

● ● **Manual** **Separ de**
Procedimientos

Manejo diagnóstico
y tratamiento del
tabaquismo en la
práctica clínica diaria

Coordinadores:
Eva Belén de Higes Martínez
Lidia Perera López

Manual **Separ** de Procedimientos

32 Manejo diagnóstico
y tratamiento del
tabaquismo en la
práctica clínica diaria



Sociedad Española
de **Neumología**
y **Cirugía Torácica**
SEPAR

Manual SEPAR de Procedimientos

Coordinación:

Eva Belén de Higes Martínez
Lidia Perera López

Participantes:

Mari Carmen Bermejo Navas
Francisco Javier Callejas González
Javier Cruz Ruiz
Marta Dablanca Pallares
Eloísa Espí Cavalcanti
Marta Genovés Crespo
Eva Belén de Higes Martínez
Adriana Lama López
José Javier Lorza Blasco

Alberto Javier Nistal Rodríguez
Meritxell Peiró Fàbregas
Lidia Perera López
Carlos Rábade Castedo
Ángela Ramos Pinedo
Segismundo Solano Reina
Ana Isabel Tornero Molina
Paz Vaquero Lozano

ISBN Obra completa: 84-7989-152-1
ISBN Módulo 32: 978-84-944106-4-2
Dep. Legal: B 17383-2015

© Copyright 2015. SEPAR



Editado y coordinado por RESPIRA-FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL PULMÓN-SEPAR
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del *copyright*.

Índice

Introducción	7
Segismundo Solano Reina	
Aproximación diagnóstica al fumador	9
Carlos Rábade Castedo	
Adriana Lama López	
Marta Dablanca Pallares	
Tratamiento integral del tabaquismo	30
Eva Belén de Higes Martínez	
Ángela Ramos Pinedo	
Alberto Javier Nistal Rodríguez	
Intervención de enfermería en el paciente fumador	44
Lidia Perera López	
Meritxell Peiró Fàbregas	
Paz Vaquero Lozano	
El tabaquismo en el paciente con EPOC	56
José Javier Lorza Blasco	
Mari Carmen Bermejo Navas	
Eloísa Espí Cavalcanti	
Abordaje del tabaquismo en situaciones especiales	75
Francisco Javier Callejas González	
Marta Genovés Crespo	
Javier Cruz Ruiz	
Ana Isabel Tornero Molina	
Preguntas de evaluación	91

ABREVIATURAS

ACV: Accidente cerebrovascular

AVACs: Años de vida ganados ajustados por calidad

BZD: Benzodiazepinas

CAHT: Contaminación ambiental por humo de tabaco

CIE: Consejo Internacional de Enfermería

CO: Monóxido de carbono

CV: Cardiovascular

ECG: Electrocardiograma

Ej.: Ejemplo

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FEV₁: Volumen espiratorio forzado en primer segundo

FTND: Fagerström Test for Nicotine Dependence

GesEPOC: Guía española de la EPOC

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

Hb: Hemoglobina

HbCO: Carboxihemoglobina

HONC: Hooked on Nicotine Checklist Cigarette

HSI: Heavy Smoking Index

HTA: Hipertensión

IAM: Infarto agudo de miocardio

IC: Insuficiencia cardiaca

IMAOs: Inhibidores de la monoaminoxidasa

IMC: Índice de masa corporal

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

MNWS: Minnesota Nicotine Withdrawal Scale

NDSS: Nicotine Dependence Syndrome Scale

ORL: Otorrinolaringólogo

PA: paquetes/año

ppm : Partes por millón

RFQ: Fagerström Reinforcement Question

RHD: Reducción hasta dejarlo

SEPAR: Sociedad española de Neumología y Cirugía Torácica

SNC: Sistema nervioso central

SpO₂: Saturación parcial de oxígeno

TSN: Terapia sustitutiva con nicotina

UISPM: Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid

INTRODUCCIÓN

Dr. Segismundo Solano Reina
Coordinador Área de Tabaquismo de SEPAR

El tabaquismo está considerado actualmente como una enfermedad crónica de carácter adictivo y recidivante. El consumo de tabaco es la causa principal de mortalidad más prevenible en el mundo occidental y causa la muerte prematura de hasta la mitad de quienes lo consumen, fundamentalmente por enfermedades del aparato respiratorio, cardiovasculares y diversas neoplasias.

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2012, el 24% de la población de más de 15 años afirma que fuma a diario (28% en los hombres y 20% en las mujeres). En cuanto a la mortalidad, el tabaquismo continúa produciendo estragos en la población española con más de 53.000 muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco que sin duda obedecen, en gran medida, a las aún cifras elevadas de prevalencia del consumo.

Con frecuencia, y de forma errónea, se considera que el tabaquismo es una opción exclusivamente personal. Contradice esta percepción el hecho de que la mayoría de los fumadores desea abandonar el consumo de tabaco cuando adque-

re plena conciencia de los efectos nocivos del tabaco en la salud, aunque ya les resulte difícil dejarlo debido al gran poder adictivo de la nicotina. Afortunadamente disponemos de las herramientas útiles y necesarias para conseguir la abstinencia.

Desde el Área de Tabaquismo se vienen fomentando diversas acciones encaminadas a concienciar a la población para disminuir el inicio de consumo de tabaco, ayudar a los fumadores activos a abandonar el tabaco y a informar y proteger a los no fumadores de la contaminación ambiental del humo del tabaco (CAHT). Entre sus principales objetivos, destaca incrementar la sensibilización y concienciación entre los miembros de nuestra sociedad científica (SEPAR), mediante la docencia y la investigación, promoviendo las intervenciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo a efectos de homogeneizar y optimizar la asistencia del fumador en la práctica clínica diaria.

En este Manual SEPAR de Procedimientos sobre Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria, se aborda el diagnóstico clínico del fumador, el tratamiento global, el importante rol que juega el personal de enfermería en el control de esa epidemia, el manejo del tabaquismo en el paciente EPOC, y la aproximación al tabaquismo en los grupos de difícil manejo, donde se profundiza en las intervenciones y en las características singulares y especiales de estos subgrupos de fumadores. Este Manual incluye los instrumentos, métodos y técnicas de actuación, así como la programación y el aprovechamiento de los recursos humanos, a fin de mejorar la ayuda al fumador que cada profesional pueda ejercer desde su ámbito asistencial correspondiente.

Como coordinador del Área, quiero expresar mi agradecimiento por el esfuerzo y el excelente trabajo realizado a las coordinadoras de este Manual, y a todos los autores y autoras que han participado en su elaboración, así como manifestar mi deseo y esperanza que sea de utilidad a todos aquellos profesionales sensibilizados en el tabaquismo, para frenar y neutralizar esta perniciosa epidemia de la sociedad.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA AL FUMADOR

Dr. Carlos Rábade Castedo

Dra. Adriana Lama López

Servicio de Neumología

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

DUE Marta Dablanca Pallares

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

La realización de un adecuado diagnóstico del tabaquismo influye en la actitud terapéutica y pronóstico del fumador. El propósito de este capítulo es definir una serie de apartados necesarios para el diagnóstico del tabaquismo en cada uno de los niveles de abordaje: Atención Primaria, Consulta de Tabaquismo en Atención Especializada y Unidad Multidisciplinar Especializada de Tabaquismo¹⁻³. Estos apartados son:

- a. Identificación de la fase de abandono: precontemplación / contemplación / preparación / acción / mantenimiento. (Algoritmo 1).
- b. Historia clínica general: anamnesis, antecedentes personales (alergias medicamentosas, enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos, antecedentes familiares, etc.).
- c. Historial de tabaquismo.

- d. Cuestionarios necesarios para un adecuado diagnóstico del tabaquismo como los que miden la motivación, la dependencia, la autoestima y la autoeficacia.
- e. Exploraciones complementarias (en Atención Especializada). (Algoritmo 2, 3 y 4).
 - Generales (ECG, espirometría).
 - Específicas (cooximetría, determinación de cotinina).

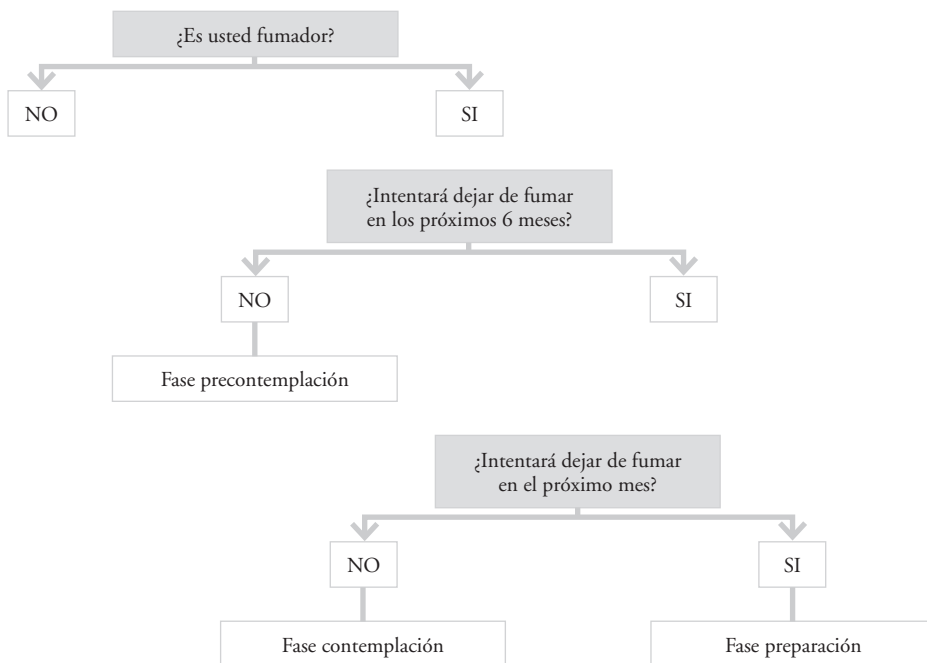
IDENTIFICACIÓN DE LA FASE DE ABANDONO

Con respecto a la fase de abandono distinguiremos varios tipos de fumadores:

- Aquellos que están dispuestos a realizar un intento serio de abandono en el momento actual son fumadores en fase de preparación. Se caracterizan porque desean dejar de fumar en el próximo mes.
- Aquellos que no están dispuestos a realizar un intento de abandono son fumadores en fase de precontemplación.
- Aquellos que están pensando en dejar de fumar en los próximos meses pero que prefieren retrasar la decisión son fumadores en fase de contemplación.
- Aquellos que están sin fumar durante un período de tiempo menor a 6 meses son fumadores en fase de acción.
- Aquellos que se mantienen abstinentes durante un período de tiempo mayor a 6 meses pero menor a 1 año será un fumador en fase de mantenimiento⁴.

Identificar adecuadamente la fase de abandono del fumador mejorará nuestra intervención en el proceso de deshabitación tabáquica.

Algoritmo 1. Identificación de la fase de abandono



HISTORIA CLÍNICA GENERAL

En todos los niveles asistenciales se deberá realizar una historia clínica general incluyendo la anamnesis y antecedentes personales recogiendo¹⁻³:

1. Enfermedades previas:

- Presencia de enfermedades psiquiátricas y grado de control de las mismas.
- Presencia de síntomas relacionados con enfermedades debidas a la exposición del tabaco: enfermedades respiratorias y cardiológicas, enfermedades de la esfera ORL, enfermedades digestivas y enfermedades neoplásicas.

- Valorar enfermedades previas para la indicación de tratamientos farmacológicos en la deshabituación tabáquica. Así en caso de fumadores con EPOC, el tratamiento será diferente dependiendo si el diagnóstico de EPOC es reciente o previo.
2. Tratamientos previos e interacciones con el tratamiento del tabaquismo.
 3. Exploración física comenzando con la medición de las constantes vitales, peso y talla, IMC, auscultación cardíaca y pulmonar, coloración de uñas, dientes, etc.

HISTORIAL DE TABAQUISMO

En todos los niveles asistenciales se deberá realizar una historia de tabaquismo basada en^{1,2,3}:

1. Antecedentes de tabaquismo: antecedentes familiares de tabaquismo, edad de inicio, causa de inicio, tiempo que transcurre hasta convertirse en un fumador habitual.
2. Grado de tabaquismo: el consumo de tabaco medido en consumo diario (número de cigarrillos/día) y consumo acumulado (número de paquetes-año).

$$\text{Paquetes-año} = \frac{\text{N}^\circ \text{ cigarrillos/día}}{20} \times \text{Años de fumador}$$

El conocimiento del consumo acumulado de tabaco se correlaciona con la posibilidad de dejar de fumar en un intento de abandono.

3. Tipo de tabaco: manufacturado o tabaco de liar, concentración de nicotina.
4. Características del fumador: tiempo que transcurre entre un cigarrillo y el otro, número de caladas por cigarrillo, tener encendidos varios cigarrillos, patrón de consumo.
5. Estudio de intentos previos de abandono:
 - Número de intentos y duración sin fumar en cada intento.
 - Tiempo transcurrido sin fumar en el último intento: sólo consideraremos aquellos intentos de abandono en los que el fumador se mantuvo sin fumar por lo menos durante 24 horas.

- Recoger tratamientos farmacológicos utilizados en intentos previos y valorar su eficacia y su cumplimiento por parte del paciente.
 - Valorar craving y síndrome de abstinencia en intentos previos.
 - Comportamiento del entorno del fumador en intentos previos: ambiente familiar, ambiente laboral y ambiente de amigos.
6. Estudio de recaídas: causa de las recaídas (las más frecuentes suelen ser estar en un ambiente de fumadores, acontecimiento vital o situación estresante, celebración/acontecimiento festivo).
 7. Estudio del ambiente social: identificar el entorno familiar, laboral o de amigos y detectar apoyos o resistencias.

TEST DIAGNÓSTICOS

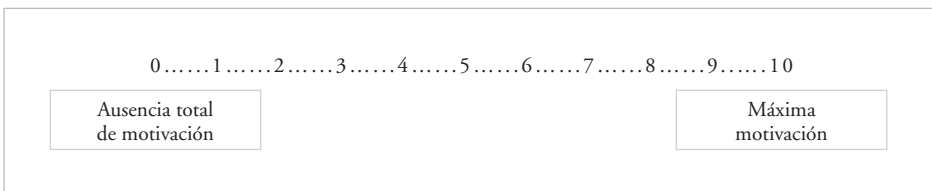
Análisis de la motivación

Podremos realizar una aproximación del grado de motivación a través de la escala visual analógica o a través del Test de Richmond^{1-3,5}.

Escala visual analógica

Se mostrará al paciente la figura y se le explicará que se trata de una escala en la que 0 se corresponde con la ausencia total de motivación para dejar de fumar y 10 con el grado máximo de motivación para hacerlo. El paciente señalará con su dedo el punto de la escala que define su grado de motivación⁵. (Anexo 1).

Anexo 1. Escala visual analógica de la motivación



Test de Richmond

Valora el grado de motivación para dejar de fumar en una escala del 1 al 10. Es un test de 4 preguntas. Para que un paciente tenga expectativas de éxito en un programa de deshabituación tabáquica debe presentar una puntuación de 9 o 10 puntos. (Anexo 2).

Es importante también analizar cuáles son las razones por las que el paciente quiere dejar de fumar. Los pacientes que no quieren dejar de fumar suelen ignorar la información sobre los efectos nocivos del tabaco, beneficios de dejar de fumar, posibilidades terapéuticas, etc.¹⁻³.

Análisis de la dependencia

Tendremos que analizar el tipo de dependencia del fumador y la intensidad de la misma con el fin de seleccionar el tratamiento farmacológico / psicológico más óptimo para éste.

Anexo 2. Test de Richmond

- | |
|---|
| 1. ¿Quiere dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
0: No 1: Sí |
| 2. ¿Cuánto interés tiene para dejarlo?
0: Nada 1: Algo 2: Bastante 3: Mucho |
| 3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?
0: Definitivamente no 1: Quizás 2: Sí 3: Definitivamente sí |
| 4. ¿Cabe la posibilidad de que usted sea un exfumador en los próximos seis meses?
0: No 1: Quizás 2: Sí 3: Definitivamente sí |

Motivación alta: 10.

Motivación moderada: 7-9.

Motivación baja ≤ 6 .

