — 2 De 31 a 60 minutos — 1 Más de 60 minutos — 0 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? <ul style="list-style-type: none"> Menos de 10 cigarrillos/día — 0 Entre 11 y 20 cigarrillos/día — 1 Entre 21 y 30 cigarrillos/ día — 2 31 o más cigarrillos — 3
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares en los que está prohibido hacerlo? <ul style="list-style-type: none"> Sí — 1 No — 0 	<ul style="list-style-type: none"> • Después de consumir el primer cigarrillo del día, ¿fuma rápidamente algunos más? <ul style="list-style-type: none"> Sí — 1 No — 0
<ul style="list-style-type: none"> • De todos los cigarrillos que consume durante el día, ¿cuál es el que más necesita? <ul style="list-style-type: none"> El primero de la mañana — 1 Cualquier otro — 0 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? <ul style="list-style-type: none"> Sí — 1 No — 0



preguntas se obtiene una determinada puntuación. Al sumar los puntos ganados en cada una de las preguntas se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos. En la tabla 3-2 se muestra este test.

A continuación exponemos la valoración de los resultados de éste:

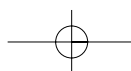
1. De 0 a 1 punto indica muy bajo grado de dependencia. Aproximadamente sólo el 20 % de los fumadores obtiene esta puntuación.
2. De 2 a 3 puntos indica cierto grado de dependencia. Esta puntuación la obtiene el 30 % de los fumadores. En estos casos es útil emplear un tratamiento farmacológico en los intentos para dejar de fumar.
3. De 4 a 5 puntos indica un moderado grado de dependencia. El 30 % de los fumadores obtiene esta puntuación y tiene un moderado riesgo de desarrollar enfermedades asociadas al consumo del tabaco. La utilización de tratamiento farmacológico es obligatorio en los intentos de abandono que realicen estos pacientes.
4. De 6 a 7 puntos indica un alto grado de dependencia. Aparece en el 15 % de fumadores. Los que obtienen esta puntuación necesitan tratamiento farmacológico y apoyo psicológico para dejar de fumar. Son fumadores con alto riesgo de desarrollar enfermedades asociadas.
5. De 8 a 10 puntos indica un grado extremo de dependencia. Aproximadamente el 5 % de los fumadores alcanza esta puntuación. Son fumadores que en la mayoría de los casos han desarrollado enfermedades asociadas. El tratamiento intensivo se impone en los intentos que realizan para dejar de fumar.

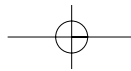
El test de Fagerström ha recibido múltiples traducciones del inglés al castellano, y es frecuente que una misma pregunta del test sea formulada de diferente forma en los distintos formatos disponibles. Esto ha condicionado que, en ocasiones, no se haya respetado el auténtico sentido que esas preguntas tenían en el original y, con ello, que las respuestas obtenidas no sean las más adecuadas. A continuación exponemos tres preguntas del test en las que la traducción no siempre ha sido la más acertada.

La primera pregunta hace referencia al primer cigarrillo del día. En muchos formatos, la pregunta es formulada de diferente forma: ¿cuál es el cigarrillo que más le gusta?, ¿cuál es el cigarrillo que más odia tener que dejar?, o incluso ¿cuál es el cigarrillo que más le apetece? Verdaderamente, ninguna de estas formulaciones es la adecuada. El auténtico objetivo de esta pregunta es descubrir si el fumador, después de pasar toda una noche sin consumir tabaco y con sus concentraciones sanguíneas de nicotina al mínimo, realmente *necesita* cuanto antes adquirir unos valores más adecuados a su grado de dependencia. Por ello, una buena forma de realizar esta pregunta sería: *De todos los cigarrillos que consume durante el día, ¿cuál es el que más necesita?*

Otra de las preguntas que ha presentado alteraciones en su proceso de traducción es la que investiga si el fumador consume más tabaco por las mañanas que por las tardes. Distintos formatos la presentan de diferentes formas: ¿consume más cigarrillos por las mañanas que por las tardes?, ¿fuma más por las mañanas que por las tardes? o ¿fuma más a primeras horas del día que por las tardes? El objetivo real de esta pregunta es conocer si el fumador necesita consumir muchos cigarrillos nada más levantarse para llegar a adquirir las concentraciones sanguíneas de nicotina de forma rápida. Por ello, la forma más adecuada de formular esta pregunta sería: *Después de consumir el primer cigarrillo del día, ¿fuma rápidamente algunos más?*

La tercera de las preguntas que puede ocasionar confusión es la que hace referencia al consumo de tabaco en lugares en los que está prohibido. Tal vez, ésta sea una de las preguntas sobre la que más





versiones se han realizado. Desde ¿fuma usted en lugares donde está prohibido hacerlo? a ¿fuma usted en hospitales o cines? pasando por ¿fuma cuando no se debe hacer? El auténtico objetivo de esta pregunta es saber si el fumador es capaz de pasar un período más o menos largo sin fumar y sin presentar molestias o inconvenientes. Por ello, una buena forma de realizar esta pregunta es: *¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares en los que está prohibido hacerlo?*

Las restantes preguntas del test de Fagerström mencionan el número de cigarrillos que el fumador consume al día, el tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume su primer cigarrillo y si el fumador consume tabaco aunque esté enfermo. Generalmente, en las traducciones de estas preguntas se ha mantenido el sentido que tenían en el test original. En la tabla 3-2 se presenta el test de Fagerström tal y como el propio autor recomienda que se realice en el idioma español. Recomendamos que la realización del test sea llevada a cabo por el médico durante la obtención de la historia clínica y que se evite la autorrealización por parte del fumador. Además, es imprescindible que se formulen las preguntas de la manera correcta.

Conviene recordar también que, en ocasiones, no es necesario realizar la totalidad del test para conocer el grado de dependencia que el fumador tiene de la nicotina. Se sabe que basta con preguntar al paciente sobre el número de cigarrillos que consume al día, el tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume el primer cigarrillo y cuál es el cigarrillo que más necesita consumir. Si las respuestas a estas preguntas son que consume 20 o más cigarrillos diarios, que consume el primer cigarrillo en la primera media hora después de levantarse y que éste es el cigarrillo que más necesita, el fumador debe ser diagnosticado de moderado-intenso grado de dependencia de la nicotina. La realización de este tipo de test corto es muy recomendable en las consultas de atención primaria, donde no se dispone de demasiado tiempo para el diagnóstico del fumador. El abordaje especializado del tabaquismo obliga a la realización del test completo.

- **Test de recompensa**

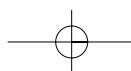
El objetivo fundamental de este test es averiguar cuáles son las razones fundamentales por las que el fumador consume tabaco.

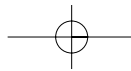
El médico debe preguntar al fumador la siguiente cuestión: «Cuando usted ha realizado un serio intento de abandono del tabaco, ¿cuál de estas situaciones ha sido la que ha superado con mayor dificultad?: a) no poder consumir un cigarrillo en aquellos momentos en los que realmente lo disfrutaba, o b) estar ansioso, irritable y nervioso durante todo el día». Las personas que respondan la opción a consumirían tabaco buscando la estimulación y la obtención de altas concentraciones de dopamina de forma puntual. Los que señalen la opción b buscan la obtención de altos valores de noradrenalina de forma continua. Los resultados de este test combinados con los del test de Fagerström tienen implicaciones clínico-terapéuticas muy interesantes y válidas.

- **Test de la Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid**

Se trata de un test de 23 preguntas que debe ser administrado al fumador; que lo autocumplimentará después de una breve explicación por parte del médico. El objetivo fundamental es valorar seis aspectos diagnósticos del fumador; a saber: estimulación, sedación, automatismo, dependencia social, dependencia psicológica y dependencia gestual. En la tabla 3-3 se muestra el test de la UISPM. La valoración que se hace de él es la siguiente:

- I. De la pregunta 1 a la 4 se valora el grado de estimulación que el fumador obtiene con el consumo de tabaco. La puntuación puede variar desde 0 a 16 puntos: 0 se corresponde con nula, de 1 a 4 baja, de 5 a 10 media, de 11 a 15 alta y 16 máxima.



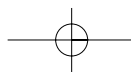

Tabla 3-3. Test de la Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid

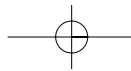
Señale la opción más indicada para usted, de acuerdo con la siguiente escala:

- 0: nada
 1: algo
 2: moderadamente
 3: mucho
 4: muchísimo

- | | |
|--|---|
| <p>1. Fumo para mantenerme despierto
1 2 3 4</p> <p>2. Cuando fumo, me encuentro alerta
1 2 3 4</p> <p>3. Me gusta fumar cuando trabajo
1 2 3 4</p> <p>4. Cuanto más cosas hago, más fumo
1 2 3 4</p> <p>5. Si estoy preocupado, fumo mucho
1 2 3 4</p> <p>6. Enciendo un cigarrillo cuando me enfado
1 2 3 4</p> <p>7. Fumo sin recordar haberlo encendido
1 2 3 4</p> <p>8. Me encuentro fumando varios cigarrillos al mismo tiempo
1 2 3 4</p> <p>9. Enciendo cigarrillos por rutina, sin desearlos realmente
1 2 3 4</p> <p>10. A menudo me pongo cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca
1 2 3 4</p> <p>11. Cuando fumo me relaciono mejor con la gente
1 2 3 4</p> | <p>12. Fumo mucho cuando estoy con otra gente
1 2 3 4</p> <p>13. Cuando fumo hablo más con la gente
1 2 3 4</p> <p>14. Algunos lugares o circunstancias me incitan a fumar
1 2 3 4</p> <p>15. Cuando estoy solo rodeado de gente, me siento más seguro con un cigarrillo entre las manos
1 2 3 4</p> <p>16. Mi hábito de fumar es muy importante para mí
1 2 3 4</p> <p>17. Me recompenso a mí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea
1 2 3 4</p> <p>18. Cuando no tengo tabaco me resulta difícil concentrarme
1 2 3 4</p> <p>19. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar
1 2 3 4</p> <p>20. Me pongo algo en la boca para evitar fumar
1 2 3 4</p> <p>21. Cuando me hallo en un lugar donde no se puede fumar, juego con un cigarrillo o con un paquete de tabaco
1 2 3 4</p> <p>22. Parte de mi placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo
1 2 3 4</p> <p>23. No sé mover las manos sin un cigarrillo
1 2 3 4</p> |
|--|---|

2. De la pregunta 5 a la 6 se valora el grado de sedación que el fumador obtiene con el consumo de tabaco. La puntuación puede variar desde 0 a 8 puntos: 0 se corresponde con nula, de 1 a 2 baja, de 3 a 5 media, de 6 a 7 alta y 8 máxima.
3. De la pregunta 7 a la 10 se valora el grado de automatismo que el fumador tiene. La puntuación puede variar desde 0 a 16 puntos: 0 se corresponde con nulo, de 1 a 4 bajo, de 5 a 10 medio, de 11 a 15 alto y 16 máximo.
4. De la pregunta 11 a la 15 se valora el grado de dependencia social que el fumador tiene. La puntuación puede variar desde 0 a 20 puntos: 0 se corresponde con nula, de 1 a 6 baja, de 7 a 13 media, de 14 a 19 alta y 20 máxima.