Test de análisis de la dependencia física

- Test de Fagerström: actualmente se utiliza el FTND: es un test breve y sencillo que consta de 6 preguntas. La puntuación oscila de 0-10, de tal manera que a mayor puntuación mayor dependencia. No sólo este test mide la dependencia física sino que también tiene un valor terapéutico y pronóstico. A mayor puntuación en el FTND más intensivo es el tratamiento y más riesgo tiene el fumador de desarrollar EPOC y cáncer de pulmón. Es el test recomendado en Consultas de Atención Especializada (tanto Consulta de Tabaquismo en Atención Especializada como en Unidad Especializada de Tabaquismo)^{1-3,6,7}. (Anexo 3).
- HSI: es una versión reducida del FTND. Consta de 2 preguntas: número de cigarrillos al día y tiempo transcurrido hasta el consumo del primer cigarrillo. La puntuación oscila entre 0-6, de tal forma que aquellos fumadores que tengan una puntuación de 5 y 6 tendrán una dependencia alta. Tiene una buena correlación con el FTND especialmente en varones y en fumadores con dependencia física alta. Es el test recomendable en consultas de Atención Primaria⁷. (Anexo 4).

Otros test que miden la dependencia física con utilidad para investigación en tabaquismo o tratamientos limitados a Unidades Especializadas en Tabaquismo son:

- Cuestionario HONC: mide el grado de autonomía del fumador por el tabaco⁸.
- NDSS: es una escala multidimensional que considera 5 características de la dependencia a la nicotina (impulso, prioridad, tolerancia, continuidad y estereotipia)⁹.

Test de análisis de la dependencia psicosocial y conductual

Están recomendados sólo en las Unidades Especializadas de Tabaquismo¹⁰ y son:

- A. Test de Glover Nilsson. (Anexo 5).
- B. Test de la Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid. (Anexo 6).

Anexo 3. Test de Fagerström

1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que despierta hasta que fuma su primer cigarrillo?	
<5 minutos	3 PUNTOS
6-30 minutos	2 PUNTOS
31-60 minutos	1 PUNTO
>1 hora	0 PUNTO
2. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
1-10	0 PUNTO
11-20	1 PUNTO
21-30	2 PUNTOS
>30	3 PUNTOS
3. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	
Si	1 PUNTO
No	0 PUNTO
4. ¿De todos los cigarrillos que consume al día, cuál es el que más necesita?	
El primero de la mañana	1 PUNTO
Cualquier otro	0 PUNTO
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Sí	1 PUNTO
No	0 PUNTO
6. ¿Fuma cuando está enfermo y tiene que guardar cama la mayor parte del día?	
Si	1 PUNTO
No	0 PUNTO

PUNTUACIÓN DE TEST FAGERSTRÖM:

0-3 Dependencia física baja.

4-6 Dependencia física moderada.

≥7 Dependencia física alta.

Anexo 4. Heavy Smoking Index (HSI)

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Menos de 11	0 PUNTO
Entre 11 y 20	1 PUNTO
Entre 21 y 30	2 PUNTOS
Más de 30	3 PUNTOS

2. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos	3 PUNTOS
Entre 5 y 30 minutos	2 PUNTOS
Entre 30 minutos y 1 hora	1 PUNTO
≥1 hora	0 PUNTOS

0-2 Baja dependencia.

3-4 Moderada dependencia.

5-6 Alta dependencia.

Análisis de la autoeficacia y del estado de ánimo

Es importante la valoración de la autoeficacia, de la autoestima y del estado de ánimo en aquellos fumadores que ya han realizado múltiples intentos de abandono, con enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y que han sido advertidos por los profesionales sanitarios en múltiples ocasiones de la conveniencia de dejar de fumar⁵.

Escala visual analógica de la autoeficacia

Mide el grado de autoeficacia del fumador. Es similar a la escala visual analógica de motivación. Permite identificar pacientes con mayores posibilidades de sufrir depresión y que vayan a precisar antidepresivos.

Valoración del estado de ánimo

Podremos realizar dos preguntas: durante el último mes 1) ¿ha tenido algún sentimiento de tristeza, desánimo o se ha sentido deprimido? 2) ¿no ha tenido ganas de hacer cosas que antes le producían satisfacción y bienestar? Si las respuestas a estas preguntas son positivas las posibilidades de que el fumador padezca depresión son elevadas.

Anexo 5. Test de Glover Nilsson

¿Cuánto valora lo siguiente?

0: Nada en absoluto. 1: Algo. 2: Moderadamente. 3: Mucho. 4: Muchísimo.

1.	Mi hábito de fumar es importante para mi	0 1 2 3 4
2.	Juego y manipulo el cigarrillo como parte del hábito de fumar	0 1 2 3 4
3.	¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0 1 2 3 4
4.	Mi hábito de fumar es importante para mi	0 1 2 3 4
5.	Juego y manipulo el cigarrillo como parte del hábito de fumar	0 1 2 3 4
6.	¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0 1 2 3 4
7.	¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0 1 2 3 4
8.	¿Cuándo no tiene tabaco le resulta difícil concentrarse o realizar una tarea?	0 1 2 3 4
9.	¿Cuándo se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, juega su cigarrillo o paquete de tabaco?	0 1 2 3 4
10.	¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0 1 2 3 4
11.	¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo?	0 1 2 3 4
12.	¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca y la chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración?	0 1 2 3 4
13.	¿Parte del placer de fumar viene del ritual que supone encender el cigarrillo?	0 1 2 3 4
14.	¿Cuándo está sólo en un restaurante, parada del autobús se encuentra más seguro o confiado con un cigarrillo en las manos?	0 1 2 3 4

Las preguntas 1, 4 y 5 miden dependencia psicológica.

Las preguntas 2 a 3 y 6 a 10 miden dependencia gestual.

La pregunta 11 mide dependencia social.

Dependencia leve (0-11) Dependencia moderada (12-22) Dependencia fuerte (23-33) Dependencia muy fuerte (34-44).

Anexo 6. Test UISPM

A. ESTIMULACIÓN

1. Fumo para mantenerme despierto.
2. Cuando fumo me encuentro alerta.
3. Me gusta fumar cuando trabajo.
4. Cuántas más cosas hago más fumo.

B. SEDACIÓN

5. Si estoy preocupado por algo, fumo mucho.
6. Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado.

C. AUTOMATISMO

7. Fumo, sin recordar haberlo encendido.
8. Me encuentro fumando varios cigarrillos al mismo tiempo.
9. Me encuentro a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina sin desearlo realmente.
10. A menudo me pongo cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca y los chupo para relajarme del estrés, tensión, frustración.

D. DEPENDENCIA SOCIAL

11. Cuando fumo me relaciono mejor con la gente.
12. Fumo mucho más cuando estoy con otra gente.
13. Cuando fumo hablo más con la gente.
14. Algunos lugares o circunstancias me incitan a fumar.
15. Cuando estoy sólo en un restaurante o parada de autobús me siento más seguro o confiado con el cigarrillo en las manos.

E. DEPENDENCIA PSÍQUICA

16. Mi hábito de fumar es muy importante para mí.
17. Me recompensó a mí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea.
18. Cuando no tengo tabaco, me resulta muy difícil concentrarme y realizar una tarea.

F. DEPENDENCIA GESTUAL

19. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar.
20. Me pongo algo en la boca para evitar fumar.
21. Cuando me hallo en un lugar en el que está prohibido fumar, juego con un cigarrillo o con un paquete de tabaco.
22. Parte de mi placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo.
23. No sé mover las manos sin cigarrillo.

Cada ítem se puntúa de 0 a 4 siendo 0 la mínima puntuación y 4 la máxima:

A. ESTIMULACIÓN /16 (1-4 Mínima. 5-10 Media. 11-15 Alta. 16 Máxima).

B. SEDACIÓN /8 (1-2 Mínima. 3-5 Media. 6-7 Alta. 8 Máxima).

C. AUTOMATISMO /16 (1-4 Mínima. 5-10 Media. 11-15 Alta. 16 Máxima).

D. DEPENDENCIA SOCIAL /20 (1-6 Mínima. 7-13 Media. 14-19 Alta. 20 Máxima).

E. DEPENDENCIA PSÍQUICA /12 (1-3 Mínima. 4-6 Media. 7-11 Alta. 12 Máxima).

F. DEPENDENCIA GESTUAL /20 (1-6 Mínima. 7-13 Media. 14-19 Alta. 20 Máxima).

Valoración del síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas y signos del fumador derivado de la reducción o del abandono del consumo de tabaco. Conviene analizar la intensidad del síndrome de abstinencia durante todo el proceso de deshabitación¹¹. Para analizar dicho síndrome utilizaremos:

Cuestionario MNWS

Es un cuestionario de 9 ítems que el fumador debe de contestar de acuerdo a lo que ha sentido en las últimas 24 horas. Cada uno de los ítems es valorado desde 0 a 4 puntos. (Tabla I).

Análisis del craving

El *craving* es el deseo incontrolable de volver a consumir cigarrillos tras 8-12 horas sin hacerlo. Debemos analizar la intensidad, duración, ciclo de aparición y relación con factores externos.

Tabla I. Valoración del síndrome de abstinencia MNWS

CRAVING	0	1	2	3	4
DISFORIA	0	1	2	3	4
IRRITABILIDAD/FRUSTACIÓN/IRA	0	1	2	3	4
ANSIEDAD	0	1	2	3	4
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	0	1	2	3	4
INQUIETUD	0	1	2	3	4
AUMENTO DE APETITO	0	1	2	3	4
DIFICULTAD PARA DORMIRSE	0	1	2	3	4
DIFICULTAD PARA QUEDARSE DORMIDO	0	1	2	3	4

0=nada en absoluto. 1=leve. 2=moderado. 3=mucho. 4=grado extremo.

Test de recompensa: RFQ

Si se consume tabaco para evitar el padecimiento del síndrome de abstinencia hablaremos de un fumador con recompensa negativa. Si se consume tabaco para disfrutar de la sensación placentera que le produce éste será un fumador con recompensa positiva¹².

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Generales

Pueden ayudar a identificar enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y pueden tener un efecto motivador en la cesación tabáquica:

- a. **Espirometría:** permite detectar aquellos fumadores que desarrollan EPOC e informarles del daño que el tabaco le está provocando. Es útil la realización de una espirometría al inicio del proceso de deshabituación y a los 12 meses después del abandono del tabaco para que se puedan objetivar los beneficios de dejar de fumar.
- b. **Difusión:** permite la detección precoz del enfisema pulmonar.
- c. **Edad pulmonar:** en enfermedades como la EPOC la edad pulmonar es más elevada que la edad cronológica. Mostrar estos resultados a los pacientes y explicarles su alcance ayuda a incrementar la motivación para dejar de fumar. Un test sencillo y rápido para determinar la edad pulmonar del fumador en consulta es la realización del COPD-6.
- d. **ECG:** se recomienda realizar ECG en la visita basal y a los 6-12 meses de la deshabituación tabáquica.

Específicas

Cooximetría

Es la determinación del CO en aire espirado. La medición se realiza con un cooxímetro. El CO es uno de los productos que se liberan de la combustión del tabaco. Se combina con Hb formando la HbCO. La consecuencia del aumento de la HbCO es la hipoxia tisular¹³. (Tabla II).

Tabla II. Falsos positivos y negativos de CO

Falsos Positivos de CO	Falsos Negativos de CO
Calibración defectuosa del CO	Fumadores irregulares
Exposición a otras fuentes de CO	Fumadores leves
Porfiria	Fumadores que llevan varias horas sin fumar
Intolerancia a la lactosa	

Técnica: el sujeto debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de 15 segundos. 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 ppm de CO que el sujeto tiene en el aire que espira.

Interpretación:

Concentración de CO (ppm)	Tipo de fumadores
≥ 10 ppm	Habitual
5-10 ppm	Ocasional
< 5 ppm	No fumador

La vida media del CO está entre 2 y 5 horas. Los niveles de CO en aire espirado suelen normalizarse a las 24-48 horas del último cigarrillo.

Utilidad del CO:

- Diagnóstico del grado de tabaquismo.
- Validar la afirmación verbal de abstinencia.
- Identificar la exposición al tabaco o a otras fuentes de CO.
- Riesgo de desarrollar patologías asociadas con el tabaco a mayor concentración de CO.
- Factor motivador o de refuerzo positivo: el fumador que observa un descenso rápido de los niveles de CO en la primera visita lo motiva para mantener abstinencia.

Determinación de cotinina

La cotinina es un metabolito de la nicotina con una vida media más larga que la nicotina. Puede hacerse su determinación en saliva, sangre y orina alcanzando niveles más estables en sangre. La sensibilidad y especificidad para discriminar entre fumadores y no fumadores es alta. El punto de corte para discriminar fumadores y no fumadores en plasma y saliva es de 10 ng/ml y en orina de 200 ng/ml¹³.

La determinación de cotinina en plasma es una medida objetiva de la dependencia física. Se considera una dependencia alta cuando las concentraciones de cotinina son mayores a 250 ng/ml. Debido a su menor disponibilidad y su coste económico, su utilización quedaría limitada a las Unidades Especializadas de Tabaquismo. (Tabla III y IV).

Utilidad de la determinación de cotinina:

- Diagnóstico más objetivo del grado de tabaquismo .
- Confirmar la abstinencia.
- Conocer el grado de dependencia física que se correlaciona con los niveles de cotinina.

- Detección de la exposición ambiental al humo del tabaco.
- Conocer de forma objetiva la concentración exacta de nicotina que debemos administrar en forma de tratamiento sustitutivo de nicotina.

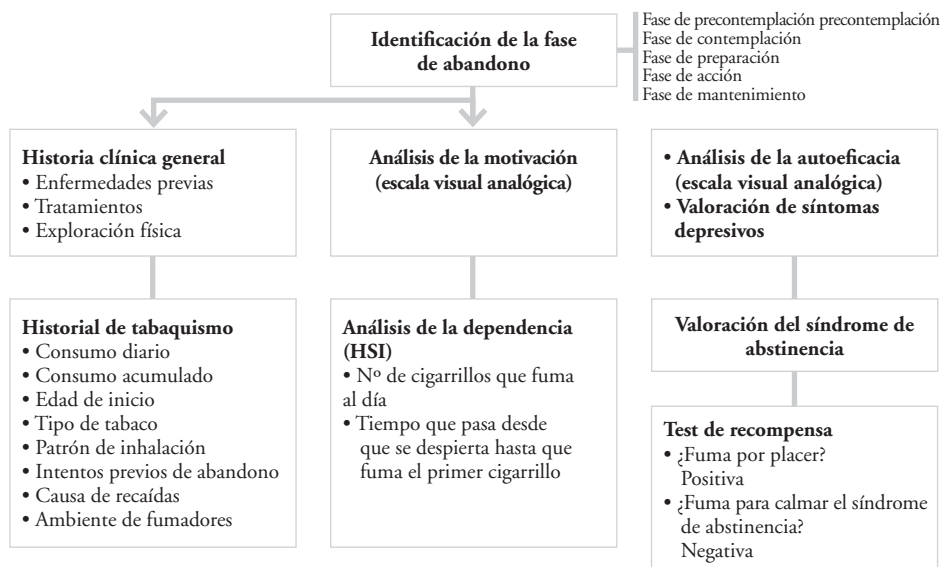
Tabla III. Grado de tabaquismo

	Paquetes-Año	CO (ppm)	Cotina (ng/ml)
Leve	<5	<15	<100
Moderado	5-15	15-20	100-150
Alto	16-25	21-30	151-250
Muy Alto	>25	>30	>250

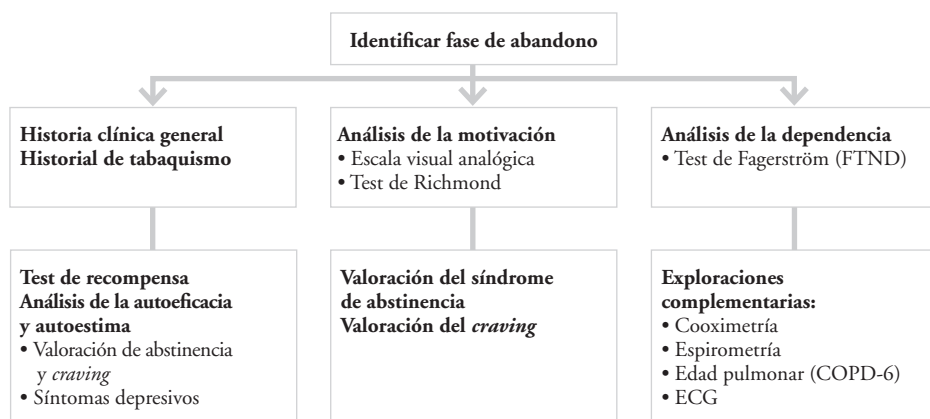
Tabla IV. Datos diagnósticos necesarios para cada nivel asistencial

	Atención Primaria	Consulta de Tabaquismo	Unidad Especializada de Tabaquismo
Identificación de la fase de abandono	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio
Historia clínica general	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio
Consumo diario y consumo acumulado de tabaco	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio
Intentos previos de abandono y causas de recaída	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio
Ambiente de fumadores	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
(Escala visual analógica de motivación)	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio
Test de Richmond	Opcional	Recomendable	Recomendable
HSI	Obligatorio	No necesario	No necesario
Test de Fagerström	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
HONC	No necesario	Opcional	Recomendable
NDSS	No necesario	Opcional	Recomendable
Test de Michael Fiore	No necesario	Opcional	Recomendable
Test de UISPM	No necesario	Opcional	Recomendable
Test de recompensa	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
Valoración del síndrome de abstinencia	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
Análisis del <i>craving</i>	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
Espirometría	Opcional	Recomendable	Recomendable
Edad pulmonar	Opcional	Recomendable	Recomendable
Cooximetría	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
Determinación de cotinina	No necesario	Opcional	Obligatorio

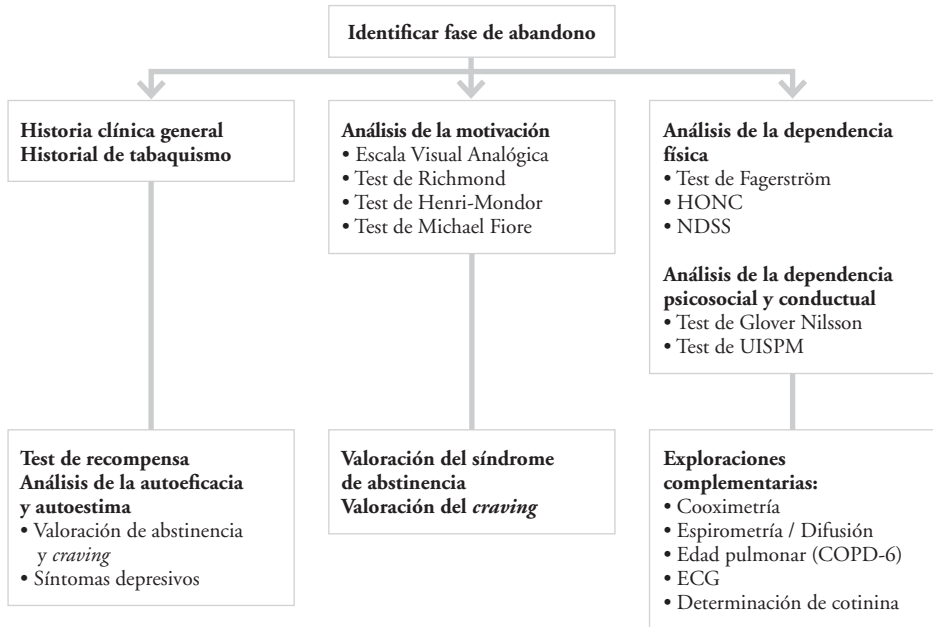
Algoritmo 2. Diagnóstico del fumador en Atención Primaria



Algoritmo 3. Diagnóstico del tabaquismo en Consulta de Tabaquismo en Atención Especializada



Algoritmo 4. Diagnóstico en una Unidad Especializada en Tabaquismo



BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos Pinedo A, Prieto Gómez E. Estudio clínico del fumador En: Tratado de tabaquismo Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Madrid 3ª Edición. 2011; 295–308.
2. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso . *Arch Bronconeumol* .2003; 39:35–41.
3. Ramos Pinedo A, De Higes Martínez E, García-Salmones Martín M. Diagnóstico clínico del tabaquismo En: Manual de Tabaquismo Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda Juan A. *Ed. Respira*. 2012; 61–70.
4. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation: Implications for clinicians. *Clin Chest Med*. 1991; 12:727–35.
5. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda Juan A, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Normativa SEPAR. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49(8):354–63.
6. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989; 12:159–82.
7. Pérez Ríos M, Santiago Pérez MI, Alonso B, Malvar A, Hervada X, de León J. Fagerström test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. *BMC Public Health*. 2009; 9:443.
8. Di Franza JR, Wellman RJ. A sensation homeostasis model of nicotine craving, withdrawal and tolerance: integrating the clinical and basic science literature. *Nicotine and Tobacco Research*. 2005; 7:9–26.
9. Shiffman S, Waters AJ. The Nicotine Dependence Syndrome Scale: A multi-dimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine and Tobacco Research*. 2004; 6:327–48.

10. Nerín I, Crucelaegui A, Novella P et al Evaluación de la dependencia psico-social mediante el test de Glover Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2005; 41:493–8.
11. Pomperleu OF, Fagerström KO, Marks JL, et al .Development and validation of a self rating scale for positive and negative reinforcement smoking: The Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire. *Nic Tob Res*. 2003; 5:711–8.
12. Shiffman S. Measuring craving and withdrawal. European Conference of SRNT. Madrid October 2007
13. Pérez Trullén A, Bartomeu C, Barrueco M, Herrero I, Jiménez Ruiz CA. Nuevas perspectivas en el diagnóstico y evolución en el consumo de tabaco: marcadores de exposición. *Prev Tab*. 2006; 8:164–73.

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL TABAQUISMO

Dra. Eva Belén de Higes Martínez

Dra. Angela Ramos Pinedo

Dr. Alberto Javier Nistal Rodríguez

Servicio de Neumología

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un problema de salud pública de primer orden debido a su alta prevalencia, mortalidad y consumo de recursos. Además, desde hace décadas disponemos de tratamientos eficaces para el abandono del tabaco. Las intervenciones en tabaquismo han demostrado ser más eficientes y coste efectivas que muchas otras intervenciones preventivas¹.

Aunque un alto porcentaje de fumadores hacen intentos para dejar de fumar, se ha comprobado que sin apoyo profesional sólo el 3-5% de ellos lo consiguen².

Todos los profesionales sanitarios debemos estar implicados en las intervenciones en tabaquismo, adaptando las mismas a los distintos niveles de actuación y a las características de cada fumador.

En este sentido el papel de Atención Primaria, tanto médicos como enfermeras, es fundamental en la documentación del tabaquismo como patología, la motiva-

ción para el abandono del mismo y el soporte del paciente durante el proceso de deshabituación.

Además debe existir un sistema de derivación del paciente con mayor complejidad que requiera asistencia en consultas especializadas.

INTERVENCION MÍNIMA

En función de la fase de abandono en la que se encuentre un fumador, según el conocido esquema del modelo de Prochaska y DiClemente, la intervención que realizaremos será distinta. En cualquier caso, las principales guías clínicas recomiendan que en todos los fumadores se realice al menos una intervención mínima³ por su alto impacto poblacional con mínimos costes.

Esta intervención mínima debe realizarse de forma reiterada por cualquier profesional de la salud que tenga contacto con el fumador, y seguiría el conocido esquema de las 5 “A”:

- **Averiguar:** identificar a los fumadores y documentar su historia de tabaquismo.
- **Aconsejar:** se recomienda un consejo breve, firme, personalizado y oportunista en cuanto al motivo de la consulta del fumador.
- **Apreciar:** la disposición para dejar de fumar. Algunas guías proponen adelantar este paso al consejo para adaptar el mismo en función de la motivación del fumador. La actitud a seguir en los siguientes pasos dependerá de éste.
- **Ayudar:** preparar un plan de tratamiento individualizado con información sobre el proceso de abandono y ofrecer tratamiento conductual y/o farmacológico adaptado a cada fumador.
- **Acordar:** planificar el seguimiento.

INTERVENCIÓN EN FUMADOR QUE NO QUIERE DEJAR DE FUMAR

Se calcula que hasta el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, un 60% de ellos estaría dispuesto a hacerlo en los siguientes 6 meses y hasta un 27% lo harían en el próximo mes⁴. Sin embargo, existen pacientes no motivados para el abandono del tabaco, en los que también debemos intervenir con distintas herramientas.

Entrevista motivacional

Es una entrevista que trata de desarrollar las propias habilidades del paciente para replantearse su conducta como fumador. Se basa en cuatro pilares fundamentales: empatía, desarrollo de discrepancia en el fumador, vencer su resistencia hacia el abandono y apoyar su autoeficacia, siempre evitando la discusión con el paciente.

Esta herramienta ha demostrado aumentar las tasas de abandono en pacientes no motivados en un 30%⁵. Los contenidos de la entrevista motivacional se definen por las llamadas 5 "R".

- **Relevancia:** animar al fumador a poner de manifiesto que el abandono del tabaco es importante para él y su salud.
- **Riesgo:** hacer que el fumador entienda por sí mismo que el tabaco tiene riesgos para su salud.
- **Recompensa:** hacer que el fumador identifique los beneficios que obtendría con el abandono del tabaco.
- **Resistencia:** hacer que el fumador identifique las barreras que le dificultan el abandono del tabaco.
- **Repetición:** la eficacia de la intervención aumenta si se repite cada vez que el fumador acude al profesional sanitario.

Reducción del consumo

Existe un número importante de pacientes que bien no desean dejar de fumar o bien no tienen un nivel de autoeficacia suficiente como para plantearse un intento de abandono brusco, pero que estarían dispuestos a intentar reducir el consumo del tabaco. Esta estrategia conllevaría una reducción del daño asociado al consumo de tabaco.

Además, en algunos ensayos clínicos se ha puesto de manifiesto que añadir tratamiento farmacológico para el control de la abstinencia en estos pacientes puede aumentar la tasa de intentos de abandono definitivo y de abstinencia, ya que el paciente mejora su autoeficacia.

La mayor parte de los ensayos de tratamiento farmacológico en pacientes que no quieren dejar de fumar se han realizado con TSN⁶, aunque también existen algunos ensayos con vareniclina⁷ que evidencian una tendencia, aunque no significativa, hacia el mayor éxito de abandono.

INTERVENCIÓN EN FUMADOR QUE QUIERE DEJAR DE FUMAR

A todos los fumadores que deseen hacer un intento serio de abandono de tabaco, se les debe ofrecer una intervención multicomponente con asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico, ya que la combinación de ambas estrategias incrementa significativamente la posibilidad de éxito del intento.

Asesoramiento psicológico

Las intervenciones psicológicas pueden tener distintos formatos en función de la disponibilidad de recursos y el nivel asistencial en el que nos encontremos, sin diferencias en la eficacia entre las terapias individuales y grupales. Además, se han demostrado eficaces intervenciones telefónicas y en internet^{8,9}.

La eficacia de estas estrategias es proporcional a la intensidad de las mismas, diferenciando básicamente terapias de baja intensidad (no más de 4 sesiones de menos de 10 minutos) y alta intensidad (al menos 4 sesiones de más de 10 minutos).

En primer lugar debemos analizar la conducta del fumador mediante su patrón de consumo y los factores personales, sociales y familiares que hacen que el la persona fume, así como los obstáculos que el paciente puede encontrar durante el proceso de abandono. En este sentido es útil que el fumador realice sus autoregistros de consumo.

La base de los tratamientos psicológicos son las técnicas de afrontamiento con terapias conductuales y cognitivo-conductuales.

Las terapias conductuales ayudan al fumador a reconocer y evitar temporalmente los estímulos externos asociados al consumo de tabaco, exponiéndose a los mismos de forma progresiva una vez superado el control del *craving*, y reforzando las conductas que ayudan a mantener la abstinencia.

Las terapias cognitivo-conductuales proporcionan al fumador herramientas para afrontar estímulos fisiológicos o cognitivos relacionados con las ganas de fumar. Algunos modelos de estas estrategias son: reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, técnicas de distracción, entrenamiento en autocontrol, técnicas de imaginación, etc.

Otro aspecto fundamental dentro de las intervenciones psicológicas, es afrontar la prevención de las recaídas en los fumadores que han abandonado el consumo recientemente.

Tratamiento farmacológico

A todo fumador que desee hacer un intento de dejar de fumar se le debe ofrecer tratamiento farmacológico, salvo que exista contraindicación para el mismo³. Con ello se consiguen paliar los síntomas del síndrome de abstinencia, que es el principal motivo de recaída en los primeros meses tras abandonar el consumo de tabaco.

Actualmente, en nuestro país, disponemos de tres fármacos de primera línea aprobados para el tratamiento de la cesación tabáquica: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. Otros fármacos como amitriptilina y clonidina, si bien han demostrado eficacia frente a placebo, se consideran tratamientos de segunda línea por sus importantes efectos secundarios, que limitan su uso.

La forma más común de abandono del tabaco es el cese brusco del consumo a partir del denominado Día “D” elegido por el propio paciente. No obstante, como ya mencionamos en un apartado previo, no todos los pacientes desean o se sienten capaces de este abandono súbito. Por ello algunos algoritmos¹⁰ ya plantean que el paciente debe elegir entre realizar un cese brusco o un descenso gradual del consumo, en ambos casos con soporte farmacológico con cualquiera de los tratamientos disponibles.

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

Primer tratamiento aprobado para la cesación tabáquica y con el que disponemos de mayor experiencia. El objetivo de este tratamiento es suministrar nicotina en dosis decrecientes y por vía distinta al consumo de tabaco, con dosis suficientes para contrarrestar el síndrome de abstinencia, sin crear dependencia. Es una terapia habitualmente bien tolerada y segura, que aumenta las tasas de abandono entre 1,5-3 veces respecto al placebo.

En nuestro país, disponemos de tratamiento de acción rápida con distintas dosis (chicles, comprimidos y spray bucal) o de acción sostenida (parches de 16 o 24 horas). La TSN puede utilizarse como forma única o de forma combinada, siendo las tasas de abstinencia mayores cuando se utiliza el tratamiento combinado con parches, que mantienen niveles de nicotina estables para el control de la abstinencia, más una forma de liberación rápida para el control del craving en momentos puntuales.

Para conseguir la máxima eficacia y evitar efectos secundarios en el tratamiento con TSN, es fundamental contemplar dos aspectos: explicar al fumador el uso correcto de las distintas formas de TSN y evitar la infradosificación, tanto por el

personal sanitario al calcular las dosis de sustitución de nicotina necesaria como en la autoadministración por parte del fumador.

La dosis del tratamiento se calculará en función de la dependencia y del número de cigarrillos fumados, manteniendo las dosis durante las primeras semanas para posteriormente hacer un descenso progresivo hasta su suspensión (habitualmente entre 8-12 semanas, aunque con pautas más prolongadas si el paciente lo requiere). (Tabla I).

Tabla I. Posología con TSN

Dependencia	Parches 24 horas	Parches 16 horas
< de 5 paq/año 1 ^{er} cig > 30 min < 15 ppm CO	21 mg/6 semanas	15 mg/6 semanas
	14 mg/2 semanas	10 mg/2 semanas
	7 mg/1 semana	5 mg/1 semana
> de 5 paq/año 1 ^{er} cig < 30 min > 15 ppm CO	21 mg/6-8 semanas	25 mg/6-8 semanas
	14 mg/2 semanas	10 mg/2 semanas
	7 mg/1 semana	5 mg/2 semanas

Dependencia	Chicles	Comprimidos	Spray bucal
< de 20 cig/año 1 ^{er} cig > 30 min	2 mg/1-2 horas 8-10 semanas	1 mg/1-2 horas 8-10 semanas	1-2 puff/cigarrillo semana 1-6
> de 20 cig/año 1 ^{er} cig < 30 min	4 mg/1-2 horas 12 semanas hasta 6-12 meses	2 mg/1-2 horas 12 semanas hasta 6-12 meses	reducir hasta 50% semana 7-9
			reducir hasta 4 puff semana 12

Aunque el inicio del tratamiento se realiza habitualmente en el momento del cese del consumo de tabaco, existe evidencia moderada de que la utilización de TSN precesación entre 1-4 semanas puede ser una herramienta útil y segura en pacientes con alta dependencia¹¹.

Otras indicaciones de TSN son la reducción del consumo sin intención de abandono del mismo y el control de la abstinencia en fumadores que, no queriendo dejar de fumar, se ven obligados al cese temporal del consumo por distintas circunstancias.

Bupropión

Primer fármaco no nicotínico aprobado para el abandono del tabaco. Inicialmente aprobado como psicofármaco, es un antidepresivo atípico que actúa como inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina, con un papel antagonista no competitivo del receptor de nicotina, mejorando los síntomas del síndrome de abstinencia.