5. De la pregunta 16 a la 18 se valora el grado de dependencia psicológica que el fumador tiene. La puntuación puede variar desde 0 a 12 puntos: 0 se corresponde con nula, de 1 a 3 baja, de 4 a 6 media, de 7 a 11 alta y 12 máxima.
6. De la pregunta 19 a la 23 se valora el grado de dependencia gestual que el fumador tiene. La puntuación puede variar desde 0 a 20 puntos: 0 se corresponde con nula, de 1 a 6 baja, de 7 a 13 media, de 14 a 19 alta y 20 máxima.

La obtención y la valoración de los resultados de este test no sólo nos servirán para establecer la pauta de tratamiento psicológico, sino que también ayudarán a indicar el tratamiento farmacológico más adecuado.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El fumador debe ser explorado con el mismo detenimiento y detalle que cualquier otro paciente. No olvidemos que el tabaquismo es una enfermedad crónica que deja un buen número de secuelas patológicas en el organismo del fumador. La exploración física de éste debe ir, pues, encaminada a descubrir la patología existente en ese sentido o incluso los signos más precoces de ésta. La exploración cardiopulmonar detallada, así como la exploración del sistema vascular periférico, se imponen dentro de la exploración del fumador. Es interesante examinar el estado de la piel y las faneras del fumador. Muchos de ellos tienen manchas de nicotina en los dedos y las uñas, e incluso en los dientes. Además, la presencia de abundantes arrugas y de gran sequedad en la piel suele ser una constante.

Es imprescindible la determinación de los siguientes parámetros: presión arterial, pulso, peso e índice de masa corporal. La valoración de estos parámetros debe ser realizada no sólo el día de la primera consulta, sino también durante el proceso de tratamiento del fumador.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Entre los exámenes complementarios que deben ser realizados en una unidad especializada en tabaquismo destacan de dos tipos: los obligatorios y los opcionales. Entre los obligatorios se encuentran la determinación de CO en el aire espirado, la de carboxihemoglobina y de cotinina en los líquidos corporales. Entre los opcionales se deben realizar un estudio citológico sanguíneo, un estudio bioquímico sanguíneo, una espirometría, un electrocardiograma (ECG) y una determinación de nicotina en los líquidos corporales. A continuación comentamos algunos de ellos.

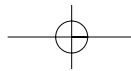
- **Monóxido de carbono en aire espirado y carboxihemoglobina en sangre periférica**

Todo lo referente a este aspecto ya ha sido desarrollado en el apartado «Medición de las concentraciones de monóxido de carbono en el aire espirado» (v. pág. 16).

- **Determinación de cotinina en líquidos corporales**

La cotinina es el principal metabolito de la nicotina. Aproximadamente el 99 % de la nicotina es metabolizada en cotinina a las 2 h de haberse consumido. La semivida de eliminación de la cotinina en sangre es de 3 a 4 días y el 80 % se elimina a través de la orina. Por ello, la cotinina puede ser detectada en los siguientes líquidos corporales: sangre, saliva y orina.

La determinación de cotinina en orina se ha mostrado muy útil como marcador sensible al humo de tabaco. Es muy utilizada en estudios de tabaquismo pasivo. Su utilización para el tratamiento del taba-

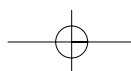


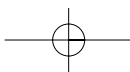
quismo no es muy recomendable. La determinación de cotinina en saliva es un método incruento para el análisis de este parámetro entre los fumadores. Algunos estudios lo han utilizado con éxito para ayudar en el tratamiento del tabaquismo. No obstante, la determinación de cotinina en sangre periférica es el parámetro más utilizado. Se ha demostrado que la determinación de las concentraciones de cotinina en sangre es un parámetro muy objetivo para medir el grado de tabaquismo de un determinado fumador e, incluso, que es un parámetro que puede ser de mucha ayuda para la instauración de un adecuado tratamiento del tabaquismo. A continuación exponemos lo que la investigación científica ha demostrado a este respecto:

1. Los fumadores tienen concentraciones de cotinina en sangre siempre superiores a 10 ng/ml.
2. Hay una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos al día e incluso entre el número de años que un sujeto lleva fumando y sus concentraciones de cotinina en sangre. Así, la mayor cantidad de cigarrillos y llevar más años de fumador se asocian con unas concentraciones más altas de cotinina en sangre.
3. Hay una relación directa entre el grado de adicción a la nicotina de un determinado fumador y sus concentraciones de cotinina en sangre. Así, a un mayor grado de adicción se le asocian unos valores de cotinina en sangre más altos.
4. La terapia sustitutiva con nicotina, que se utiliza como tratamiento cuando el fumador está abandonando el hábito, debe conseguir unas concentraciones de cotinina que sean similares a las que tenía el fumador cuando consumía tabaco. De esta forma se obtendrán las más altas tasas de éxito.
5. Aunque todo lo anterior es cierto y se cumple en el 60-70 % de los casos, hay un porcentaje de casos no desdeñable en el que nada de ello se cumple. Al estudiar el metabolismo de la nicotina se encuentran las razones que explican este hecho. La enzima CYP2A6 participa de forma muy activa en el metabolismo de la nicotina. Ella es la encargada de catalizar el paso de nicotina a cotinina e, incluso, el paso de cotinina a 3 OH-cotinina y a nor-nicotina. La actividad de esta enzima está genéticamente regulada. El gen que regula la actividad de CYP2A6 tiene un par de alelos: *1 o *2. El alelo *1 es activo, en tanto que el alelo *2 es inactivo. Los individuos que tienen un alelo inactivo o que son homocigotos para el alelo inactivo son metabolizadores lentos de la nicotina, en tanto que los individuos que son homocigotos para el alelo activo o tienen una doble copia del gen con alelos activos son metabolizadores rápidos de la nicotina. Se ha hipotetizado que entre los fumadores predominan individuos que son metabolizadores rápidos de la nicotina. Esto hace suponer que cuando uno de estos sujetos quisiera dejar de fumar y fuera tratado con terapia sustitutiva con nicotina necesitaría unas dosis más altas que las que habitualmente se utilizan para que esta terapia fuera eficaz. Por ello, se ha considerado que algunos de los fracasos que se producen cuando se utiliza la terapia sustitutiva con nicotina a las dosis habituales pueden ser debidos a esta circunstancia.

- **Determinación de nicotina en líquidos corporales**

La determinación de nicotina en líquidos corporales no es imprescindible para la realización de un correcto diagnóstico del fumador. No olvidemos que la nicotina tiene una semivida de eliminación muy corta, de apenas 2 h, y que de forma rápida es metabolizada en cotinina. Por ello, sus valores sanguíneos están muy en relación con el tiempo transcurrido entre su medición y el consumo del tabaco. Las principales implicaciones terapéuticas de la determinación de nicotina son escasas y es más razonable la determinación de cotinina para estos menesteres.





- **Establecimiento del diagnóstico**

La realización de todos estos procedimientos facilitará el correcto establecimiento del diagnóstico del fumador. El diagnóstico completo del fumador deberá incluir los siguientes aspectos: grado de tabaquismo, estudio de dependencias (física, psíquica, social y gestual), estudio de recompensas (positiva y negativa) y valoración de la estimulación, la sedación y el automatismo. Teniendo en cuenta todo ello se procederá al diagnóstico.

1. Grado de tabaquismo.

- Leve: menos de 5 paquetes-año, menos de 15 ppm de CO en aire espirado.
- Moderado: de 5 a 15 paquetes-año, de 15 a 20 ppm de CO en aire espirado.
- Grave: de 16 a 25 paquetes-año, de 21 a 30 ppm de CO en aire espirado.
- Muy grave: más de 25 paquetes-año, más 30 ppm de CO en aire espirado.

2. Estudio de dependencias.

- a) Dependencia física:

- Muy leve: de 0 a 1 punto en el test de Fagerström.
- Leve: de 2 a 3 puntos en el test de Fagerström.
- Moderado: de 4 a 5 puntos en el test de Fagerström.
- Grave: de 6 a 7 puntos en el test de Fagerström.
- Muy grave: de 8 a 10 puntos en el test de Fagerström.

- b) Dependencia psíquica:

- Nula: 0 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Baja: de 1 a 3 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Media: de 4 a 6 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Alta: de 7 a 11 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Máxima: 12 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.

- c) Dependencia social:

- Nula: 0 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Baja: de 1 a 6 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Media: de 7 a 13 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Alta: de 14 a 19 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Máxima: 20 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.