Su presentación es en comprimidos de 150 mg de liberación prolongada, con una dosis de 300 mg al día salvo la primera semana de 150 mg/día. El tiempo recomendado de tratamiento es de 7-9 semanas, aunque son frecuentes pautas de 12 semanas en fumadores severos y el tratamiento puede prolongarse más tiempo en determinados casos. (Tabla II).

Aunque sigue considerándose un fármaco de primera línea para la deshabitación tabáquica, su uso se ha visto limitado por el riesgo de interacciones con múltiples fármacos por su metabolismo hepático a través del citocromo P450 y por el riesgo de efectos secundarios importantes en ciertos grupos de pacientes.

Duplica las tasas de abstinencia respecto a placebo, aunque su eficacia es menor que la de vareniclina y TSN combinada¹², pero puede mejorar en combinación con TSN.

Una posible ventaja de este tratamiento es la evidencia en algunos estudios de una menor ganancia de peso de forma mantenida frente a otros tratamientos¹³.

Vareniclina

Ha sido el primer fármaco diseñado específicamente para el tratamiento del tabaquismo. Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$. Por su acción agonista produce estimulación de los receptores, con lo que mejora el síndrome de abstinencia y el *craving*. Por otra parte, su papel antagonista produce un bloqueo del receptor, disminuyendo la recompensa asociada al consumo de nicotina.

Tiene un alto perfil de seguridad debido a la ausencia de metabolismo hepático y de efecto sobre las proteínas transportadoras renales, por lo que además no presenta interacciones con otros fármacos. Sólo precisa reducción de dosis en insuficiencia renal severa. Sus efectos secundarios en general son leves y van remitiendo con el tiempo, aunque en ocasiones puede ser preciso reducir la dosis.

En monoterapia es el tratamiento más eficaz para el abandono del tabaco. Prácticamente triplica la eficacia frente a placebo, siendo mayor que con bupropión y TSN en monoterapia, y similar a TSN combinada¹².

Su presentación es en comprimidos de 0,5 y 1 mg, con incremento progresivo de la dosis los primeros días para facilitar la tolerancia. La duración recomendada del tratamiento es de 12 semanas, aunque en fumadores severos puede ser necesario prolongar el tratamiento, existiendo evidencia de aumento de eficacia y seguridad en estudios a 6 y 12 meses^{14,15}. (Tabla II).

El cese del consumo de tabaco con vareniclina, según la pauta habitual, debe realizarse después de la primera semana de tratamiento. Sin embargo existe un estudio reciente que pone de manifiesto el aumento de la tasa de abstinencia utilizando una pauta de pretratamiento de 4 semanas antes del abandono¹⁶.

La dosis habitual es de 2 mg/día por ser la más eficaz según los primeros ensayos clínicos. No obstante, existe un trabajo en el que se evidencia el aumento de eficacia sin aumento de efectos secundarios, utilizando dosis de 3 mg/día en pacientes que no consiguieron el abandono con la dosis habitual sin tener efectos adversos con dicha dosis¹⁷.

Tabla II. Posología con bupropión y vareniclina

Fármaco	Semana previa día D		Día D hasta semana 12
Bupropión	1 comprimido 150 mg/día en ayunas		2 comprimidos 150 mg/día 8 horas entre tomas
Vareniclina	Días 1-3	Días 4-7	2 comprimidos 1 mg/día 8 horas entre tomas
	1 comprimido 0,5 mg/día por la mañana	2 comprimidos 0,5 mg/día 8 horas entre tomas	

ELECCION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La elección del tratamiento debe realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta las características del fumador, contraindicaciones, interacciones y perfil de efectos adversos de los fármacos, experiencias previas y preferencias del fumador. (Tabla III).

MÉTODO RHD (REDUCCIÓN HASTA DEJARLO)

Esta estrategia puede utilizarse, tanto en pacientes que no quieren dejar de fumar pero están dispuestos a reducir el consumo, como en aquellos que no desean un cese brusco de consumo. Consiste en la reducción al menos de 50% de los cigarrillos consumidos, mantenida durante al menos 4 meses y validada mediante descenso del CO espirado, con el objetivo final del cese definitivo. (Algoritmo 1).

En esta estrategia se recomienda el uso de fármacos, que pueden ser cualquiera de los utilizados habitualmente en la cesación, aunque los estudios con bupropión no han demostrado mejorar las tasas de abandono respecto a placebo.

Existe evidencia del aumento de eficacia, tanto en la reducción como en el abandono definitivo del tabaco con TSN¹⁸. Puede utilizarse cualquier forma de TSN aunque las más recomendadas son las formas de liberación rápida (chicles, comprimidos o spray bucal). El programa con TSN consta de tres fases.

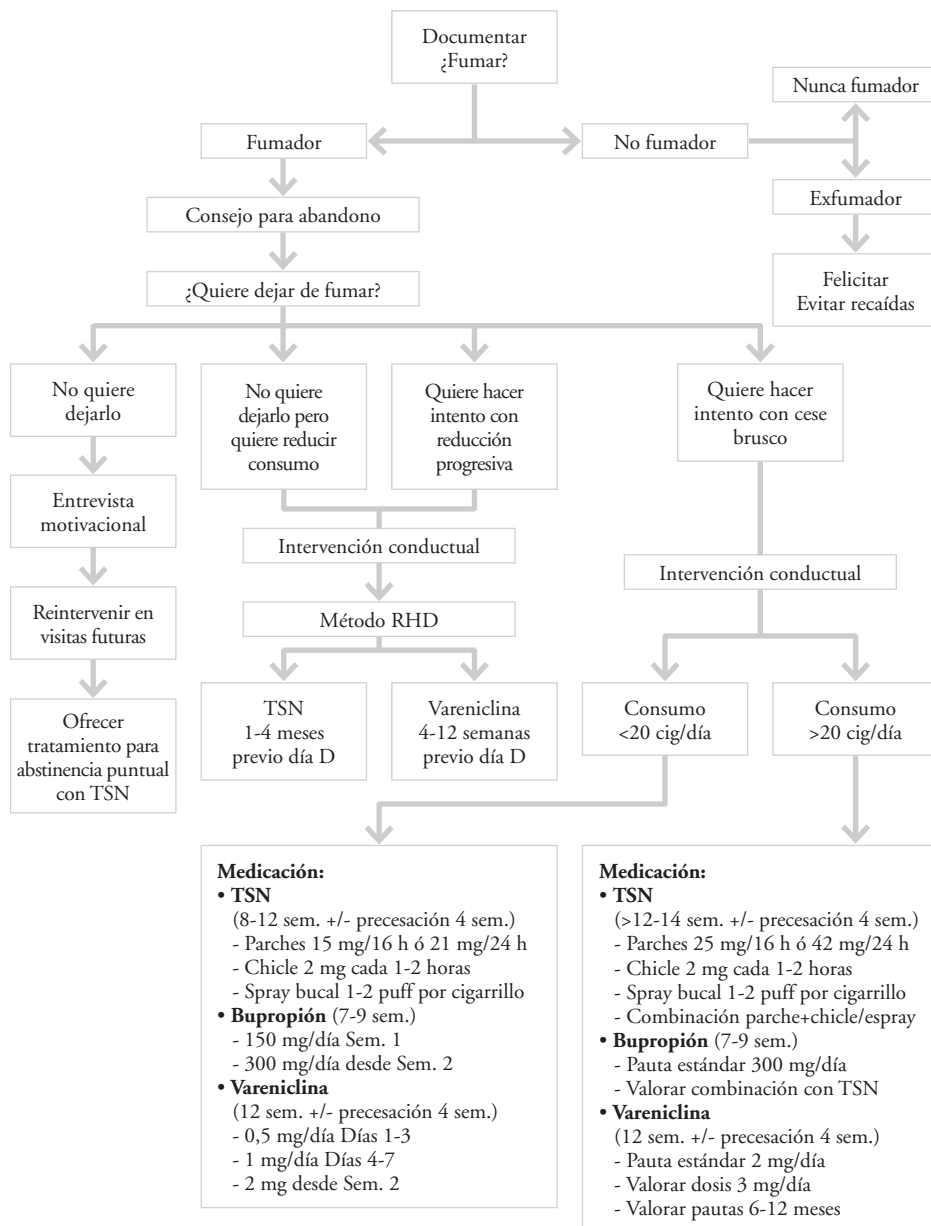
- Reducción progresiva hasta al menos el 50% del consumo inicial, sustituyendo los cigarrillos por TSN. Esta fase tiene una duración de entre 6-8 semanas.
- Mantenimiento de la reducción y planteamiento de abandono completo. Duración de 1-4 meses.
- Mantenimiento de la abstinencia y reducción progresiva de TSN.

Recientemente también se ha realizado un ensayo clínico con vareniclina frente a placebo que demuestra la eficacia y seguridad de este tratamiento dentro de la estrategia RHD¹⁹.

Tabla III. Contraindicaciones, efectos secundarios y precauciones

Fármaco	Contraindicaciones	Efectos secundarios	Precauciones	
Vareniclina	Hipersensibilidad.	Nauseas, vómitos. Cefalea. Insomnio, sueños anormales. Estreñimiento, flatulencia.	No se recomienda en niños, embarazo y lactancia. En insuficiencia renal grave reducir a mitad de dosis. Uso con precaución en alteraciones psiquiátricas.	
Bupropión	Hipersensibilidad. Trastornos convulsivos. Tumores SNC. Deshabitación brusca de alcohol o BZD. Anorexia nerviosa o bulimia. Cirrosis hepática grave. Trastorno bipolar. Uso de IMAO en los 14 días previos. Niños. Embarazo y lactancia.	Insomnio. Cefalea. Sequedad de boca. Alteración del gusto. Reacciones cutáneas. Raras: convulsiones, efectos cardiovasculares y reacciones cutáneas severas.	Reducir a mitad de dosis en insuficiencia hepática leve-moderada, insuficiencia renal y ancianos. No utilizar en pacientes con umbral convulsivo bajo. Interacciones con fármacos con metabolismo hepático.	
TSN	Generales	Hipersensibilidad. IAM reciente. Angina inestable. Arritmias graves. Niños. Embarazo. Lactancia.	Cefaleas. Insomnio, sueños anormales. Palpitaciones, mareos. Parestesias, mialgias. Mal sabor de boca.	Puede utilizarse en adolescentes 12-17 años bajo supervisión médica. En embarazadas con alta dependencia que no consiguen abandono sin tratamiento puede recomendarse bajo supervisión médica. Utilizar con precaución en: - Hipertensión no controlada. - Feocromocitoma. - Úlcera péptica activa. - Hipertiroidismo. - Daño hepático o renal grave.
		Chicles	Infección orofaríngea. Alteraciones de la dentición. Lesión articulación temporo-mandibular.	
	Comprimidos	Infección orofaríngea.	Irritación orofaríngea. Náuseas, pirosis. Hipo, tos.	
	Spray Bucal	Infección orofaríngea.	Hipo. Irritación orofaríngea. Náuseas, pirosis, flatulencia. Sequedad de boca.	
	Parches	Psoriasis grave.	Eritema. Exantema. Eczema. Prurito.	

Algoritmo 1. Algoritmo de tratamiento



SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ABANDONO

A todos los fumadores se les debe realizar un seguimiento durante el proceso de deshabituación tabáquica y posteriormente para la prevención de recaídas. El nivel asistencial en el que se realice este seguimiento, así como la intensidad del mismo, dependerá de las características del fumador.

La atención al fumador debe recaer en personal con formación para el abordaje del tabaquismo, bien sea en Atención Primaria, en la consulta general del neumólogo o en unidades especializadas, debiendo existir criterios consensuados para la derivación de unos niveles a otros.

CONCLUSIONES

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública y la intervención en tabaquismo es el patrón oro de las intervenciones preventivas por su alto coste/efectividad. Por ello, todos los profesionales sanitarios estamos obligados a realizar intervenciones en tabaquismo en los fumadores, tanto en los que desean abandonar el consumo para facilitar el proceso, como en los que no quieren dejar de fumar para motivarles a replantearse su conducta de fumador.

Un gran porcentaje de los fumadores desea dejar de fumar. Sin apoyo, las tasas de éxito son bajas. Existen tratamientos, tanto farmacológicos como terapias psicológicas, que aumentan significativamente las tasas de abandono, siendo las terapias combinadas las que han demostrado mayor eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III. 2003.
2. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99:29–38.
3. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008.
4. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Madrid: Comité Nacional de Prevención del tabaquismo. 2008.
5. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. *The Guilford Press*. 2002.
6. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009; 338:b1024.
7. Hughes JR, Rennard SI, Fingar JR, Talbot SK, Callas PW, Fagerstrom KO. Efficacy of varenicline to prompt quit attempts in smokers not currently trying to quit: a randomized placebo-controlled trial. *Nicotine Tob Res*. 2011; 13:955–64.
8. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 3:CD002850.
9. Myung SK, McDonnell DD, Kazinets G, Seo HG, Moskowitz JM. Effects of weband computer-based smoking cessation programs: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2009; 169:929–37.
10. Hughes J.R. An updated algorithm for choosing among smoking cessation treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment* 45. 2013; 215–21.

11. Shiffman S, Ferguson SG. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. *Addiction*. 2008 Apr; 103(4):557–63.
12. Kate Cahill, Sarah Stevens, Rafael Perera, Tim Lancaster. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
13. Jays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, González D, Durcan MJ, et al. Sustained-release bupropion form pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2001; 153:423–33.
14. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams K, Billing C, Reeves K, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296:64–71.
15. Reeves K, Watsky E, Williams K, et al. 2006. The safety of varenicline taken for 52 weeks for smoking cessation. Society for Research on Nicotine and Tobacco 12th Annual Conference Orlando, FL, USA.
16. Hajek P, McRobbie HJ, Myers KE, Stapleton J, Dhanji AR. Use of varenicline for 4 weeks before quitting smoking: Decrease in ad lib smoking and increase in smoking cessation rates. *Archives of Internal Medicine*. 2011; 171(8):770–7.
17. Jimenez C, Barrios M, Peña B, Cicero A, Mayayo M, Cristobal M, Perera L. Increasing the dose of varenicline in patients who do not respond to the standard dose. *Mayo Clin Proc*. 2013; 88:144
18. Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Un nuevo planteamiento del tratamiento del tabaquismo. *Prev Tab*. 2006; 8(1).
19. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, et al. Placebo-controlled randomized trial of varenicline for smoking cessation through reduction ('reduce-to-quit'). Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe 15th Annual Conference, Galicia, Spain.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE FUMADOR

Lidia Perera López

Unidad Especializada en Tabaquismo de la Comunidad de Madrid

Meritxell Peiró Fàbregas

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Paz Vaquero Lozano

Unidad de Tabaquismo. CEP. Hermanos Sangro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería representan al mayor número de profesionales de la salud en todo el mundo, están implicados en la mayoría de visitas de los pacientes, y por tanto, tienen un papel único en la intervención del tabaquismo. Para lograr los objetivos de reducción del consumo de tabaco propuestas por Healthy People 2010, deben ser formadas para ayudar a dejar de fumar, evitar el consumo de tabaco, y promover estrategias para disminuir la exposición al humo de segunda mano¹.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) alienta a este personal sanitario a “integrar la prevención y cesación del consumo de tabaco como parte de su práctica regular de enfermería” (CIE, 2012)¹.

Consejo sanitario antitabaco

Un objetivo primordial de enfermería es implementar el consejo antitabaco en la práctica clínica diaria. Hay evidencia de que el consejo que los enfermeros/as brindan a los pacientes para dejar de fumar puede aumentar hasta en un 50% las probabilidades de éxito en el abandono del tabaco². Si, además, a dicho consejo se añade un control a ese paciente, el efecto de esta intervención será más eficaz, con pruebas razonables de ello³.

El consejo sanitario es el instrumento de intervención más sencillo y económico, consigue cambios de conducta y ha de ser claro, firme y personalizado.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN TABAQUISMO

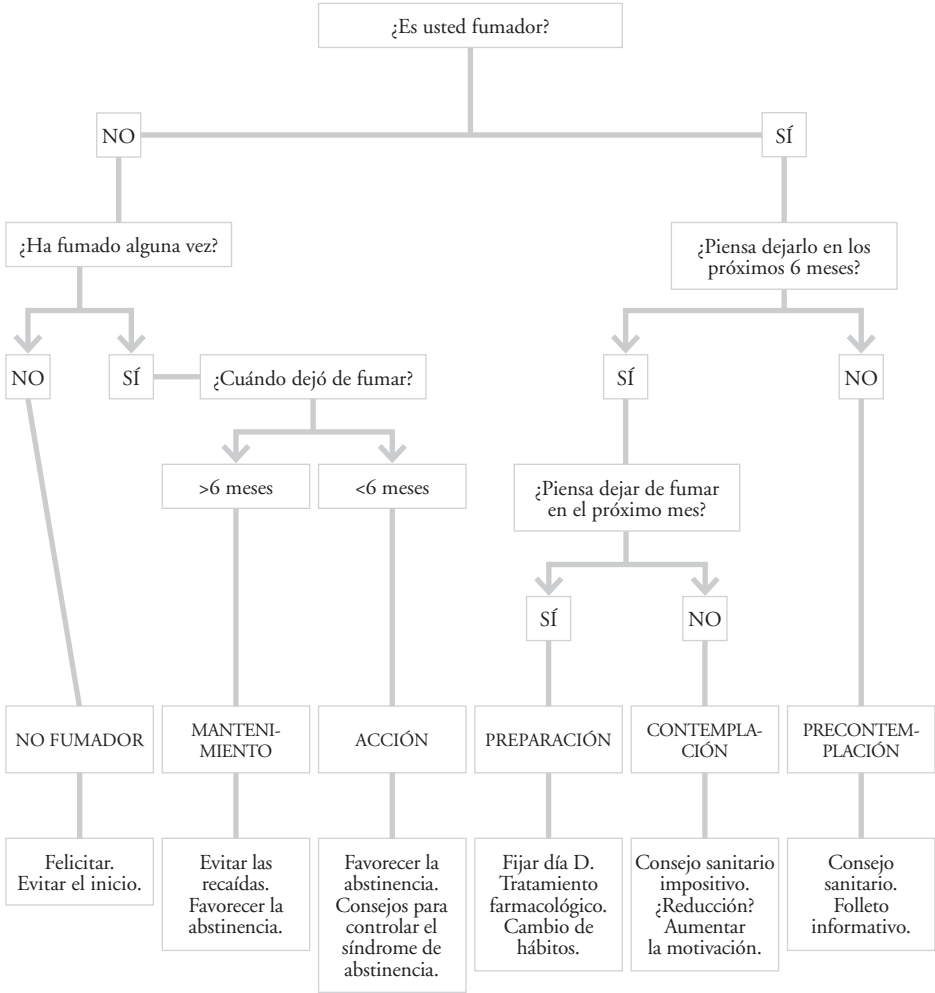
Actividad asistencial

Los profesionales de enfermería, pueden identificar los problemas del hábito tabáquico, y tratarlos independientemente, usando las definiciones del modelo propuesto por Prochazka y DiClemente para crear etiquetas que describen las diferentes respuestas del fumador con relación al tabaco. Este modelo consta de cinco fases⁴ y ayuda a realizar el diagnóstico del fumador. (Algoritmo 1).

Aunque los fumadores deseen dejar de fumar, muchas veces no toman inmediatamente la decisión de hacerlo. Dependiendo de la fase en la que se encuentre el fumador se llevarán a cabo distintos enfoques terapéuticos. Si se encuentra en fase de precontemplación, el objetivo será que el fumador tome conciencia de su problema. Debe recibir información y consejo sanitario. Si se trata de fumadores en fase de contemplación, el enfoque estará dirigido a ofrecer apoyo y confianza, ya que muchos de ellos ya han experimentado fracasos anteriores. Se les dará pautas para que retrasen el consumo del primer cigarrillo del día, así como decidir y preparar el proceso de deshabituación. Se deberá seguir los siguientes pasos⁵:

1. Preguntar el número de cigarrillos que consume al día y desde cuándo está fumando esa cantidad. Con estos datos se calculará: número/paquetes año (se multiplica el número de cigarrillos consumidos al día por el número de años que lleva consumiendo tabaco y su resultado se divide entre 20).
2. También se medirá el grado de dependencia a la nicotina mediante el test de Fagerström. La puntuación del paciente ayudará a elegir el tratamiento más adecuado.

Algoritmo 1. Fases de abandono del fumador (Prochaska y DiClemente)



3. A continuación se hará una valoración del paciente donde tomaremos sus constantes (tensión arterial, frecuencia cardíaca y SpO₂), mediremos su altura y su peso y calcularemos su índice de masa corporal. Es importante realizar una intervención en nutrición para llevar un buen control ponderal con el fin de evitar recaídas en aquellos pacientes que muestren preocupación por el peso, sobre todo en mujeres. Se darán al paciente unas recomendaciones dietéticas e insistiremos en la realización de ejercicio físico diario. (Tabla I).
4. Mediremos con un cooxímetro el monóxido de carbono en aire espirado.
5. En Unidad Especializada en Tabaquismo se pueden medir los niveles de cotinina de los fumadores en líquidos corporales, es decir, en sangre, saliva y orina.
6. Es importante que el paciente fije su día D, que será aquel a partir del cual no consumirá tabaco. Se deberá aconsejar que lo diga a su entorno para recibir apoyo y le motiven, también se le ayudará a ser capaz de identificar las consecuencias que acarrea el tabaco, así como las ventajas que obtendrá a corto y a largo plazo. Es muy importante aclarar las ideas erróneas sobre el tabaco, y evitar recaídas por ideas de falso control. Por otro lado, se darán técnicas, pautas y consejos para poner en práctica en los primeros días sin tabaco así como consejos para afrontar los síntomas del síndrome de abstinencia. (Tablas II y III).

Una vez el paciente marque su día D, se pautará un seguimiento a ese paciente. Un ejemplo de ello puede ser realizar 9 consultas a lo largo de 6 meses de seguimiento. En todas ellas se realizará:

- Apoyo psicológico al fumador.
- Verificar la abstinencia.
- Objetivar beneficios.
- Control del tratamiento farmacológico en caso de que lo esté recibiendo.
- Prevención de recaídas.
- Objetivar beneficios.

Tabla I. Recomendaciones dietéticas

Recomendaciones dietéticas para los pacientes

- Beber como mínimo dos litros de agua al día.
- Realizar cinco comidas al día poco copiosas.
- Comer despacio.
- Cocinar con menos grasa (no fritos o rebozados) y elegir alimentos poco grasos o calóricos.
- Utilizar aceite de oliva como grasa alimenticia sin exceder de dos a tres cucharadas al día.
- Sustituir el azúcar por sacarina.
- Consumir más pescado (sobre todo pescado blanco y mariscos) que carne, la cual debe ser magra siendo mejor las aves.
- Procurar no consumir alcohol ni bebidas gaseosas ya que aportan calorías y no nutrientes.
- Consumir dulces, helados, nata, salsas, quesos grasos o curados, embutidos y platos precocinados pocas veces al mes.
- Utilizar la sal con moderación.
- Sustituir los lácteos enteros por desnatados.
- Aumentar el consumo de verduras, frutas y hortalizas.
- Hacer ejercicio físico a diario, mínimo una hora.
- Si entre horas se tiene hambre consumir fruta, yogures desnatados e infusiones.
- Hacer una dieta variada y equilibrada

Tabla II. Consejos para el paciente

Consejos que el paciente no debe olvidar

- Piensa en dejar de fumar solo por el día presente.
- Dejar de fumar es difícil pero no imposible, merece la pena que dedicarle el tiempo y esfuerzo adicional.
- Procura comer muchas veces y poco cada vez. Evita el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes. Los zumos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán tus mejores alimentos durante este período.
- Durante los primeros días sentirás un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero poniendo en práctica técnicas de relajación y respiración, así como actividades que te distraigan, se superan.
- A medida que pasa el tiempo disminuyen los riesgos atribuibles al tabaco, como cáncer de pulmón o infarto de miocardio.
- Mejora el olfato, el gusto y el estado de la piel.
- Las situaciones de tensión o de estrés se pueden superar sin un cigarrillo.
- Date un premio con el dinero que ahorras cada día (el dinero que derrochabas antes en tabaco).
- Vigilando un poco la dieta y haciendo ejercicio el peso se puede mantener.
- elícitate cada día por el logro que estás consiguiendo.
- No cedas nunca, ni siquiera por un cigarrillo. Ya que cuando se fuma algún cigarro se recae.

Tabla III. Consejos para controlar el síndrome de abstinencia

SÍNTOMA	CONSEJOS PARA CONTROLARLO
DESEO INTENSO DE FUMAR	<p>Espera. Las ganas de fumar duran un par de minutos y cada vez serán menos frecuentes e intensas.</p> <p>Cambie de lugar o situación.</p> <p>Beba agua o zumo.</p> <p>Mastique chicle sin azúcar.</p> <p>Permanezca ocupado: aficiones, deportes...</p>
IRRITABILIDAD	<p>Pasee.</p> <p>Dúchese o tome un baño.</p> <p>Beba infusiones relajantes.</p> <p>Haga técnicas de relajación y respiración.</p> <p>No consuma café o bebidas excitantes.</p>
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	<p>No se exija un alto rendimiento durante un par de semanas.</p> <p>Duerma más.</p> <p>Evite bebidas alcohólicas.</p> <p>Haga deporte.</p>
AUMENTO DE APETITO	<p>Beba mucha agua y líquidos.</p> <p>Evite grasas y dulces.</p> <p>Aumente las verduras y las frutas en la dieta.</p> <p>Coma con más frecuencia y menor cantidad.</p>
INSOMNIO	<p>Evite café, té y colas por las tardes.</p> <p>Aumente el ejercicio físico por la tarde.</p> <p>Al acostarse tómese un vaso de leche caliente, tila o valeriana.</p> <p>Evite las siestas.</p> <p>Sea muy regular con los horarios de sueño.</p> <p>Cene ligero y dos horas antes de acostarse.</p>
CANSANCIO, DESÁNIMO	<p>Mantenga su actividad.</p> <p>Haga lo que más le guste.</p> <p>Prémiese.</p> <p>Evite la soledad. Busque compañía de amigos.</p> <p>Aumente las horas de sueño.</p>
ESTREÑIMIENTO	<p>Camine. Haga ejercicio.</p> <p>Dieta rica en fibra.</p> <p>Beba muchos líquidos, sobre todo agua.</p> <p>Sea regular en sus hábitos.</p>

Actividad docente

Una de las funciones será ejercer correctamente la función educadora. En ella, enfermería puede participar en grupos de formación a todo el personal sanitario, no sólo personal de enfermería sino en todos los ámbitos sanitarios. También colaborar en centros de educación primaria o secundaria dando cursos sobre prevención del tabaquismo para evitar el inicio de los más jóvenes. La actividad docente debería estar ya presente en el pregrado y formar parte curricular del Grado de Enfermería.

Actividad investigadora

Liderar proyectos de investigación, como investigador principal o colaborando en la realización de diferentes ensayos clínicos así como realizar diferentes estudios de investigación sobre prevención y tratamiento del tabaquismo a través de ponencias o comunicaciones a congresos. Participar en guías clínicas, manuales o consensos.

PROCEDIMIENTOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Medición del monóxido de carbono

La medición del monóxido de carbono es un método incruento y nos permite conocer las características del fumador, su patrón de consumo y saber con precisión qué grado de tabaquismo tiene. La cantidad de monóxido de carbono está en relación con el número de cigarrillos que el paciente fuma aunque hay pacientes que fumando pocos cigarrillos dan niveles altos de monóxido de carbono, o viceversa. Esto es debido a diferencias en el patrón de consumo (la frecuencia, la intensidad de las caladas, tragarse más o menos el humo del tabaco, edad...). En cuanto a la valoración de la cooximetría, si los niveles son superiores a 10 ppm en el aire espirado, corresponde a sujetos fumadores. Si los niveles son de 6 a 10 ppm, corresponden a individuos fumadores esporádicos. Y si las cifras están por debajo de 6 ppm, a personas no fumadoras. La cooximetría servirá para validar la abstinencia tabáquica en el seguimiento del paciente y será un elemento motivador para el paciente. Si se cumplen los criterios establecidos también se realizará una espirometría, con el fin de descartar que el paciente ya presente EPOC. Además el resultado de esta nos puede servir como elemento motivador o incentivador.

El paciente debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de 15 segundos, y después proceder a una espiración lenta, prolongada y completa. Se esperará unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice y marque el número exacto de ppm de CO, Algunos de ellos también miden la correlación con el porcentaje de carboxihemoglobina (% COHb).

Medición de cotinina

La medición de cotinina ayuda a conocer de forma objetiva el grado de tabaquismo del fumador, pudiendo adecuar el tratamiento de forma precisa. La cotinina permanece unas 30 horas en el organismo, es posible medirla en sangre, orina y saliva lo que permite hacer un examen sin extracciones de sangre.

- **Sangre:** se toma una muestra sanguínea; se centrifuga la sangre y se trasfiere a un tubo de transporte que se congela para analizarse. Es el resultado más fiable porque da la cantidad exacta de cotinina.
- **Saliva:** el paciente acumula saliva en la boca. Se coloca debajo de la lengua la almohadilla del dispositivo, sin masticar ni chupar. Cuando el dispositivo se pone de color azul se saca de la boca. Se introduce en el dispositivo de recolección y se tapa, sellando finalmente el tubo. Se analiza.
- **Orina:** se recoge una muestra de la última orina del día anterior a la consulta. Se introduce una tira reactiva de cotinina durante 20 segundos. Da el resultado de niveles en ng/ml.

La concentración media de la cotinina en sangre de los fumadores expuestos al humo ambiental ha sido medida en 10 ng/ml. La concentración media en los fumadores activos es más o menos de 300 ng/ml, valores por encima de estas cifras se consideran graves.

IMC

El IMC es el resultado de dividir el peso entre la talla en metros al cuadrado. Conviene adaptarlo a la edad y el sexo del paciente. El peso preocupa mucho a un perfil de pacientes, sobretodo en mujeres que no presentan obesidad previa. Se deberá hacer un control ponderal en cada visita y dar recomendaciones para el control del mismo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento depende del diagnóstico y debe adecuarse a las características del fumador. El profesional de enfermería debe ofrecer a los pacientes que desean dejar de fumar dos tipos de intervenciones: una conductual, para eliminar la dependencia psíquica, y otra farmacológica, para aliviar la dependencia física por la nicotina.

La terapia farmacológica aumenta las tasas de abstinencia de aquellos pacientes que están decididos a dejar de fumar. Por eso es muy importante que sea personalizada y adecuada a cada fumador para así aumentar sus posibilidades de éxito⁶.

Actualmente hay 3 tipos de terapias:

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

- De liberación rápida: chicles (2 y 4 mg) y comprimidos para chupar (1 y 2 mg) de nicotina. El paciente tiene que masticar/chupar despacio hasta que note el sabor. Hay que explicar al paciente que, cuando note el sabor, ya no mastique/chupe más y deje el chicle/comprimido entre la mejilla y la encía. Cuando desaparezca el sabor, hay que volver a masticar/chupar, repitiendo este mecanismo hasta que al fumador se le quiten las ganas de fumar. Si existen efectos secundarios hay que comentarlos con el profesional de enfermería.
- Espray bucal de nicotina: permite una pulverización de nicotina directamente a la boca de una forma fácil y cómoda. Alivia rápidamente el craving, controlando los picos de ansiedad de forma rápida.
- De liberación lenta: parches de 16h y 24h, con distintas dosis de nicotina. Se debe explicar la colocación correcta de los parches, sus precauciones y contraindicaciones.

Bupropión 150mg (Zyntabac®)

Es un tratamiento que debe iniciarse antes de la fecha en la que el paciente comience a dejar de fumar, aproximadamente una semana antes. El paciente toma 150 mg durante los 6 primeros días, en el desayuno, aunque el paciente siga fumando durante dichos días. La semana siguiente tomará un comprimido de 150 mg dos veces al día, uno a primera hora de la mañana y otro 8 horas después. A partir de este momento el paciente deberá mantener la abstinencia. Este tratamiento durará aproximadamente unas siete semanas.

Es necesario administrar con mucha precaución y comentar sus efectos adversos.

Vareniclina 0,5 y 1 mg (Champix®)

La vareniclina es el tratamiento más novedoso y la única sustancia desarrollada específicamente para el tratamiento de la dependencia del tabaco⁷. Al igual que el bupropión, es un tratamiento que debe iniciarse antes del día D. Durante 3 días

el paciente tomará 0,5 mg después del desayuno, los 4 siguientes días tomará 0,5 mg cada 12 horas, una en el desayuno y otra en la cena; durante esa semana el paciente puede fumar y a partir del octavo día la dosis subiría a 1 mg/12h y el paciente ya no podrá fumar.