- d) Dependencia gestual:

- Nula: 0 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Baja: de 1 a 6 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Media: de 7 a 13 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Alta: de 14 a 19 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Máxima: 20 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.

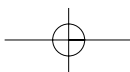
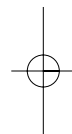
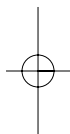
3. Estudio de recompensas:

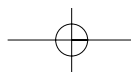
- a) Recompensa positiva: los fumadores responden la opción *a*.

- b) Recompensa negativa: los fumadores responden la opción *b*.

4. Valoración de la estimulación:

- Nula: 0 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Baja: de 1 a 4 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Media: de 5 a 10 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Alta: de 11 a 15 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
- Máxima: 16 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.





5. Valoración de la sedación:
 - Nula: 0 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
 - Baja: de 1 a 2 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
 - Media: de 3 a 5 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
 - Alta: de 6 a 7 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
 - Máxima: 8 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
6. Valoración del automatismo:
 - Nulo: 0 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
 - Bajo: de 1 a 4 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
 - Medio: de 5 a 10 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
 - Alto: de 11 a 15 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.
 - Máximo: 16 puntos en los ítems correspondientes del test UISPM.

▼ PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EN LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS

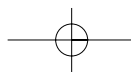
El tratamiento especializado del tabaquismo debe abarcar los siguientes aspectos: seguimiento intenso, tratamiento psicológico, tratamiento farmacológico y prevención de recaídas. A continuación comentamos cada uno de ellos.

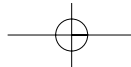
SEGUIMIENTO

El seguimiento del fumador en su proceso de abandono del consumo del tabaco es imprescindible y una de las principales herramientas terapéuticas de las unidades especializadas. Los estudios demuestran que cuanto mayor es la intensidad del seguimiento, mayores son las posibilidades de éxito en el tratamiento. El seguimiento puede ser personal, telefónico o incluso a través de procedimientos informáticos. No obstante, siempre los seguimientos directos se han mostrado más útiles y eficaces. A continuación exponemos una pauta de seguimiento recomendable para ser utilizada en las unidades especializadas. Los pacientes serán visitados de acuerdo con el siguiente esquema: visita basal o primera visita, en la que se realiza el diagnóstico y se instaura el tratamiento con la elección del día de abandono por parte del fumador. A partir de ese momento se realizarán las siguientes visitas: en las semanas primera, segun-

Tabla 3-4. Procedimientos que se deben realizar en las visitas de seguimiento

1. Investigar la situación subjetiva del paciente: ¿cómo está?, ¿qué tal se encuentra?	4. Exámenes complementarios Cooximetría. Carboxihemoglobina Cotina en sangre
2. Analizar la situación objetiva del paciente: Consumo de tabaco Valoración del síndrome de abstinencia Valorar las recaídas	5. Valoración del tratamiento farmacológico
3. Exploración física: presión arterial, pulso, peso, índice de masa corporal	6. Valoración del tratamiento psicológico





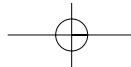
	FECHA				
<i>Craving</i>					
Irritabilidad					
Ansiedad					
Falta de concentración					
Impaciencia					
Nerviosismo					
Ánimo deprimido					
Alteraciones del sueño					
Estreñimiento					
Más apetito					
TOTAL					

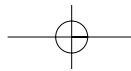
Figura 3-1. Análisis del síndrome de abstinencia.

da, cuarta, sexta, octava, décima y duodécima después del día de abandono, y en los meses cuarto, quinto, sexto y duodécimo después del abandono.

En cada una de las visitas de seguimiento es imprescindible que el médico controle los siguientes aspectos, que se resumen en la tabla 3-4:

1. Mantenimiento de la abstinencia. Los sujetos deben ser preguntados sobre su estado de tabaquismo. En los sujetos que se mantienen abstinentes durante las primeras visitas es recomendable realizar una validación fisiológica de la declaración verbal de abstinencia mediante la utilización de una cooximetría. Con este procedimiento se animará al paciente a que permanezca sin fumar y se objetivará su abstinencia. Los pacientes que presenten recaídas puntuales serán estudiados para descubrir su causa e iniciar una correcta prevención y tratamiento. En el apartado dedicado al análisis de las recaídas explicamos más en profundidad este tema.
2. Control de los síntomas del síndrome de abstinencia. En la figura 3-1 se muestran los síntomas del síndrome de abstinencia que deben ser analizados durante las visitas de seguimiento. La cumplimentación de la tabla por parte del médico durante las diferentes visitas de seguimiento ayudará a conocer la evolución de cada uno de los síntomas y, de esta forma, se podrá proceder a un tratamiento más adecuado.
3. La medicación que está siendo utilizada por el paciente debe ser controlada. Todos los sujetos deben ser animados a usar la medicación a las dosis recomendadas y de la forma indicada. Los sujetos que están utilizando chicles de nicotina pueden necesitar un período en torno a 10 o 15 días para aprender su uso correcto. El médico debe explicar claramente cuál es el mecanismo de acción de la medicación recomendada y los beneficios que el sujeto obtendrá con el uso de ella. Es conveniente que el sujeto conozca los posibles efectos adversos que la medicación puede causar y la manera de evitarlos. Dependiendo del tiempo de utilización de la medicación y de sus efectos, el médico podrá plantear cambios en la dosis de la medicación.
4. Según el tipo de tratamiento psicológico que esté recibiendo el sujeto, la actitud del médico será diferente. En los sujetos que estén incluidos en programas de tratamiento grupal, el apoyo psi-





cológico se prestará en esa situación. Por el contrario, en los que reciben tratamiento psicológico de forma personalizada, el análisis de este aspecto en la consulta de seguimiento no debe ser olvidado.

5. Las determinaciones del peso corporal, la presión arterial, el pulso y el índice de masa corporal son obligatorias y ayudan a aconsejar más adecuadamente sobre los cambios en la medicación o en las dietas.

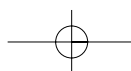
En algunas visitas de seguimiento se deberá realizar un análisis de cotinina en sangre. En los sujetos que estén recibiendo tratamiento con bupropión no será necesario recurrir a este tipo de determinaciones. Por el contrario, en sujetos que estén en tratamiento con terapia sustitutiva con nicotina es muy recomendable la determinación de cotinina en sangre periférica. A continuación exponemos un protocolo de las determinaciones que se deben realizar en las unidades especializadas.

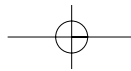
1. Una vez conocidos los siguientes datos: número de cigarrillos fumados al día, puntuación en el test de Fagerström, valores de CO en aire espirado y de cotinina en suero, se instaurará tratamiento con terapia sustitutiva con nicotina, que deberá ser seguido a partir del día de abandono.
2. La dosis de terapia sustitutiva con nicotina recomendada se adecuará a los parámetros anteriormente citados y será la siguiente:

- a) En fumadores de menos de 20 cigarrillos/día, con menos de 15 ppm de CO en aire espirado, con 3 o menos puntos en el test de Fagerström y con menos de 100 ng/ml de cotinina en suero se deberá iniciar la terapia sustitutiva con nicotina con parches de nicotina de 16 h a dosis de 15 mg/día durante 6 semanas o parches de 21 mg de 24 h de liberación durante 4 semanas.
- b) En fumadores de 20 a 30 cigarrillos/día, con 15 a 25 ppm de CO en aire espirado, con 4 a 6 puntos en el test de Fagerström y con 100 a 300 ng/ml de cotinina en suero se deberá iniciar la terapia sustitutiva con nicotina con parches de 16 h de nicotina a dosis de 25 mg/día durante 6 semanas, o parches de 21 mg/día durante 6 semanas. En este grupo de fumadores se podrán prescribir chicles de 4 mg de nicotina de forma puntual.
- c) En fumadores de más de 30 cigarrillos/día, con más de 25 ppm de CO en aire espirado, con 7 o más puntos en el test de Fagerström y con más de 300 ng/ml de cotinina en suero se deberá iniciar la terapia sustitutiva con nicotina con parches de 16 h de nicotina a dosis de 30 mg al día durante 6 semanas o con 2 parches de 21 mg/día durante 6 semanas. En este grupo de fumadores se prescribirán chicles de 4 mg de nicotina a dosis de 1 unidad cada hora o cada 2 horas (según necesidades del paciente) mientras esté despierto.

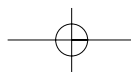
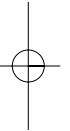
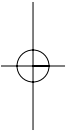
En todos los casos el parámetro de mayor valoración para la adecuación de la dosis de la terapia sustitutiva con nicotina serán valores de cotinina en suero.