Es importante tomar vareniclina siempre con el estómago lleno (tras el desayuno y tras la cena). El tratamiento durará aproximadamente 12 semanas. Los efectos adversos más frecuentes, si bien habitualmente de leves a moderados y que no siempre conllevan la interrupción del tratamiento, son las náuseas, intolerancia gástrica, problemas de sueños y pesadillas. Al igual que con el resto de fármacos se debe conocer sus contraindicaciones. Se aconsejará al paciente tomar el tratamiento postprandial para evitar la intolerancia gástrica y adelantar el comprimido de la noche para evitar efectos sobre el sueño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub4.
2. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: who.int/en/; 2005. [Consulta: 10/12/2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr22/es/>
3. Rice VH, Hartmann-boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD001188. DOI:10.1002/146558.CD001188.pub4.
4. Mayayo Ulibarri ML. Papel de le enfermería en el control del tabaquismo. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO, editores. Tratado del tabaquismo. 1ª. Edición. Madrid: Aula médica. 2005; 557–63.
5. Mayayo Ulibarri ML, Amor Besada N. Papel de la enfermería en el control del tabaquismo. EN: Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, editores. Tratado del Tabaquismo, 2ª. Edición. Madrid: Grupo Aula médica. 2007; 463–70.
6. Mayayo Ulibarri ML. Papel de la Enfermería en la intervención diagnóstica y terapéutica del tabaquismo. En: Jiménez- Ruiz CA, Solano Reina S, editores. Monografías Neumomadrid Volumen VII/2004 Tabaquismo. Madrid: Ergon. 2004; 149–57.
7. Fagerström KO, Jiménez-Ruiz CA. Tratamiento farmacológico del tabaquismo: Vareniclina. EN: Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, editores. Tratado del Tabaquismo, 3ª. Edición. Madrid: Aula médica. 2012; 419–25.

EL TABAQUISMO EN EL PACIENTE CON EPOC

Dr. José Javier Lorza Blasco
Dra. Mari Carmen Bermejo Navas
Enfermera Eloísa Espí Cavalcanti
Servicio de Neumología. Consulta de tabaquismo
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la primera causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en nuestro medio.

La Guía Española de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GesEPOC) incluye el consumo de tabaco en la definición de la enfermedad^{1,2}: “La EPOC se define como una enfermedad respiratoria caracterizada esencialmente por una limitación crónica al flujo aéreo que no es totalmente reversible. Esta limitación al flujo aéreo se suele manifestar en forma de disnea y, por lo general, es progresiva. La limitación al flujo aéreo se asocia a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del humo de tabaco, que pueden producir otros síntomas como tos crónica, acompañada o no de expectoración. La EPOC se caracteriza también por la presencia de agudizaciones y de comorbilidades que pueden contribuir a la gravedad en algunos pacientes”.

Por su parte, el último documento de consenso de la GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) también destaca el papel etiológico fundamental del consumo de tabaco en la patogenia de la EPOC y subraya el carácter prevenible de la enfermedad³.

Enumeramos algunos datos que ponen de manifiesto la magnitud de este problema sanitario de primer orden:

- En España, el 24 % de la población de 15 años o más es fumadora (Encuesta Nacional de Salud, INE, datos referentes a 2011).
- En España, la prevalencia de la EPOC en la población adulta mayor de 40 años, se aproxima al 10% (IBERPOC 1997: 9,1%; EPISCAN 2007: 10,2%).
- El 15-25% de los fumadores habituales acaban desarrollando EPOC. Esta cifra alcanza el 50% en pacientes con tabaquismo acumulado igual o superior a 30 paquetes-año.
- El tabaco es el responsable del 80-90% de los casos de EPOC en nuestro medio.
- En estudios diseñados para la evaluación de tratamientos farmacológicos en la EPOC (Vestbo, EUROSCOP, TRISTAN, TORCH, ISOLDE, INSPIRE...) se constató la elevada prevalencia de tabaquismo en pacientes ya diagnosticados de EPOC, oscilando entre el 38% y el 77%. Esta prevalencia decrece a medida que el déficit funcional se agrava. En el estudio IBERPOC, un 25% de los enfermos con EPOC detectados reconocían ser fumadores
- Se estima que, al menos el 20% de los pacientes con EPOC hospitalizados siguen fumando durante el ingreso.
- La exposición involuntaria al humo de tabaco (tabaquismo pasivo o tabaquismo de “segunda mano”) también es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de EPOC.
- Se considera que la EPOC representa actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo y se cree que podría alcanzar el tercer puesto en la próxima década.

Ante esta realidad, la necesidad de diseñar políticas de control adecuadas para el control de esta epidemia es incuestionable. Por su parte, el Sistema Nacional de Salud ha establecido la prioridad de la implementación de una estrategia en EPOC y ha destacado el papel relevante de los neumólogos, de la atención pri-

maria y de la enfermería⁴. El Área de Tabaquismo de SEPAR ha publicado una normativa sobre el tratamiento del tabaquismo en pacientes con EPOC⁵. En ésta y en varios metanálisis y revisiones⁶⁻⁹ se apoya una buena parte de este documento.

RECURSOS

El tratamiento del tabaquismo es un modelo de eficiencia (coste/efectividad evaluada en años de vida ganados ajustados por calidad o AVACs) en intervenciones sanitarias⁷.

Personal (¿Quién?)

Todo facultativo que diagnostica y trata pacientes con EPOC debe formarse e implicarse en el manejo específico del tabaquismo. El personal de enfermería juega un papel muy relevante en la intervención. El equipo que trata específicamente el tabaquismo puede ser el mismo que trata la EPOC o puede ser diferente atendiendo a aspectos organizativos, de capacitación o de eficiencia.

Contexto y nivel de intervención (¿Dónde y Cuánto?)

Paciente ambulatorio

- Consulta de Atención Especializada en Tabaquismo, que a su vez se estratifica en tres niveles propuestos por SEPAR: Unidad Básica, Unidad Especializada o Unidad Especializada de Alta Complejidad. En la página web www.separ.es se especifican los requisitos para obtener las acreditaciones correspondientes.
- Consulta de Neumología no especializada en tabaquismo.
- Consulta de Atención Primaria no especializada en tabaquismo.
- Consulta de otras especialidades.

Paciente hospitalizado

Esta situación representa una excelente oportunidad para comenzar tratamiento¹⁰ o continuar si ya se hubiera iniciado. Es interesante que al alta conste el tabaquismo entre los diagnósticos finales y que las recomendaciones se especifiquen en el apartado de tratamientos.

Las intervenciones de baja intensidad también son eficaces pero no debe olvidarse que los tratamientos intensivos aportan mejores resultados.

Material (¿Con Qué?)

- Consulta médica o de enfermería convencional. En caso de pacientes hospitalizados la atención puede hacerse a pie de cama.
- Material escrito: test, instrucciones, material de autoayuda, fórmula de cálculo de la edad pulmonar.
- Bases de datos informatizadas. Facilitan la recogida sistematizada, el acceso, la interacción entre profesionales y la investigación clínica.
- Determinación bioquímica de exposición: la cooximetría de aire espirado es un recurso altamente recomendable. La determinación de cotinina en sangre, orina o saliva no se encuentra disponible en la mayoría de nuestros centros de trabajo. Otros parámetros como nicotina, tiocianato, anabasina o anabatina no suelen utilizarse en clínica.
- Espirometría. El cese tabáquico puede frenar el deterioro pulmonar en los pacientes con EPOC mejorando claramente su pronóstico. Así, aunque se ha discutido la necesidad o la conveniencia de realizar de forma sistemática a los fumadores en general, no hay duda de que en los pacientes con EPOC que intentan dejar de fumar esta técnica está claramente indicada.

HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS

Historia clínica general y exploración física

Anamnesis general. Historia clínica habitual completa con especial atención en los siguientes aspectos:

- Antecedentes psiquiátricos: esquizofrenia, trastorno bipolar (contraindicación formal de bupropión), anorexia o bulimia (contraindicación de bupropión), trastorno depresivo mayor, trastorno del pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático.
- Abuso de otras sustancias: alcohol, cocaína, opioides, cannabis u otros.
- Circunstancias que reduzcan el umbral convulsivo (contraindicación de bupropión).
- Otras enfermedades relacionadas con el tabaco (además de la EPOC).

- Cardiopatía isquémica reciente o arritmias graves: contraindicación de TSN.
- Dermopatías extensas: probable contraindicación de parches.
- Patología oral: probable contraindicación de TSN en forma de chicles, comprimidos para chupar y espray bucal.
- Alteraciones de articulación temporo-maxilar: probable intolerancia a chicles de nicotina.
- Fenilcetonuria o intolerancia a fructosa: intolerancia a comprimidos de nicotina.
- Embarazo.
- Fármacos: el abandono o reducción del tabaco puede conllevar al incremento en la actividad de numerosos fármacos. Por otro lado, considerar las interacciones farmacológicas con la medicación para dejar de fumar (sobre todo bupropión). Inhibidores de la MAO (contraindicado uso concomitante de bupropión con tiempo de lavado de 14 días).

Peculiaridades del fumador con EPOC y diferenciación entre el paciente con diagnóstico reciente de EPOC *versus* paciente con diagnóstico previo de EPOC

Es esperable que nuestros pacientes con EPOC muestren algunas peculiaridades en sus características de fumador:

- Consumo de mayor número de cigarrillos.
- Patrón de consumo desfavorable: profundidad de calada, retención de humo.
- Mayores niveles de monóxido de carbono.
- Mayor dependencia.
- Menor grado de motivación.
- Baja autoeficacia y autoestima.
- Mayor incidencia de depresión y ánimo deprimido.
- Incremento de peso (condicionado por el cese tabáquico) más problemático.

Resulta útil también diferenciar entre dos tipos de pacientes:

- Aquellos con diagnóstico reciente de EPOC que tienen mayor probabilidad de estar motivados y que responderán mejor a tratamientos convencionales.
- Pacientes con diagnóstico antiguo de EPOC, amplio historial de recaídas, muy bajos niveles de autoeficacia, gran desconfianza, frustración y desánimo, elevada presión interna y externa y que se muestran reacios a nuevos intentos. Este grupo necesitará un nivel de intervención más intensivo.

Estimación del consumo o exposición al tabaco

Cálculo de exposición acumulada referida por el paciente

Tradicionalmente se ha empleado un índice mal llamado paquetes/año (traducción de la lengua inglesa del término pack/year o p/y). Actualmente se prefiere la denominación de paquetes-año, años-paquete o años x paquetes/día. Se obtiene del producto del número de años fumando por el número de paquetes al día. Ejemplos:

- Ej. a. Fumador de 1 paquete al día durante 20 años: $20 \times 1 = 20$ paquetes-año.
- Ej. b. Fumador de medio paquete al día durante 40 años: $40 \times 0,5 = 20$ paquetes-año.
- Ej. c. Fumador de 2 paquetes al día durante 10 años: $10 \times 2 = 20$ paquetes-año.
- Ej. d. Fumador de 1 paquete al día durante 5 años y posteriormente de un paquete y medio durante 10 años: $(5 \times 1) + (10 \times 1,5) = 5 + 15 = 20$ paquetes-año.

Solo se calcula paquetes de 20 cigarrillos. No sirve para otras labores de tabaco como puros, puritos, pipa, pipa de agua.

De forma arbitraria, la exposición en pacientes con EPOC puede considerarse:

- Exposición leve: menor o igual de 5 paquetes-año.
- Exposición moderada: 6-15 paquetes-año.
- Exposición intensa: mayor de 15 paquetes-año.

Determinación objetiva de la exposición mediante la eliminación de monóxido de carbono (CO) en aire espirado (cooximetría)

Se trata de una técnica sencilla, muy difundida, eficiente y generalmente asequible.

Método: el sujeto hace una inspiración máxima y se mantiene en apnea durante 15 segundos. Finalmente realiza una espiración lenta y completa en la boquilla del aparato. El CO espirado medido se expresa en ppm (partes por millón). La cooximetría, además de su papel en el diagnóstico, tiene un valor pronóstico y es útil tanto en la confirmación de la abstinencia como en la motivación del paciente cuando las cifras disminuyen al dejar de fumar. No debería emplearse con intención “policial” y nunca debe ser motivo de confrontación con el paciente ya que, entre otras cosas, la técnica no está exenta de importantes limitaciones en la interpretación y son frecuentes los falsos positivos y falsos negativos (ver Tabla I). La vida media del CO es de 3 a 5 horas y en 48-72 horas se recuperan los valores normales en el organismo. Así, con frecuencia, determinaciones tras más de 12-24 horas de abstinencia son negativas. En la población general, el punto de corte para discriminar fumador de no fumador se establece en 10 ppm, pero en EPOC este punto de corte se establece en 5 ppm por su diferente patrón de consumo con frecuencia irregular y esporádico. (Tabla I).

Gasometría arterial

Los niveles de CO en aire espirado y de carboxihemoglobina (COHb) en sangre guardan una correlación lineal: $COhb\% = 0,16 \times COppm$ o dicho de otra forma, por cada 6 ppm de CO aumenta 1% la COHb. En pacientes con EPOC es frecuente disponer de gasometrías arteriales que, de paso, nos pueden orientar acerca de su estado de fumador de tal forma que COHb mayores del 2% pueden indicar consumo reciente.

Diferentes versiones del test de dependencia de Fagerström

En pacientes con diagnóstico reciente de EPOC, pueden emplearse la versión modificada clásica o la versión abreviada de dos preguntas o HSI. (Heavy Smoking Index).

Valoración del test de Fagerström completo:

- Puntuación de 0 a 3: dependencia leve.
- Puntuación de 4 a 6: dependencia moderada.
- Puntuación de 7 a 10: dependencia intensa.

Tabla I. Interpretación y limitaciones de la cooximetría (adaptados a pacientes con EPOC)

	CO ppm	Interpretación	Falsos positivos	Falsos negativos
Fumador con EPOC	≥20	Fumador intenso	CO exógeno (humos) Tráfico. Talleres, garajes Fuego Cocinas. Barbacoas Calefacciones Braseros Chimeneas Hornos Laboratorios Industria	
	15-19	Fumador moderado	CO endógeno Porfiria Hemoglobinopatías Intolerancia a la lactosa	
	6-14	Fumador leve	Otros Algunos edulcorantes Error de calibración	
	≤5	No fumador		Intervalo temporal (>12-24 horas sin fumar) Fumador leve Fumador esporádico Ejercicio físico Hiperventilación Técnica defectuosa Error de calibración

Valoración del HSI:

- De 0 a 2: baja dependencia.
- De 3 a 4: moderada dependencia.
- De 5 a 6: alta dependencia.

En pacientes con EPOC previamente diagnosticada se puede incluso reducir a una pregunta única: el tiempo que transcurre desde que el sujeto se levanta hasta que enciende su primer cigarrillo. Se interpreta como sigue:

- 5 minutos o menos: dependencia muy severa.
- 6-30 minutos: dependencia severa.
- 31-60 minutos: dependencia moderada.
- Más de 60 minutos: dependencia leve.

Escala de motivación

Los test clásicos de motivación, como el de Richmond, pueden simplificarse por una simple escalas analógica en las que el paciente se sitúa en cualquier punto entre dos extremos. (Figura 1).

- 0: ausencia total de motivación.
- 10: máxima motivación.

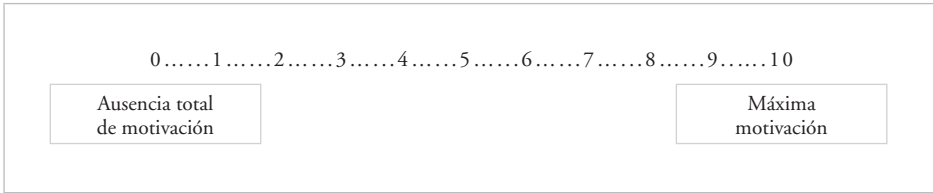
En función del resultado se perfila el paciente como preparado/dispuesto a llevar a cabo un intento serio de dejar de fumar o, por el contrario, no preparado/no dispuesto al mismo.

Escala de recompensa

Una pregunta sencilla con dos posibles respuestas evalúa esta esfera.