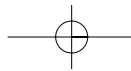
3. El paciente será citado para realizar una nueva determinación de cotinina en suero cuando lleve al menos 7 días utilizando el tratamiento prescrito.
4. El paciente será revisado después de 7 a 10 días del día de abandono. En ese momento se conocerán las concentraciones de cotinina postratamiento del sujeto. Se procederá entonces a la determinación del índice de sustitución de cotinina (ISC). Este índice se calculará multiplicando la cifra de cotinina postratamiento por 100 y dividiendo este resultado por la cifra de cotinina pretratamiento. Se actuará de acuerdo a las siguientes pautas:





- a) Si el ISC está por encima de 100 se reducirá la dosis de terapia sustitutiva con nicotina al escalón inmediatamente inferior, con independencia de si el sujeto consume o no tabaco. En caso de fumadores con parches de 15 mg/día se reducirá la dosis a 10 mg/día. En los que utilicen parches de 21 mg se reducirá la dosis a 14 mg. Se volverán a determinar las concentraciones de cotinina en el transcurso de 7 a 10 días.
- b) Si el ISC está entre 100 y 75 y el sujeto no fuma, se continuará con las mismas dosis de terapia sustitutiva con nicotina. Sólo en el caso de que el sujeto siga consumiendo tabaco o tenga una alta puntuación en la valoración del síndrome de abstinencia se valorará incrementar la dosis propuesta. El incremento consistirá en aumentar la dosis de terapia sustitutiva con nicotina al escalón inmediatamente superior. En caso de que el sujeto utilice parches a dosis de 30 mg/día se incrementará la dosis a 35 mg (en general, se tendrá en cuenta que por cada miligramo de nicotina que se incremente se obtendrá una elevación de 10 ng/ml en la cotinina). Se volverán a determinar los valores de cotinina en el transcurso de 7 a 10 días.
- c) Si el ISC está entre 74 y 50 y el sujeto no fuma se continuará con las mismas dosis de terapia sustitutiva con nicotina. Sólo en el caso de que el sujeto siga consumiendo tabaco o tenga una alta puntuación en la valoración del síndrome de abstinencia se valorará incrementar la dosis propuesta. El incremento consistirá en subir la dosis de terapia sustitutiva con nicotina al escalón inmediatamente superior. En caso de que el sujeto utilice parches a dosis de 30 mg/día se incrementará la dosis a 35 mg (en general, se tendrá en cuenta que por cada miligramo de nicotina que se incremente se obtendrá una elevación de 10 ng/ml en la cotinina). Se volverán a determinar las concentraciones de cotinina en el transcurso de 7 a 10 días.
- d) Si el ISC está por debajo de 50 y el sujeto no fuma se continuará con las mismas dosis de terapia sustitutiva con nicotina. Sólo en el caso de que el sujeto siga consumiendo tabaco o tenga una alta puntuación en la valoración del síndrome de abstinencia se valorará incrementar la dosis propuesta. El incremento consistirá en aumentar la dosis de terapia sustitutiva con nicotina al escalón inmediatamente superior. En caso de que el sujeto utilice parches a dosis de 30 mg/día se incrementará la dosis a 35 mg (en general, se tendrá en cuenta que por cada miligramo de nicotina que se incremente se obtendrá una elevación de 10 ng/ml en la cotinina). Se volverán a determinar las concentraciones de cotinina en el transcurso de 7 a 10 días.
- e) Como norma general se debe tener en cuenta que cuando el sujeto no fume y su puntuación en la valoración del síndrome de abstinencia sea baja, la dosis de terapia sustitutiva con nicotina no se debe variar, independientemente de los valores de ISC. Por el contrario, si el sujeto consume tabaco o su puntuación en la valoración del síndrome de abstinencia es alta, la dosis de terapia sustitutiva con nicotina debe ser modificada hasta alcanzar valores de ISC en torno a 100 y 75. Si a pesar de tener unos valores adecuados de ISC el sujeto sigue fumando, se deberá insistir en el tratamiento psicológico.
5. Tras la tercera determinación de cotinina en el suero se calculará nuevamente el ISC. En aquellos casos en los que esta determinación haya sido la adecuada no se continuará con más determinaciones y la dosificación de la terapia sustitutiva con nicotina se adecuará a las propuestas por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). En aquellos casos en los que esta determinación haya sido inadecuada se actuará de acuerdo con lo anteriormente escrito y se procederá a una nueva determinación.





• Tratamiento psicológico individualizado

Este tipo de tratamiento puede ser impartido en tres fases: preparación para dejar de fumar, día de abandono y seguimiento.

La fase de preparación para dejar de fumar tiene una duración de entre 7 y 10 días. Su objetivo fundamental es dotar al sujeto de nuevos comportamientos que le ayuden a no consumir tabaco a partir del día de abandono. En ella el sujeto debe ejercitarse en los siguientes aspectos:

1. Elección de día de abandono. El sujeto elegirá un día, a partir del cual no volverá a consumir tabaco. Se procurará que sea un día en el que el sujeto tenga más facilidades que inconvenientes para mantenerse sin fumar.
2. Complimentación de la hoja de autorregistro. Durante 3 o 4 días antes de dejar de fumar, el sujeto deberá rellenar una hoja de autorregistro cada vez que consuma tabaco. En la figura 3-2 se muestra un ejemplo de hoja de autorregistro.
3. Descubrimiento de situaciones de alto riesgo para el consumo y puesta en práctica de conductas alternativas.

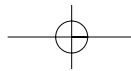
Tabla 3-5. Ejercicios para romper los lazos de unión con el tabaco

• Retrase lo más posible el consumo del primer cigarrillo del día	• Piense en cuántos cigarrillos fumará al día y trate de ceñirse a esa cantidad
• Antes de encender un cigarrillo espere cinco minutos, piense porqué lo hace y si realmente lo necesita	• Limite las zonas donde poder fumar: no fume en el coche, en su domicilio, en presencia de sus hijos, cuando esté andando por la calle, etc.
• No acepte ni pida cigarrillos	• La noche anterior al día de abandono tire o aparte de su vista cualquier cosa que le pueda recordar a un cigarrillo: ceniceros, cerillas, mecheros, paquetes de tabaco, etc.
• Compre los paquetes de uno en uno	

4. Ejercitación en la rotura de lazos de unión con el consumo de tabaco. En la tabla 3-5 se muestran algunos ejercicios que, al ser realizados, ayudarán a romper con el automatismo que en ocasiones se asocia al consumo de cigarrillos.
5. Incremento de la motivación para dejar de fumar.
6. Intervención sobre el *craving* (ansia de consumo). El *craving* es uno de los síntomas del síndrome de abstinencia que aparece con mayor intensidad y frecuencia durante las primeras semanas de abandono. Es conveniente que el fumador conozca cuál será la evolución de este síntoma y cómo combatirlo.

• Tratamiento psicológico grupal

A continuación exponemos un programa de tratamiento grupal que puede ser llevado a cabo en las unidades especializadas. El programa consta de un total de 7 sesiones que se realizan durante 12 semanas de seguimiento. Entre las características comunes a cada una de las sesiones destacan las siguientes: cada sesión tiene una duración entre 60 y 90 min, en ellas se valoran los síntomas del síndrome de abs-

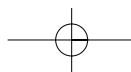
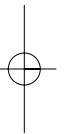
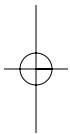


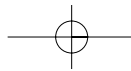
tinencia y se hace entrega de diversos tipos de materiales (folletos informativos y manuales de autoayuda). También se realiza una medición del CO y se explican determinadas tareas que el fumador deberá realizar en su casa. El objetivo fundamental de cada una de estas sesiones es incrementar la motivación para dejar de fumar y hacer patente los logros que el fumador vaya consiguiendo durante el proceso de abandono. Es recomendable que las dos primeras sesiones se realicen durante un período de 15 días, a razón de una sesión semanal, y en ellas el fumador sigue consumiendo tabaco. El resto de sesiones se realiza cuando el sujeto ha abandonado el consumo de tabaco. El contenido de cada una de estas sesiones debe ser el siguiente:

1. Primera sesión. En ella se realizará la presentación de los asistentes y los terapeutas, se explicará el cronograma y se aclararán los contenidos de cada una de las sesiones, así como las expectativas que los asistentes pudieran tener.

A lo largo de ésta se analizarán los siguientes aspectos:

- a) Análisis de las habilidades para el cambio, los miedos, las ambivalencias y la autoeficacia.
 - b) Motivación para dejar de fumar.
 - c) Autorregistro.
 - d) Búsqueda de apoyos sociales.
2. Segunda sesión. Se realizará al cabo de una semana de la primera y se analizarán los siguientes aspectos:
 - a) Explicación de los principios de la dependencia del tabaco.
 - b) Corrección de los autorregistros y análisis de sus resultados.
 - c) Elección del día de abandono y explicación de técnicas para afrontarlo.
 - d) Explicación de recomendaciones para combatir el *craving*.
 - e) Explicación de consejos para combatir la ansiedad y la irritabilidad.
 3. Tercera sesión. Se realiza una semana después del día de abandono. A ella deben acudir los sujetos sin consumir tabaco. Se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:
 - a) Ayuda para controlar los síntomas del síndrome de abstinencia.
 - b) Descubrimiento de los beneficios del abandono del tabaco.
 - c) Evitar situaciones de alto riesgo.
 - d) Cooximetría.
 4. Cuarta sesión. Se realiza 15 días después del día de abandono. Consta de los siguientes aspectos:
 - a) Control de los síntomas del síndrome.
 - b) Afrontamiento de las situaciones de alto riesgo.
 - c) Prevención de recaídas. Este aspecto será más ampliamente desarrollado en el apartado correspondiente.
 5. Quinta sesión. Se realiza 3 semanas después del día de abandono. En ella se tienen en cuenta los siguientes aspectos:
 - a) Control del peso.
 - b) Prevención de recaídas.





6. Sexta sesión. Se realiza un mes después del día de abandono. En ella se analiza de forma positiva el abandono del tabaco. Para ello se presenta como una ganancia que el sujeto ha tenido más que como una pérdida de algo; además, se analizan los beneficios que el sujeto tiene por haber dejado de fumar.
7. Séptima sesión. Se realiza 3 meses después del día de abandono. En ella se previenen las recaídas y se controla la ganancia de peso.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Todas las recomendaciones sobre tratamiento farmacológico para dejar de fumar indican dos tipos de terapias: unas de primera elección, consideradas así porque tienen probada eficacia y producen escasos efectos adversos, y otras de segunda elección, por cuanto que su eficacia es más limitada y ocasionan más efectos adversos. Entre las primeras destacan varias formas de terapia sustitutiva con nicotina (chicles, parches, aerosol e inhalador bucal) y el bupropión. Entre las segundas se encuentran la clonidina y la nortriptilina. Con el objetivo de ser prácticos, en este documento comentaremos sólo los tratamientos de primera elección que se han comercializado en nuestro país.