Cuando intenta dejar de fumar, ¿cuál de estas situaciones es la que le causa mayor dificultad? Debe elegir entre una de estas dos respuestas. Señale la que es más determinante para usted.

Figura 1. Escala analógica para evaluación de la motivación para dejar de fumar



A. Se muestra continuamente ansioso, irritable, nervioso.

B. No le gusta no poder fumar en aquellos momentos en los que auténticamente disfruta del placer de consumir un cigarrillo.

- Respuesta A: recompensa negativa.
- Respuesta B: recompensa positiva.

Dependencia psicológica cognitivo-conductual y gestual

Es aplicable el clásico test de Glover-Nilson utilizado en el tratamiento habitual del tabaquismo.

Valoración del estado de ánimo

La depresión es un trastorno ligado a la EPOC y también al tabaquismo. Es por tanto imprescindible considerar el estado de ánimo en todo paciente fumador y más aún cuando padece de EPOC. Proponemos formular estas dos cuestiones a nuestros pacientes:

a) Durante el mes pasado, ¿ha tenido usted algún sentimiento de tristeza, desánimo o se ha sentido deprimido?

b) Durante el último mes, ¿se ha sentido usted a menudo sin ganas y sin interés por hacer las cosas que antes le proporcionaban gusto y bienestar?

- Interpretación: Cuando las respuestas a estas 2 preguntas son afirmativas, las posibilidades de que el sujeto padezca depresión son muy elevadas.

Análisis de los intentos previos

Conviene recordar y valorar conjuntamente con el paciente las circunstancias que rodearon aquellos intentos de cese previos en los que se consiguió un mínimo de 24 horas de abstinencia completa. Se recomienda el registro de los siguientes aspectos:

- Número de intentos.
- Tiempo de abstinencia conseguido.
- Síntomas de abstinencia.
- Tratamientos recibidos.
- Causas de las recaídas.

HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS

Entrevista motivacional

Se trata de una herramienta que ha demostrado utilidad para promover el cambio en las conductas adictivas. Adquiere especial interés en pacientes reacios o ambivalentes ante el intento. Se basa en tres pilares de actuación.

- Colaboración con el paciente en lugar de confrontación. Se debe apoyar evitando excesos en la argumentación o actitudes demasiado persuasivas.
- Búsqueda de motivos propios para el cambio (evocación) en lugar de adoc-trinamiento.
- Prevalencia de la autonomía sobre el autoritarismo. El paciente es libre de seguir nuestras recomendaciones.

En el paciente con EPOC inveterado es imprescindible un acercamiento con empatía comprensión, respeto y flexibilidad.

Tratamiento cognitivo conductual¹¹

- Explicar la relación entre tabaquismo y EPOC. Recordar que el abandono del tabaco es lo más eficaz para el tratamiento de su enfermedad.

- Cambiar de mensaje en los pacientes con diagnóstico previo de EPOC.
- Utilizar los valores de la espirometría con fines motivadores y, mejor aún, los de la edad pulmonar estimada como demostró Parkes¹² y según la fórmula propuesta por Morris y Temple¹³:
 - Hombres. EDAD PULMONAR = $(2,87 \times \text{altura}) - (31,25 \times \text{FEV}_1) - 39,375$.
 - Mujeres. EDAD PULMONAR = $(3,56 \times \text{altura}) - (40 \times \text{FEV}_1) - 77,28$.
- * La altura está expresada en pulgadas (1 cm = 0,3937 pulgadas). El FEV₁, en litros.
- Elección del día para dejar de fumar (día “D”) o para comenzar la reducción.
- Identificación de situaciones de riesgo. Búsqueda de reflejos condicionados adquiridos tanto de carácter externo (consumo de alcohol, relación con lugares o tareas concretas, alimentación...) como de carácter interno (momentos de alegría o tristeza, adaptación social, emociones, añoranza...). Inicialmente se recomienda la evitación de estos desencadenantes o triggers para prevenir recaídas precoces. Posteriormente y de forma progresiva puede indicarse la exposición a los mismos (desensibilización sistemática).
- Desarrollo de conductas alternativas.
- Explicación de los síntomas del síndrome de abstinencia.
- Folletos informativos.
- Folletos de autoayuda.
- Pautar seguimiento específico.
- Soportes informáticos: teléfono, correo electrónico, aplicaciones para dispositivos móviles (APP), apoyo proactivo bidireccional.

Medidas farmacológicas

Tanto TSN, bupropión como vareniclina a dosis estándar han demostrado ser eficaces en el tratamiento del tabaquismo de pacientes con EPOC¹⁴⁻²¹.

No obstante, debido a las características de los fumadores con EPOC, y sobre todo aquellos con diagnóstico previo y recaídas frecuentes, se requieren tratamientos alternativos con estos fármacos. Aunque estas modalidades no se encuentren las fichas técnicas del producto, la literatura científica, el perfil de seguridad y las recomendaciones de expertos avalan su uso por profesionales con formación adecuada. Es muy recomendable informar al paciente de esta circunstancia y anotar en historia clínica que el paciente ha dado su consentimiento verbal.

Estas modalidades alternativas son:

- Reducción progresiva.
- Tratamiento precesación.
- Flexibilidad en el día “D”.
- Combinación de diferentes formas de TSN: por ejemplo, parches asociados a una forma de TSN rápida.
- TSN a dosis altas.
- Vareniclina a dosis altas. En pacientes con buena tolerancia y respuesta insatisfactoria a las dosis convencionales, se puede administrar hasta 3 mg el día repartidos en tres dosis.
- Dosis autoajustables de vareniclina.
- Prolongación de tratamiento. Hasta 6-12 meses.
- Combinación de fármacos. Por ejemplo, vareniclina a dosis estándar asociado a TSN de liberación rápida (ej: inhalador bucal o comprimidos) a demanda.

Algoritmos para el manejo integral del tabaquismo en pacientes con EPOC

En las figuras 2, 3 y 4 se detallan los algoritmos de diagnóstico y tratamiento según los perfiles obtenidos en la evaluación de los pacientes tomados de la Normativa SEPAR de tratamiento del tabaquismo en pacientes con EPOC⁵.

Figura 2. Algoritmo del diagnóstico del tabaquismo en fumadores con EPOC de reciente diagnóstico

(Tomado de la referencia 5 con permiso expreso de los autores)

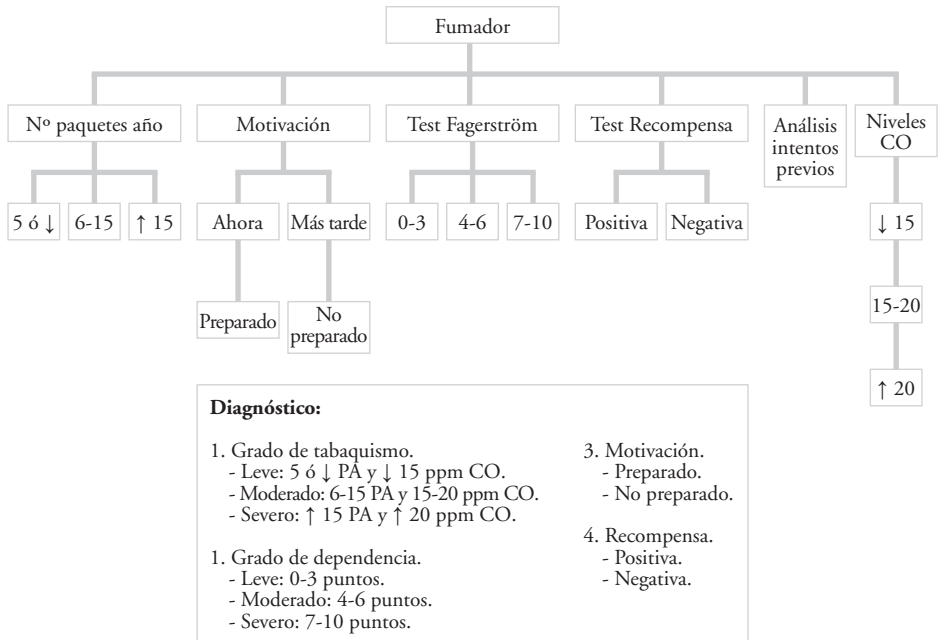


Figura 3. Algoritmo del diagnóstico del tabaquismo en fumadores con EPOC previamente diagnosticada
(Tomado de la referencia 5 con permiso expreso de los autores)

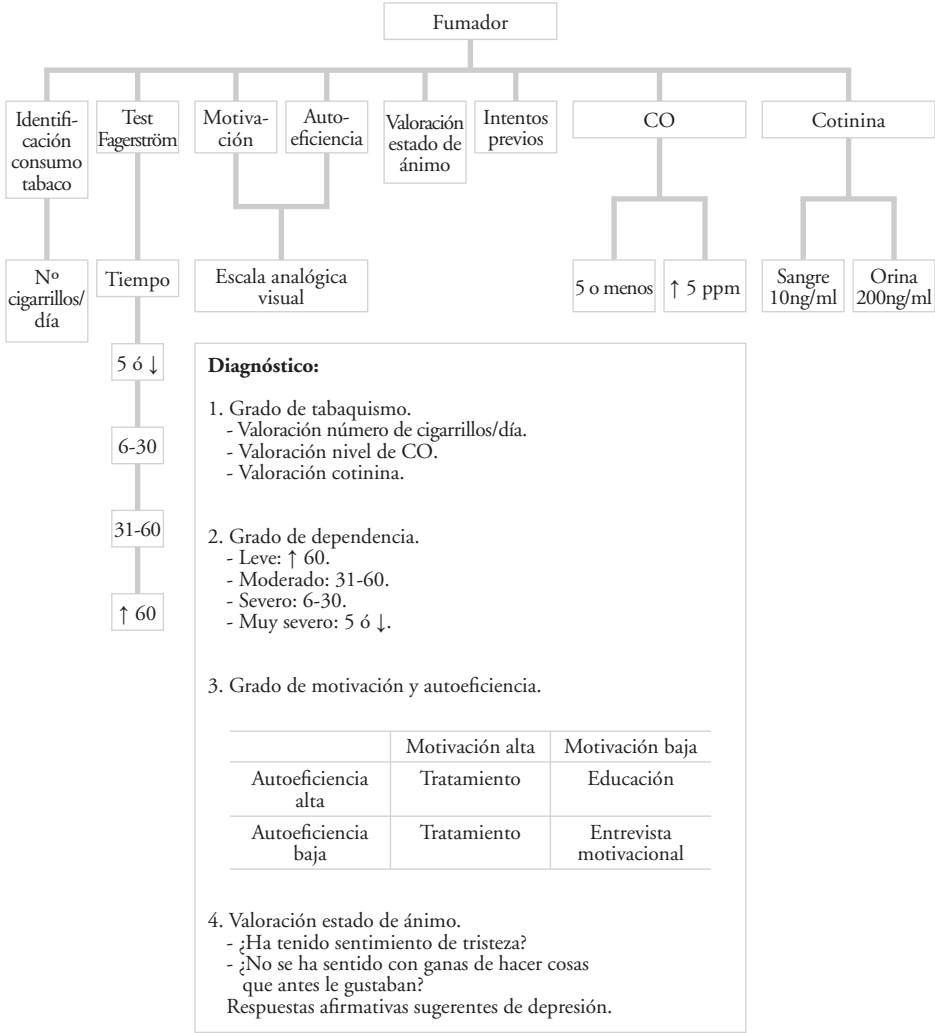
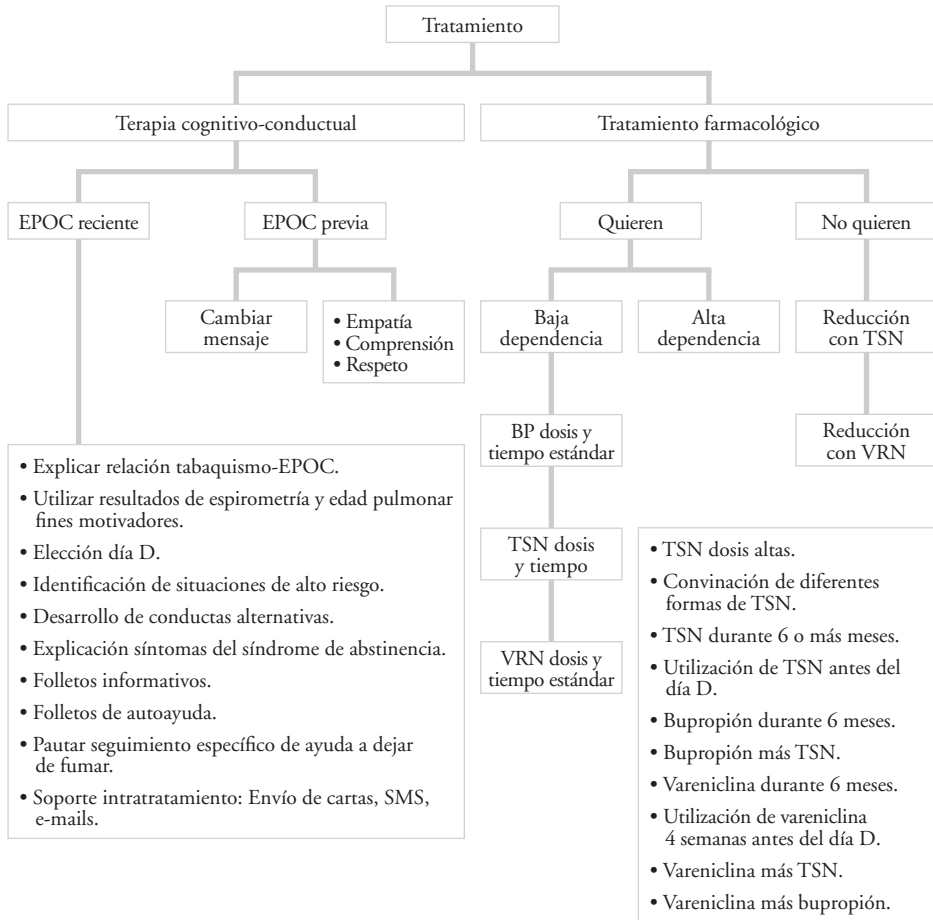


Figura 4. Algoritmo de la intervención terapéutica en fumadores con EPOC
 BP: Bupropión; TSN: terapia sustitutiva con nicotina; VRN: vareniclina
 (Tomado de la referencia 5 con permiso expreso de los autores)



BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol*. 2012; 48 (Supl. 1):2–58.
2. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P Quintano JA, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC): Actualización 2014. *Arch Bronconeumol*. 2014; 50(Supl. 1):1–16.
3. GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive lung Disease). Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. January 2014 GOLD. [Consulta: 04/12/2014]. Disponible en: <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Edita: MSC centro de publicaciones. 2009.
5. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes Costa Miñana J, Solano Reina S, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49:354–63.
6. Tønnesen P. Smoking Cessation and COPD. *Eur Respir Rev*. 2013; 22:127:37–43.
7. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MP. Long term effectiveness and costeffectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax*. 2010; 65:711–8.
8. Strassman R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials. *Eur Respir J*. 2009; 34:634–40.
9. Tashkin DP, Murray RP. Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary Disease. *Respiratory Medicine*. 2009; 103:963–74.

10. Sundblad BM, Larsson K, Nathell L. High rate of smoking abstinence in COPD patients: Smoking cessation by hospitalization. *NicotineTob Res.* 2008; 10(5):883–90.
11. Cristobal Fernández MI, MayayoUlibarri A, Cicero Guerrero A, Perea López L, Jiménez Ruiz JA. Intervención Psicológica en el abandono del tabaquismo. En: Manual de Tabaquismo. SEPAR 2012.
12. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age. The Step2quit randomised controlled trial *BMJ.* 2008(3); 598–600.
13. Morris JF, Temple W. Spirometric “lung age” estimation for motivating smoking cessation. *Prev Med.* 1985; 14:655–62.
14. Murray RP, Bailey WC, Daniels K, Bjornson WM, Kurnow K, Connett JE, et al. Safety of nicotine polacrilex gum used by 3,094 participants in the Lung Health Study. *Chest.* 1996;109(2):438–45.
15. Tønnesen P, Mikkelsen KL. Smoking cessation with four nicotine replacement regimes in a lung clinic. *Eur Respir J.* 2000; 16(4):717–22.
16. Tønnesen P, Mikkelsen K, Bremann L. Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *Chest.* 2006; 130(2):334–42.
17. Hilberink SR, Jacobs JE, Bottema BJ, de Vries H, Grol RP. Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC): six months’ results. *Prev Med.* 2005; 41(5-6):822–7.
18. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, Wouters EF, van Schayck CP. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med.* 2005; 165(19):2286–92.
19. Tashkin D1, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides M, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet.* 2001; 357(9268):1571–5.
20. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest.* 2011; 139(3):591–9.