• Terapia sustitutiva con nicotina

Se define como terapia sustitutiva con nicotina la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo, por una vía distinta al consumo del cigarrillo y en una cantidad suficiente para aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente para causar dependencia. Se han descrito varios tipos de terapia sustitutiva con nicotina: chicles, parches, aerosol, inhalador bucal, pastillas sublinguales y pastillas para chupar. Con todas ellas se obtienen unos valores medios de nicotemia que superan los 7 a 10 ng/ml. Esta cifra es considerada como la mínima necesaria para que se produzca una disminución de los síntomas del síndrome de abstinencia en el fumador que está dejando de serlo.

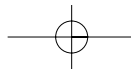
Se han realizado diferentes metaanálisis que demuestran claramente la eficacia de la terapia sustitutiva con nicotina como tratamiento para dejar de fumar. La OR para la abstinencia con los diferentes tipos de terapia sustitutiva con nicotina comparada con los controles ha sido de 1,73 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,62-1,85) en un metaanálisis, en tanto que en otro ha sido 1,71 (IC del 95 %, 1,60-1,82). Esta eficacia no sólo aparece cuando la terapia sustitutiva con nicotina es ofertada y controlada por un profesional sanitario en el contexto de un programa de deshabituación, sino que también se mantiene cuando es ofertada como consumo público (sin receta médica) sin proporcionar ningún tipo de apoyo psicológico.

A continuación exponemos las características más destacadas de cada uno de los tipos de terapia sustitutiva con nicotina presentes en el mercado español.

Chicle de nicotina

Se trata de una pieza de goma de mascar que contiene 2 o 4 mg de nicotina. En el chicle, la nicotina está unida a una resina de intercambio iónico. Mediante la masticación, la nicotina es liberada al interior de la cavidad bucal gracias a que la resina se combina con los iones sodio y potasio de la saliva, es absorbida a través de la mucosa geniana y alcanza la sangre, desde donde estimula los receptores nicotínicos del sistema dopaminérgico-mesolímbico del fumador.

Dos metaanálisis demuestran que la OR para la abstinencia con chicles de nicotina comparada con los controles ha sido de 1,66 (IC del 95 %, 1,62-1,85) en uno de ellos y en otro de 1,63 (IC del 95 %, 1,60-1,82). Estas cifras son independientes de la duración de la terapia, de la intensidad de la ayuda psicológica que el paciente reciba y del contexto en el que se ha realizado el programa de deshabituación.

**Tabla 3-6. Chicle de nicotina****VENTAJAS**

- El fumador obtiene alivio de los síntomas del síndrome de abstinencia a los 5-10 min de su utilización
- Se pueden conseguir porcentajes de sustitución del 30-60% de los valores de nicotina previos
- Es una forma fácil y rápida de obtención de nicotina por parte del fumador que lo está dejando
- Escasa capacidad de producir dependencia
- Su uso correcto alivia el *craving*
- Puede ser utilizado de forma puntual
- La correcta utilización de chicles de nicotina duplica las posibilidades de éxito de un intento de abandono
- Su uso es seguro (usarlo 5 años no aumenta el riesgo cardiovascular)

INCONVENIENTES

- Los fumadores deben ser instruidos sobre su empleo
- Su correcta utilización requiere un período de aprendizaje
- Su incorrecta utilización puede acarrear molestias que provoquen su abandono precipitado
- El consumo concomitante de ciertas sustancias, como el café, pueden reducir la absorción
- Los pacientes controlan la cantidad de chicle que toman y eso puede conducir a que utilicen menos piezas de las que realmente necesitan
- Efectos adversos más frecuentes: indigestión, náuseas, flatulencia, diarrea, dolor de boca o garganta y úlceras en boca. Suelen aparecer durante los primeros 15 días, después desaparecen

PROPUESTA DE USO

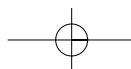
- En fumadores de 10 a 19 cigarrillos al día, puntuación en el test de Fagerström menor o igual a 3 y con valores de monóxido de carbono en el aire espirado menores a 15 ppm, se pueden utilizar de 8 a 10 chicles de 2 mg de nicotina al día, durante un período de 8 a 10 semanas, reduciéndose progresivamente la dosis a partir de la cuarta semana
- En fumadores de 20 a 30 cigarrillos al día, con 4 a 6 puntos en el test de Fagerström y con valores de monóxido de carbono entre 15 y 30 ppm se recomienda utilizar un chicle de 4 mg cada 90 min mientras el sujeto esté despierto, durante un período de 12 semanas; se recomendará reducir la dosis de forma progresiva a partir de la sexta semana
- En fumadores de más de 30 cigarrillos al día, con 7 o más puntos en el test de Fagerström y con más de 30 ppm de monóxido de carbono se recomienda utilizar un chicle de 4 mg cada 60 min mientras el sujeto esté despierto, durante 12 semanas, reduciéndose progresivamente la dosis a partir de la octava semana. Puede prolongarse su uso hasta 6-12 meses
- Debe evitarse su uso en caso de infarto agudo de miocardio reciente (menos de 4 semanas de evolución), angina inestable o arritmias cardíacas severas no controladas y en caso de problemas dentales, trastornos en la articulación temporomandibular y en presencia de inflamación orofaríngea

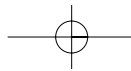
PRECIO

De 2,5 a 4,5 euros diarios

Hay pruebas suficientes para recomendar la utilización de chicles de 4 mg de nicotina en fumadores con alta dependencia física (7 puntos o más en el test de Fagerström) en comparación con los de 2 mg (OR = 2,67; IC del 95 %, 1,69-4,22).

El chicle de nicotina debe ser utilizado de forma correcta para conseguir su mayor eficacia. Es imprescindible que la pieza sea introducida en la boca y masticada lentamente hasta que el sujeto sienta un





fuerte sabor. En ese momento, la masticación debe detenerse y el chicle se mantendrá entre las encías hasta que el sabor haya desaparecido. La masticación descontrolada del chicle puede conducir a que la nicotina que porta en su interior se libere precipitadamente y no pueda ser absorbida a través de la mucosa orofaríngea y, con ello, no produzca el efecto deseado sino que, por el contrario, sea deglutida y pueda ocasionar molestias gástricas y, al ser metabolizada en el hígado, pierda sus propiedades terapéuticas. Es conveniente que antes de realizar la prescripción del chicle, el paciente lo pruebe delante del terapeuta para que éste pueda indicarle la forma correcta de uso.

Conviene insistir al fumador no sólo en el correcto uso del chicle, sino también en la necesidad de que se ajuste a la dosis recomendada. En general, se deben prescribir chicles de 2 mg de nicotina para los fumadores con baja o moderada dependencia (6 o menos puntos en el test de Fagerström) a dosis de una pieza cada 1 o 2 h mientras el sujeto esté despierto, y chicles de 4 mg de nicotina para los que tienen una dependencia más alta. La duración del tratamiento debe oscilar entre 8 y 12 semanas. Se recomienda la utilización de chicles durante 8 a 10 semanas en los fumadores menos dependientes, y en los de mayor grado de dependencia es aconsejable prolongar el tratamiento hasta 3 meses, si bien es cierto que, en éstos, la utilización de chicles puede llegar hasta los 6 a 12 meses. La dosis se irá reduciendo progresivamente a partir de las 4 a 8 semanas de tratamiento.

En la tabla 3-6 se muestra un resumen de las principales ventajas e inconvenientes de esta forma de terapia sustitutiva con nicotina. También se expone una propuesta para su utilización y el gasto aproximado que ello originaría.

Parche de nicotina

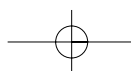
El parche es un dispositivo cargado de nicotina dispuesto para liberarla a través de la piel cuando es adherido a ella. Hay dos tipos de parches: unos que liberan nicotina durante 24 h y que deben ser utilizados durante todo el día y otros que la liberan durante 16 h y que deben ser utilizados mientras el sujeto está despierto.

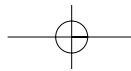
Dos metaanálisis demuestran que la OR para la abstinencia con parches de nicotina comparada con los controles ha sido de 1,76 (IC del 95 %, 1,62-1,85) en uno de ellos y de 1,73 (IC del 95 %, 1,60-1,82) en otro. Estas cifras son independientes de la intensidad de la ayuda psicológica que el paciente reciba y del contexto en el que se ha realizado el programa de deshabituación. Además, se ha demostrado que 8 semanas de tratamiento con parche son tan eficaces como tratamientos más prolongados, y no hay evidencia suficiente para recomendar la disminución progresiva de la dosis frente al cese brusco. Los parches de 24 h son tan eficaces como los de 16 h.

El parche debe ser colocado en una zona limpia de la piel, sin vello, en las extremidades superiores o en el tronco. El parche se colocará todos los días en el momento de levantarse y se retirará ese mismo día al acostarse, si el parche fuera de 16 h, o al día siguiente al levantarse, si fuera de 24 h de liberación. Es recomendable cambiar todos los días el sitio de colocación del parche para evitar la aparición de eritema y exantema pruriginoso.

Conviene seguir las recomendaciones de uso recogidas en las normativas de distintas sociedades científicas y las especificadas por los diferentes metaanálisis. Entre ellas destacan las siguientes:

1. Los parches de nicotina deben ser utilizados en fumadores con una leve-moderada dependencia física de la nicotina. En fumadores con una dependencia severa (7 puntos o más en el test de Fagerström), utilizados por sí solos no han demostrado incrementar el porcentaje de éxitos.
2. Los parches de nicotina deben ser utilizados durante un período no inferior a 6-8 semanas y no superior a 12 semanas. La suspensión precoz del parche de nicotina, antes de la 6-8 semanas,





facilita la recaída. La prolongación de un tratamiento con parches de nicotina más allá de 8 semanas no incrementa las posibilidades de éxito.

3. Los parches deben ser utilizados a dosis altas durante las primeras 6-8 semanas. En el caso de los parches de 16 h, la dosis alta recomendada es la de 25 mg/día; ésta se consigue con la utilización conjunta de un parche de 15 mg más otro de 10 mg. Para el parche de nicotina de 24 h, la dosis alta es la de 21 mg/día, y se consigue con la utilización de un parche de 30 cm² de superficie.

En la tabla 3-7 se exponen las principales ventajas e inconvenientes de este tipo de terapia sustitutiva con nicotina.

Pastillas de nicotina para chupar

Se trata de unas pastillas que contienen 1 mg de nicotina. Su mecanismo de absorción y su farmacocinética son similares a los del chicle de 2 mg de nicotina. La eficacia de esta forma de terapia sustitutiva con nicotina ha sido comprobada en un estudio doble ciego y controlado con placebo, y se ha detectado que los fumadores que utilizaron pastillas con nicotina tenían el doble de posibilidades de dejar de fumar que los que utilizaron placebo.

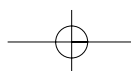
La dosis recomendada es de 1 a 2 pastillas cada hora mientras el sujeto esté despierto durante 6 a 8 semanas y reducirla progresivamente hasta cumplir 12 semanas de tratamiento. La principal ventaja de esta forma de terapia sustitutiva con nicotina es su fácil utilización y la escasez de efectos adversos.

Bupropión

Se trata de la primera medicación no nicotínica que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del tabaquismo. El bupropión es un polvo blanco amargo que se expende en forma de comprimidos de liberación sostenida que contienen 150 mg de sustancia activa.

No se conoce con exactitud cuál es el mecanismo de acción de este fármaco, aunque se sabe que actúa en el núcleo accumbens inhibiendo la recaptación neuronal de dopamina; este efecto explicaría la reducción del *craving* que experimentan los fumadores cuando lo utilizan. También inhibe la recaptación neuronal de noradrenalina en el núcleo ceruleus, consiguiendo con ello una reducción significativa de la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina. En recientes estudios *in vitro* se ha detectado que el bupropión es un inhibidor funcional no competitivo de los receptores nicotínicos de acetilcolina. Esta actividad antinicotínica puede contribuir a su eficacia en el tratamiento de la dependencia nicotínica.

En un reciente metaanálisis se ha demostrado que el bupropión a dosis de 300 mg/día durante un período de 7 semanas se asocia con un incremento significativo de la abstinencia continua a las 7 semanas de tratamiento (OR = 2,71; IC del 95 %, 1,88-4,07) y a los 12 meses de seguimiento (OR = 2,10; IC del 95 %, 1,62-2,73). Además, se ha observado que la eficacia de esta medicación está relacionada con la dosis, su concentración plasmática media y la concentración sanguínea de sus metabolitos. Los fumadores que utilizan bupropión a dosis de 100, 150 o 300 mg/día tienen 1,42, 1,69 y 2,84 veces, respectivamente, más probabilidades de dejar de fumar que los que reciben placebo. Es más, se ha encontrado que la probabilidad de dejar de fumar se incrementa 1,01 veces por cada incremento de 1 µg/l en la concentración sanguínea de los metabolitos de bupropión. Finalmente, el National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha realizado un metaanálisis con 10 ensayos clínicos aleatorizados en los que se incluye a más de 3.800 fumadores y ha demostrado que la OR para el éxito en la abstinencia al comparar bupropión con placebo es de 2,16 (IC del 95 %, 1,51-3,10). Es decir, el 19 % de los fumadores que recibieron bupropión permaneció completamente abstinentes al cabo de un año de seguimiento, frente a sólo el 9 % de los que recibieron placebo.



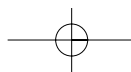


Tabla 3-7. Parches de nicotina

VENTAJAS

- Facilidad de cumplimiento del tratamiento (1 parche/día)
- Sobredosificación rara
- Pico máximo de nicotina en plasma sobre las 4-8 h (no adictivo)
- Es 2,5 veces superior al placebo para abstinencia a 6 meses
- Es efectivo para algunos pacientes incluso sin consejo médico (especialidad sin receta, de venta libre en farmacias). Aumenta la posibilidad de abstinencia si se acompañan de asesoramiento
- Fácil prescripción y escasez de efectos adversos

INCONVENIENTES

- Reduce los síntomas del síndrome de abstinencia, pero en grandes fumadores no es completamente satisfactorio por no sentir los rápidos efectos estimulantes en el sistema nervioso central que les proporciona fumar. No es eficaz para controlar el *craving*
- El fumador no controla la dosis de nicotina (también se evita el posible abuso)
- No se alcanza la concentración de equilibrio en el plasma hasta 2-3 días después de aplicar los parches
- Efectos secundarios más frecuentes: picor, eritema y quemazón en la zona del parche en el 35 % de los pacientes (un 10 % de ellos deja el tratamiento), cefaleas (4 %), náuseas (4 %), insomnio (12 %), sueños anormales (5 %), vértigo (4 %) y menos frecuentemente dispepsia, parestesias, tos, palpitaciones y sudación

PROPUESTA DE USO

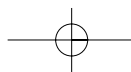
- En los fumadores de menos de 5 paquetes-año que consumen su primer cigarrillo después de 30 min de levantarse y con menos de 15 ppm de CO en su aire espirado es recomendable la utilización de parches de nicotina de 24 h, a dosis de 21 mg/día durante 6 semanas, después de 14 mg/día durante 2 semanas y después de 7 mg/día durante una semana. También parches de nicotina de 16 h a dosis de 15 mg/día durante 6 semanas, después de 10 mg/día durante 2 semanas y después de 5 mg/día durante una semana. En fumadores de más de 5 paquetes-año que consumen su primer cigarrillo en los primeros 30 min después de levantarse y que tienen más de 15 ppm de CO en su aire espirado se recomienda la utilización de parches de nicotina de 24 h, a dosis de 21 mg/día durante 6-8 semanas, después de 14 mg/día durante 2 semanas y después de 7 mg/día durante 1 semana. También, parches de nicotina de 16 h, a dosis de 25 mg/día durante 6-8 semanas, después de 15 mg/día durante 2 semanas y después de 10 mg/día durante dos semanas
- Tratar las reacciones locales con cremas de corticoides tópicos y rotar el lugar de colocación del parche
- Evitar su uso en caso de úlcera péptica, eccema o dermatitis atópica, hipertensión arterial no controlada, infarto agudo de miocardio reciente (menos de 8 semanas) o angina inestable, y en el hipertiroidismo

PRECIO

Un parche al día de 2,7 a 3,9 euros

Bupropión debe ser utilizado durante un período de 7 a 9 semanas a dosis de 300 mg/día, en dos tomas de 150 mg cada una. El tratamiento se iniciará de 7 a 15 días antes de abandonar definitivamente el consumo del tabaco. Durante la primera semana, el sujeto consumirá sólo un comprimido de 150 mg cada día, y después de este período se incrementará la dosis a 2 comprimidos de 150 mg. Conviene tomar un comprimido a primera hora de la mañana en el momento de levantarse y el segundo 8 h después. En ocasiones se puede prolongar el tratamiento hasta cumplir 12 semanas.

En la tabla 3-8 se muestran las principales ventajas e inconvenientes de esta medicación, así como una propuesta para su utilización.



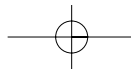


Tabla 3-8. Bupropión

VENTAJAS

- Primera medicación no nicotínica eficaz para tratar la dependencia nicotínica
- Formulación galénica en comprimidos
- Es eficaz tanto en los fumadores con baja-moderada dependencia como en los de alta dependencia
- Muy indicado en el tratamiento de fumadores con antecedentes de depresión y alcoholismo
- Es eficaz, aunque menos, a dosis de 150 mg diarios
- Bien tolerado en pacientes con enfermedad cardiovascular y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

INCONVENIENTES

- Tiene interacciones con los IMAO, antidepresivos tricíclicos, ISRS, haloperidol y algunos antiarrítmicos (propafenona y flecaimida)
- Efectos adversos: insomnio (30-35 %), sequedad de boca (10-13 %), cefaleas (5-7 %), ansiedad (6-9 %) y náuseas (4-10 %)
- Escaso riesgo (menos de 0,1% en los ensayos clínicos) de complicaciones serias: convulsiones y reacciones de hipersensibilidad

PROPUESTA DE USO

- En fumadores con baja-moderada dependencia, 150 mg 2 veces al día durante 7-9 semanas. En fumadores con dependencia alta 150 mg 2 veces al día durante 9 a 12 semanas
- En ancianos (más de 65 años) y en pacientes con insuficiencia hepática grave conviene reducir la dosis a 150 mg diarios o en días alternos
- En caso de aparición de efectos adversos, recordar que el insomnio y la sequedad de boca son dependientes de la dosis
- Evitar su uso en caso de antecedentes convulsivos, tumor del sistema nervioso central, situaciones clínicas o toma de medicaciones que disminuyan el umbral convulsivante, bulimia, anorexia nerviosa, trastorno psiquiátrico bipolar y alergia conocida a esta medicación

PRECIO

De 3 a 4 euros al día

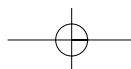
IMAO, inhibidores de la monoaminoxidasa; ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

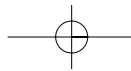
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Durante el proceso de abandono del consumo del tabaco con frecuencia aparecen recaídas, esto es, consumos puntuales de tabaco que deben ser adecuadamente tratados con el fin de impedir que se conviertan en auténticos fracasos. Por ello, el diagnóstico precoz, la prevención y el tratamiento de las recaídas son parte fundamental del tratamiento del tabaquismo.

La *Society for Research on Nicotine and Tobacco* (SRNT) ha establecido una normativa para valorar la eficacia de los diferentes tipos de tratamiento para dejar de fumar. Se han definido cuatro tipos de situaciones: abstinencia completa, abstinencia prolongada, abstinencia puntual y fracaso. Las definiciones son las siguientes:

1. *Abstinencia completa*. Se corresponde con el abandono total del consumo de tabaco desde el día elegido previamente.
2. *Abstinencia prolongada*. Este tipo de abstinencia permite algún consumo puntual entre el día de abandono y 15 días después. No obstante, a partir del día 15 no puede haber ningún tipo de consumo.





3. *Abstinencia puntual*. En ella se permite algún tipo de consumo puntual y no diario de tabaco desde la fecha de la última revisión.
4. *Fracaso*. Cuando el fumador continúa fumando de forma diaria y continua a pesar de llevar 4 semanas o más en tratamiento.

Más de un 70 % de los fumadores que están dejando de serlo presenta recaídas. La mejor forma de evitar que estas recaídas se conviertan en fracasos es diagnosticarlas y tratarlas adecuadamente. Existen varias causas de recaídas y su conocimiento nos ayudará en el manejo diagnóstico y terapéutico del fumador que está dejando de fumar. Entre ellas se han descrito los síntomas del síndrome de abstinencia, la ganancia de peso, la depresión, la disminución de la motivación, el exceso de confianza y la falta de ayuda en el proceso de abandono. A continuación las explicamos brevemente y terminamos esbozando un protocolo para su diagnóstico y tratamiento que puede ser aplicado en la práctica clínica.

- **Falta de ayuda en el proceso de abandono**

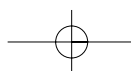
Existe la falsa creencia de que la mayoría de los fumadores puede dejar de fumar por sí sola. En realidad, cuando un fumador realiza un serio intento de abandono del consumo del tabaco que no se acompaña del tratamiento adecuado sus posibilidades de éxito no suelen superar el 5 %; por el contrario, cuando ese mismo intento lo realiza acompañado de la adecuada ayuda médica, sus posibilidades de éxito se triplican. Es muy conveniente que el fumador que está realizando un serio intento de abandono del tabaco acuda a su médico, quien aplicará los protocolos diagnósticos y terapéuticos que correspondan y, de esta forma, le ayudará a dejar de fumar de la manera más adecuada. No olvidemos que el tabaquismo es la primera causa de muerte en nuestro país y que todos los esfuerzos que los profesionales sanitarios hagan para ayudar a los fumadores a dejar de serlo se convertirán en una de sus acciones no sólo más eficaces, sino también con una mejor relación coste/eficacia.

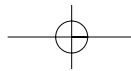
- **Exceso de confianza**

Entre la tercera y la cuarta semana de abandono del consumo del tabaco, y sobre todo en fumadores que lo han abandonado y se han mantenido en abstinencia completa desde el primer momento, puede aparecer un cuadro de exceso de autoconfianza e incluso de autoeficacia en la capacidad para abandonar el consumo del tabaco. Esta situación puede llevar a que el ex fumador se atreva a tener pequeños consumos de tabaco con la falsa creencia de que será capaz de controlarlos. Es imprescindible que el médico vigile la aparición de este tipo de cuadro. En los fumadores que demostraron una elevada autoeficacia y en quienes las primeras semanas de abandono no resultan demasiado difíciles puede aparecer este exceso de autoconfianza que lleve a la recaída y al posterior fracaso. El apoyo psicológico adecuado y la clarificación de las posibilidades reales al paciente ayudarán a combatir esta causa de recaída.

- **Disminución de la motivación para dejar de fumar**

Entre la sexta y la octava semanas de abandono del consumo del tabaco, en algunos fumadores puede aparecer un cuadro compatible con disminución de la motivación para dejar de fumar. Cuando un fumador inicia un proceso de abandono del tabaco, su motivación se encuentra en los niveles más altos. Es en ese momento cuando más claras tiene todas sus razones para dejar de fumar y cuando en su conciencia pesan más las razones a favor del abandono que en contra. Al cabo de varias semanas sin fumar, y en muchas ocasiones después de haber presentado intensos síntomas del síndrome de abstinencia, el fumador puede tener la falsa sensación de que no progresa adecuadamente en el abandono definitivo





del tabaco y le pueden aparecer ideas relacionadas con «más vale seguir consumiendo tabaco que padecer constantemente los síntomas del síndrome de abstinencia». Es imprescindible que esta situación sea detectada por el médico, quien explicará al paciente la evolución de los síntomas del síndrome, le animará a continuar con el tratamiento y, sobre todo, le recomendará volver a pensar en las razones que tenía para dejar de fumar. La relectura de la lista de motivos para dejar de fumar que el sujeto confeccionó en su fase de preparación es de gran ayuda.

- **Depresión**

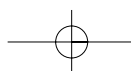
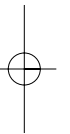
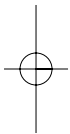
Aproximadamente un 25-50 % de los fumadores que están dejando de fumar presenta un cuadro depresivo durante el proceso de abandono. Este cuadro depresivo puede tener diferentes grados: desde una simple sensación de tristeza por la pérdida de algo importante en su vida hasta un cuadro mucho más intenso. En los fumadores que tienen antecedentes depresivos y en las mujeres, la aparición de este tipo de cuadros es más frecuente. Hay razones fisiológicas que lo explican. La falta de liberación de dopamina debido a la falta de estimulación de la nicotina es una de ellas. El médico debe vigilar la aparición de síntomas precoces, como pueden ser la sensación de desánimo en el paciente o la aparición de llanto incontenible; otras veces, los sujetos comentan que echan de menos consumir tabaco en muchas situaciones de su vida que ahora disfrutan menos por esa falta de consumo. La utilización del test de Beck puede ayudar en el diagnóstico de esta patología. El apoyo psicológico debe ir encaminado a hacer entender al paciente que el abandono del consumo del tabaco no ha sido una pérdida sino, antes al contrario, una enorme ganancia. Para ello, es recomendable que se analicen detenidamente todos los beneficios que el sujeto ha obtenido como consecuencia del abandono y que se deje patente que se están cumpliendo todas las motivaciones que tenía para dejar de fumar. En aquellos casos en los que el cuadro sea más grave se recomienda la utilización de antidepresivos.

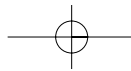
- **Ganancia de peso**

En casi el 95 % de los fumadores que abandonan el consumo de tabaco se produce un incremento de peso que, como término medio, oscila entre 2 y 5 kg durante los 3 a 6 meses del abandono. Para controlar al máximo dicha ganancia y procurar que no sea demasiado intensa es imprescindible la realización de ejercicio físico (de forma más intensa y prolongada que normalmente) y la disminución de la ingesta calórica en aproximadamente 700 a 1.000 kcal/día. El control del peso en cada una de las visitas de seguimiento, así como el consejo dietético y la recomendación de ejercicio físico son las mejores formas de combatir la ganancia de peso que se asocia al abandono del consumo del tabaco. No obstante, los chicles de 4 mg de nicotina y el bupropión han sido eficaces para ayudar a controlar el peso mientras son utilizados.

- **Síndrome de abstinencia**

La presencia de los síntomas del síndrome de abstinencia es la principal causa de recaída. Aproximadamente el 85 % de los fumadores que presentan recaídas en su proceso de abandono lo hacen porque padecen síntomas del síndrome de abstinencia. El *craving* es el principal síntoma del síndrome y el que conduce a la recaída con mayor frecuencia; suele ser muy intenso en las primeras 4 semanas y después disminuye progresivamente, hasta que al final de la semana 12 suele desaparecer. No obstante, en alguna ocasión, la presencia de este síntoma se puede prolongar hasta 6 meses, aunque no de forma tan frecuente e intensa como en las primeras semanas. Otros síntomas del síndrome, como la ansiedad, la irritabilidad y el nerviosismo, suelen mantenerse durante las primeras 8 a 10 semanas y desaparecen después de la duodécima semana. La utilización de tratamiento farmacológico es la mejor forma



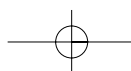
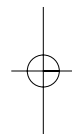
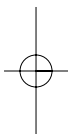


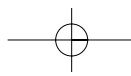
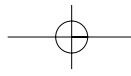
de combatir el síndrome de abstinencia. Para un mejor control de éste es muy recomendable seguir las pautas que hemos expuesto en el apartado sobre tratamiento farmacológico (pág. 41).

- **Protocolo para el diagnóstico precoz y el tratamiento de las recaídas**

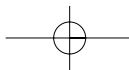
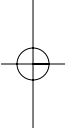
En una unidad especializada en tabaquismo, ante todo sujeto que está en proceso de abandono de consumo de tabaco se deben controlar los siguientes aspectos:

1. Síntomas del síndrome de abstinencia. La falta de control obligará a realizar lo expuesto en el protocolo reseñado en el apartado sobre tratamiento farmacológico (pág. 41).
2. Control del peso y del índice de masa corporal. La aparición de un incremento ponderal más intenso que el esperado obligará al establecimiento de un estricto control dietético, la recomendación de realizar ejercicio físico y el replanteamiento del tratamiento farmacológico.
3. Depresión. La aparición de síntomas como llanto fácil e incontinente, sensación de tristeza o cambios en la puntuación del test de Beck podrán indicar depresión. El apoyo psicológico es prioritario; si el cuadro no se controla en 2 o 3 semanas se debe plantear la utilización de antidepresivos.
4. Cambios en la motivación. El mantenimiento de algunos de los síntomas del síndrome de abstinencia, sobre todo el *craving*, a pesar de un correcto tratamiento en pacientes que muestran algún tipo de cambio en su actitud de seguir sin fumar nos debe hacer pensar en una disminución de la motivación. El apoyo psicológico adecuado, así como la explicación de la evolución de su sintomatología, serán una correcta aproximación terapéutica a esa situación.
5. Exceso de autoconfianza. Los fumadores que obtuvieron una puntuación alta en los tests de autoeficacia o en quienes las primeras semanas de abandono transcurrieron demasiado fácilmente tienen un alto riesgo de presentar este tipo de problema. Las recomendaciones de prudencia y el control estricto de la evolución del paciente serán la mejor forma de combatir esta causa de recaída.





Bibliografía



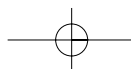
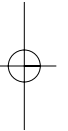
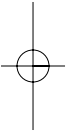
- Akehurst RL, Bernett D, Berry C, Bird S, Buxton M, Claxton K y cols. Guidance on the use of nicotine replacement therapy and bupropion for smoking cessation. National Institute for clinical excellence. Marzo 2002. Disponible en: www.nice.org.uk
- Aveyard P, Griffin C, Lawrence T, Cheng KK. A controlled trial of an expert system and self help manual interventions based on the stages of change versus standard help materials in smoking cessation. *Addiction* 2003; 98: 345-354.
- Barnum HN. La política del Banco Mundial sobre el tabaco. París: IX Conferencia Mundial sobre el Tabaco en la salud, 1994.
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ergon, 2003.
- Bock BC, Marcus BH, King TK, Borrelli B, Roberts MR. Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation. *Addict Behav* 1999; 24: 399-410.
- Borland R, Balmford J, Hunt D. The effectiveness of personally tailored computer generated advice letters for smoking cessation. *Addiction* 2004; 99: 369-377.
- Borland R, Segan CJ, Livingston PM, Owen N. The effectiveness of callback counselling for smoking cessation: a randomised trial. *Addiction* 2001; 96: 881-889.
- Casas R, Martín C, Inglada M, Roig L, Moreno C. Abordaje del tabaquismo entre los trabajadores de un distrito sanitario. *Aten Primaria* 2002; 29: 218-222.
- Córdoba R, Nerín I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en Atención Primaria? *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 541-549.
- Durcan MJ, Deener G, White J, Johnston A, Gonzales D, Niaura R y cols. The effect of bupropion SR on cigarette craving after smoking cessation. *Clin Ther* 2002; 24: 540-551.
- Ellerbeck EF, Ahluwalia JS, Jolicoeur DG, Gladden J, Mosier MC. Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. *J Fam Pract* 2001; 50: 688-693.
- Encuestas Nacionales de Salud de España 1997 y 2001. Subdirección General de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997 y 2001.
- Fernández ML, Sánchez M. Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit* 2003; 17: 5-10.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER y cols. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

- Fiore MC, Jorembly DE, Schensky AE, Smith SS, Bauer RR, Baker TB. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in the patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 209-213.
- González J, Salvador T, López A, Antón E, Musín A, Fernández E, García M, Schiaffino A, Pérez I. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit* 2002; 16: 308-317.
- Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3): CD000546.
- Hughes J, Higgins S, Hatsukami. Effects of abstinence from tobacco, a critical review. En: Kozlowiski y cols. (eds.). *Research advances in alcohol and drug problems*. New York: Plenum Press, 1990; 317-398.
- Jarvis M, Powell S, Marsh H. A meta-analysis of clinical studies confirms the effectiveness of bupropion SR in smoking cessation. 7th Annual Conference of the Society for Research of Nicotine and Tobacco. Seattle, Washington, 2001.
- Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abéngozar R, Torrecilla M, Quintas AM y cols. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3: 78-85.
- Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL y cols. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 35-41.
- Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. ¿Hacemos bien el test de Fagerström? *Prev Tab* 2003; 5: 161-162.
- Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. *Tratado de tabaquismo*. Madrid: Aula Médica, 2004.
- Jiménez Ruiz CA, Granda S, Solano S, Carrion F, Romero F, Barrueco M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 409-418.
- Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S. *Monografías NEUMOMADRID*. Vol. VII. Tabaquismo. Madrid: Ergon, 2004.
- Jiménez Ruiz CA, Solano S, Barrueco M, De Granda JL, Lorza JJ, Alonso S, Flórez S, Sobradillo V. Recomendaciones para la organización y el funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 382-387.
- Johnston JA, Fiedler-Kelly J, Glover ED, Pickman DE. Relationship between drug exposure and the efficacy and safety of bupropion SR for smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2001; 23: 744-752.
- Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4): CD000165.

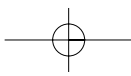
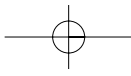
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Library, N.º 1. Oxford: Update software, 2002.
- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Library N.º 1. Oxford: Update software, 2002.
- Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, Ossip-klein DJ, Boles SM. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Educ Res* 1996; 11: 243-257.
- López AD, Collishow HD, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-247.
- Macleod ZR, Charles MA, Arnaldi VC, Adams IM. Telephone counselling as an adjunct to nicotine patches in smoking cessation: a randomised controlled trial. *Med J Aust* 2003; 179: 349-352.
- McAuley E, Mihalko SL, Bane SM. Exercise and self-esteem in middle-aged adults: multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *J Behav Med* 1997; 20: 67-83.
- McBride PE, Plane MB, Underbakke G, Brown RL, Solberg LI. Smoking screening and management in primary care practise. *Arch Fam Med* 1997; 6: 165-172.
- Nerín I. Los médicos y el tabaco: un problema sin resolver. *Prev Tab* 2002; 4: 62-64.
- Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath Jr C. Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 441-473.
- Prochazka J, Di Clemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
- Quist-Paulsen P, Gallefos F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003; 327: 1254-1257.
- Rice V, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 1: CD001188.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Library, N.º 3. Oxford: Update software, 2001.
- Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Library, N.º 2. Oxford: Update software, 2000.
- Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2003; 9(7). Disponible en: www.comadrid.es/sanidad/salud7vigilancia/boletín/anteriores.htm



- Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003; 9(10). Disponible en: www.comadrid.es/sanidad/salud7vigilancia/boletín/anteriores.htm
- Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA. Manual de Tabaquismo SEPAR, 2.^a ed. Barcelona: Masson, 2002.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2002; CD001007.
- Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2003; CD002850.
- Steptoe A, Edwards S, Moses J, Mathews A. The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. J Psychosom Res 1989; 33: 537-547.
- Ussher M, Nunciata P, Cropley M, West R. Effect of a short bout of exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke. Psychopharmacology (Berl) 2001; 158: 66-72.
- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.
- World Health Organization. European Partnership project. First European guideline in the treatment of tobacco dependence. Geneva: WHO, 1999.



Índice alfabético de materias



A

Abandono tabaco, fases, 15, 19
 – – intento fallido, 16
 – – motivación, 16
 Abstinencia, síndrome, **35**, 48
 Asesoramiento, 9
 – telefónico, 10
 Autoayuda, 9

B

Bibliografía tabaquismo, 53
 Bupropión, 11, 44, **46**

C

Chicle nicotina, 41, **42**
 Clonidina, 11
 Consejo sanitario, 9
 Consumo tabaco, cantidad 15
 – – fase abandono. V. Abandono tabaco
 – – prevalencia, **4**
 Contemplación, fase, 20
 Cooximetría, 17
Counseling, 9
Craving, 48
 Cuestionarios tabaquismo, 27

D

Datos fumador, conjunto mínimo, 15
 Dependencia física nicotina, 20
 – tabaquismo, 3
 Depresión, 48
 Diagnóstico recaídas, protocolo, 49
 – tabaquismo, 18
 – – cuestionarios, 27
 – – unidades especializadas, 25, 33
 Drogas, consumo, índice continuidad, **3**

E

Epidemia tabaquismo, 3
 – – fases, 4
 España, tabaquismo, 5

F

Fumador, conjunto mínimo datos, 15

G

Guías práctica clínica, 9

H

Historia tabaquismo, 25, **26**

I

Índice continuidad consumo drogas, **3**
 – sustitución nicotina, 36

M

Madrid, tabaquismo, 6
 Material autoayuda, 9
 Monóxido carbono, medida, 16
 Mortalidad tabaquismo, 5

N

Nicotina, chicle, 41, **42**
 – dependencia física, 20
 – determinación líquidos corporales, 32
 – índice sustitución, 36
 – parche, 43, **45**
 – pastillas chupar, 44
 – terapia sustitutiva, 36, 41
 – ubicuidad, 3
 Nortriptilina, 11

P

Parche nicotina, 43, **45**
 Pastillas chupar nicotina, 44
 Peso, ganancia, 48
 Preparación, fase, 21
 Prevalencia consumo tabaco, **4, 6**
 Prevención recaídas, protocolo, 49

R

Recaídas, prevención, 46
 – protocolo diagnóstico, prevención, 49

Las páginas en **negrita** corresponden a tablas o figuras.

S

Seguimiento tabaquismo, **34**
 Síndrome abstinencia, **35**, 48

T

Tabaco, consumo. *V.* Consumo tabaco; *V también* Abandono tabaco
 Tabaquismo, American Psychiatric Association, 3
 – bibliografía, 53
 – criterios derivación unidades especializadas, 22
 – dependencia, 3
 – diagnóstico, 18
 – – unidades especializadas, 33
 – enfermedad, 3
 – – prematura, 4
 – epidemia. *V.* Epidemia tabaquismo
 – España, 5
 – historia, 25
 – intervenciones, 9, **11**
 – Madrid, 6
 – mortalidad, 4
 – OMS, 3
 – pasivo, 5
 – pobreza, 5
 – prevalencia, **6**

Tabaquismo, prevención recaídas, 46
 – puntos clave, **12**
 – salud pública, 5
 – seguimiento, **34**
 – trastorno comportamiento, 3
 – tratamiento. *V. también* Tratamiento tabaquismo
 – – farmacológico, 10, 37, 41
 – – psicológico, 10, 38
 Terapia sustitutiva nicotina, 10, 36, 41
 Test Fagerström, **27**
 – recompensa, 28
 – Richmond, **16**
 – Unidad Instituto Salud Pública Madrid, 29, **30**
 Trastorno comportamiento, tabaquismo, 3
 Tratamiento farmacológico tabaquismo, 10, 41
 – psicológico grupal, 39
 – – individualizado, 39
 – – tabaquismo, 10, 38
 – tabaquismo, 20
 – – fase contemplación, 20
 – – – preparación, 21

U

Unidades especializadas tabaquismo, 25
 – – – criterios derivación, 22