21. Jiménez Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, MayayoUlibarri M, Cristobal Fernández M, Lopez Gonzalez G. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. *Nicotine Tob Res.* 2012; 14(9):1035–9.

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN SITUACIONES ESPECIALES

Dr. Francisco Javier Callejas González

Dr. Javier Cruz Ruiz

Dra. Ana Isabel Tornero Molina

Servicio de Neumología

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Albacete

Dra. Marta Genovés Crespo

Servicio de Cirugía Torácica

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Albacete

INTRODUCCIÓN

La elección del mejor abordaje para la deshabituación tabáquica debe ser individualizado para lograr el éxito. En los últimos años se ha abierto un abanico terapéutico en el manejo del tratamiento del paciente fumador, pero esto también ha creado una mayor confusión entre los profesionales sanitarios a la hora de decidir el fármaco más idóneo para sus pacientes.

Además, existen ciertas situaciones especiales en las que son fundamentales valorar el riesgo/ beneficio antes de prescribir un determinado tratamiento. Algunos de los fármacos empleados en la deshabituación están contraindicados ante determinadas circunstancias o asociados a ciertas comorbilidades, reduciéndose en estos casos el espectro terapéutico del que disponemos. En estas ocasiones, es recomendable utilizar la medicación con la que se tiene mayor experiencia.

Es importante diferenciar entre lo que son contraindicaciones y lo que son aparición de efectos secundarios. Las contraindicaciones no permiten pautar ese tra-

tamiento, mientras que la aparición de efectos secundarios es siempre potencial y hay que tenerla presente, pero permite la utilización de la terapia si es necesario. (Tabla I).

SITUACIONES ESPECIALES^{1,2}

Patología cardiovascular

Las dudas que existían en el pasado sobre su uso en cardiopatas han quedado despejadas³⁻⁵. La utilización de TSN en pacientes con cardiopatía estable es segura. En pacientes con angina inestable o infarto agudo de miocardio reciente la TSN puede utilizarse pero debe hacerse con precaución por su efecto vasoconstrictor. Los posibles riesgos derivados de la utilización de la TSN son menores que continuar fumando, ya que el tabaco además de la nicotina asocia otros productos nocivos como el monóxido de carbono. En estas circunstancias, es recomendable prescribir preparaciones con rápida reversibilidad como chiches, inhaladores o esprays nasales, en vez de la utilización de comprimidos o parches transdérmicos. En pacientes que fuman menos de 10 cigarrillos al día, pese a ser una población insuficientemente representada en los ensayos clínicos, se recomienda, en general, su uso cuando tienen cardiopatía³⁻⁵.

El bupropión no es un fármaco peligroso. Su perfil de tolerancia cardiovascular es favorable, tiene un bajo potencial de abuso y una baja cifra de efectos adversos leves⁶.

En cuanto a la vareniclina, a pesar de que se han observado altas tasas de cesación y abstinencia continua en pacientes con cardiopatía isquémica crónica estable, no se dispone de evidencia concluyente suficiente sobre el uso de vareniclina en el caso de cardiopatía isquémica aguda o inestable, aunque su uso no está contraindicado⁷⁻⁹.

Embarazo y lactancia

Las mujeres embarazadas presentan una motivación alta para dejar de fumar durante la gestación y es más probable que hagan un intento serio de abandono en ese momento. El mejor momento para comenzar con la deshabituación es desde que la mujer decide que quiere quedarse embarazada.

La deshabituación en la embarazada:

- Debe llevarse a cabo por personal entrenado, con material de apoyo específico y validación biológica.

Tabla I. Fármacos utilizados en deshabitación tabáquica. Contraindicaciones y precauciones en situaciones especiales

Fármacos	Contraindicaciones	Precauciones
<p>TSN general</p> <p>TSN chicles</p> <p>TSN parches</p> <p>TSN comprimidos</p> <p>TSN spray bucal</p>	<p>Úlcera gastroduodenal activa.</p> <p>Alteraciones articulación temporo-mandibular, trastornos dentarios y aftas bucales.</p> <p>Enfermedades dermatológicas que dificulten aplicación.</p> <p>Esofagitis aguda, inflamación oral y/o faríngea.</p> <p>Esofagitis aguda, inflamación oral y/o faríngea.</p>	<p>Enfermedades CV graves: IAM reciente, ACV reciente, angina inestable, HTA no controlada, IC avanzada, arritmias graves.</p>
<p>Bupropión</p>	<p>Embarazo y lactancia.</p> <p>Bulimia y anorexia.</p> <p>Umbral convulsivo disminuido, antecedentes de convulsiones o factores de riesgo para las mismas (ver tabla II).</p> <p>Cirrosis hepática.</p>	<p>Trastorno bipolar.</p> <p>Diabetes en tratamiento con antidiabéticos orales o insulina.</p> <p>Insuficiencia renal y hepática ajuste de dosis.</p>
<p>Vareniclina</p>	<p>Embarazo y lactancia.</p> <p>Insuficiencia renal terminal.</p>	<p>Trastorno bipolar.</p> <p>Insuficiencia renal grave ajuste de dosis.</p> <p>Antecedentes de patología psiquiátrica no controlada y síntomas depresivos durante su uso.</p>

- De elección se debe recomendar siempre el abandono del tabaco sin ayuda farmacológica, por medio de tratamiento conductual (apoyo psicológico, consejo sanitario...) para evitar los efectos secundarios derivados de los fármacos.
- Es recomendable incluir a la pareja durante el tratamiento, sea fumadora o no.
- En caso de no lograr la deshabituación con apoyo psicológico, el tratamiento de elección es la TSN, teniendo en cuenta que no está exenta de riesgos (cambios en el ritmo cardíaco fetal observados en el tercer trimestre). Las indicaciones son:
 - Dependencia física moderada-grave.
 - Fracaso del tratamiento psicológico.
 - Consume más de 20 cigarrillos al día.

Hay que hacer un seguimiento estrecho durante el tratamiento y combinarlo con psicoterapia. Preferentemente son de elección los preparados de administración rápida (chicles, comprimidos) que los preparados de administración continua^{1-3,5} para minimizar la exposición del feto. En el caso de precisar parches deberán utilizarse los de 16 horas¹⁰.

En la lactancia, la nicotina se excreta en la leche materna pudiendo afectar al bebé, por lo que debe evitarse. Si se precisa ayuda farmacológica para dejar de fumar, son de elección los comprimidos de TSN administrados después de amamantar y deben evitarse las dos horas previas.

La vareniclina y el bupropión están contraindicados durante el embarazo y la lactancia por la falta de estudios realizados³.

Psiquiátricos (depresión, trastornos de ansiedad, bulimia y anorexia, trastorno bipolar y esquizofrenia)

Los pacientes psiquiátricos tienen mayor prevalencia de consumo de tabaco que la población general, presentando una dependencia nicotínica más intensa y por tanto, un grave riesgo de morbimortalidad^{11,12}. En general, existe una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de la dependencia tabáquica^{13,14}. (Tabla II).

Precauciones en este tipo de pacientes:

- Se recomienda abordar el consumo de tabaco cuando la patología esté en situación estable. No obstante, aunque hasta hace poco tiempo se asociaba la deshabituación con en el riesgo de exacerbación de enfermedades psiquiátricas, actualmente la evidencia sugiere que los síntomas psiquiátricos habitualmente no empeoran, e incluso mejoran con el abandono del tabaco¹⁵.
- Seguimiento y monitorización estrecha del paciente.
- Estrategias conductuales intensas.

Depresión

Es recomendable combinar técnicas conductuales y farmacológicas individualizadas en cada paciente.

Tabla II. Efecto de la abstinencia de la nicotina sobre los niveles plasmáticos de fármacos utilizados en psiquiatría

Aumentan	No aumentan	Indeterminado
Clomiprima	Amitriptilina	Alprazolam
Clozapina	Clordiacepóxido	Clorpromacina
Desipramina	Etanol	Diazepam
Dimetildiazepam	Lorazepam	
Doxepina	Midazolam	
Flunazina	Triazolam	
Haloperidol		
Imipramina		
Oxacepam		
Nortriptilina		

Tomado de: Hernández Mezquita MA, González Bustos M, Julián de Sande G. Deshabituación tabáquica en situaciones especiales. En: Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M A, Torrecilla García M, editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ergón, 2006.

El bupropión se ha asociado a riesgo de convulsiones dosis-dependientes. El riesgo aumenta si el paciente está en tratamiento con antidepresivos como inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos y otras sustancias que disminuyan el umbral convulsivo. (Tabla III)^{5,16,17}

La TSN en pacientes psiquiátricos fumadores se puede recomendar con un grado de evidencia científica C. Las dosis utilizadas deben ser altas y entre 12 y 14 semanas. Se puede asociar a tratamiento antidepresivo: fluoxetina, nortriptilina, venlafaxina o bupropión. El uso asociado de TSN y bupropión puede aumentar el riesgo de hipertensión arterial, precisando un control de las cifras de tensión arterial¹⁷.

Tabla III. Fármacos y situaciones que aumentan el riesgo de convulsiones si se asocian con bupropión

Fármacos	Situaciones
IMAOS ISRS Neurolépticos Estimulantes del SNC Productos anorexígenos Opiodes Hipoglucemiantes o insulina Esteroides sistémicos Antidepresivos tricíclicos Agentes colinérgicos Fluoroquinolonas Interferón Mefloquina Teofilinas Carbapenems Tramadol	Historia de traumatismo craneal Antecedentes convulsiones Trastornos metabólicos Infecciones del SNC Alcoholismo Adicción a cocaína Cirrosis hepática Abuso de sedantes

Aunque inicialmente la vareniclina se había asociado con depresión, agitación, ideas suicidas e, incluso, suicidio, estudios posteriores han mostrado elevadas tasas de éxito en pacientes con depresión mayor estable, que podrían justificar la utilización en este colectivo de pacientes¹⁸, siempre realizándose una monitorización estrecha de los posibles síntomas asociados a cambios de conducta o en el estado de ánimo^{19,20}.

Trastornos de ansiedad

Los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina son más intensos en este grupo de pacientes. Es recomendable combinar la psicoterapia y los fármacos, precisando en ocasiones medidas más agresivas (TSN a dosis más altas individualizando según el paciente).

Bulimia y anorexia

En caso de anorexia o bulimia, el psiquiatra debe valorar si conviene o no iniciar la deshabituación ya que dejar de fumar puede implicar cierta ganancia de peso^{21,22}.

La TSN sería un buen apoyo farmacológico, tanto para evitar el síndrome de abstinencia como por el hecho que limita o evita aumentar de peso a corto plazo.

El empleo de bupropión está contraindicado²³ por su alta incidencia de convulsiones en estos pacientes.

La vareniclina no está contraindicada pero hacen falta más estudios que justifiquen el uso de manera habitual en estos pacientes.

Trastorno bipolar

El humo del tabaco provoca un aumento del metabolismo de algunos medicamentos, entre ellos la olanzapina²⁴, clozapina²⁵, haloperidol²⁶ y la fluvoxamina. Esto es de suma importancia en los pacientes con trastorno bipolar que fuman, ya que pueden llegar a requerir hasta un 50% de aumento en la dosis de estos medicamentos²⁷ o precisar el cambio de estos fármacos por otros que no aumenten su metabolismo con el tabaco. A este hecho se suma que la nicotina puede disminuir la eficacia ansiolítica de las benzodiazepinas y la capacidad de los bloqueadores beta para reducir la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea²⁶. Por lo tanto, los médicos deben ajustar los niveles de medicación si los pacientes fuman o están intentando dejar de fumar²⁸.

Aunque hay pocos estudios sobre el tratamiento de deshabitación en este tipo de pacientes, en los últimos años ha habido un aumento de éstos. Se recomienda el tratamiento combinado de farmacoterapia²⁹ y psicoterapia: terapias cognitivo-conductuales, motivacionales y de prevención de recaídas que pueden ser de manera individual o grupal y que hagan especial hincapié en la psicoeducación, reducción de ansiedad, refuerzos positivos y de orientación cognitiva-conductual³⁰.

Con respecto a la TSN, la combinación de formulaciones, en las que se añade una formulación de acción corta (chicles o aerosol nasal) a una formulación de acción más prolongada (parche), al disminuir el *craving*, mejora la eficacia al compararla con una sola formulación²⁹.

El bupropión no es un fármaco de primera elección en estos pacientes. En caso de ser necesario su uso, debe hacerse con especial precaución en pacientes con enfermedad estable y tener en cuenta que precisan un seguimiento estrecho debido a:

- La potencial interacción con otros medicamentos (la carbamacepina induce el metabolismo del bupropión y disminuye los niveles plasmáticos).
- El hecho de que se han descrito casos con efectos secundarios neuropsiquiátricos (agitación, convulsiones y suicidio).

En el tratamiento con vareniclina también hay que realizar un seguimiento estrecho para poder detectar si existe cualquier cambio en el estado de ánimo y la conducta durante el tratamiento, igual que con el bupropión.

No existen estudios que aclaren el momento óptimo para iniciar el tratamiento para dejar de fumar en los pacientes con trastorno bipolar, por lo que el clínico deberá determinar el mejor momento para intervenir. Sin embargo, en múltiples revisiones se concluye que en los períodos de estabilidad o eutimia serían los ideales para fomentar la cesación del tabaco^{31, 32}.

Esquizofrenia

Las personas con esquizofrenia presentan una mayor prevalencia de consumo de tabaco puesto que les ayuda a contrarrestar los efectos de los antipsicóticos. La gran dependencia que suelen presentar y los síntomas asociados a su enfermedad de base hace que se consideren uno de los grupos con mayor fracaso en el tratamiento de deshabitación, principalmente por el mal cumplimiento. Por todo ello, en ocasiones se puede considerar un éxito simplemente la reducción del consumo.

En todos los casos, la terapia farmacológica debe acompañarse de terapia cognitivo-conductual basada en buscar refuerzos positivos y en la reducción de la ansiedad.

El tratamiento de elección en estos pacientes por su fácil posología es la TSN en parches. La administración de antipsicóticos atípicos (risperidona u olanzapina) combinada con parches de nicotina ha demostrado dar buenos resultados.

La vareniclina en los últimos años ha demostrado un efecto beneficioso con un buen perfil de seguridad^{32,33} y el bupropión no está contraindicado.

Alcoholismo y otras drogodependencia^{34,35}

En los pacientes que asocien el consumo de tabaco con otras drogodependencias en primer lugar se debe abordar la otra dependencia y posteriormente, una vez superada, realizar la deshabituación tabáquica con cualquiera de los fármacos actualmente disponibles.

Convulsiones

El bupropión se ha asociado a riesgo de convulsiones dosis-dependientes. El riesgo aumenta si el paciente está en tratamiento con sustancias que disminuyan el umbral convulsivo: inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), neurolépticos, estimulantes del SNC, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), opioides, esteroides sistémicos, antidepresivos tricíclicos, agentes colinérgicos, fluoroquinolonas, interferón, mefloquina, teofilinas, carbapenems. En los ancianos, pacientes con antecedentes de convulsiones o factores de riesgo para las mismas (trastornos metabólicos, historia de traumatismo craneal, infecciones del SNC, alcoholismo, adicción a cocaína, cirrosis hepática, abuso de sedantes, etc.) este riesgo también aumenta^{5,16,17}. (Tabla II)

La vareniclina debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de crisis epilépticas u otras afecciones que puedan dar lugar a una disminución del umbral convulsivo.

En todos estos casos por tanto el tratamiento de primera elección es la TSN.

Úlcera gastroduodenal^{1,34,35}

El tabaquismo se considera un factor de riesgo para el desarrollo de una úlcera gastroduodenal.

La vareniclina y el bupropión no están contraindicados en estos pacientes.

La TSN no es de primera elección en esta patología, puesto que puede agravar los síntomas de esta enfermedad. En caso de ser necesario prescribir TSN son de elección los parches.

Diabéticos^{1,34,35}

No se recomienda el uso combinado de bupropión y el tratamiento empleado en la diabetes (tanto la insulina como los hipoglucemiantes orales) ya que ambos reducen el umbral convulsivo y el efecto sinérgico puede aumentar el riesgo de un episodio convulsivo. En estos pacientes la terapia de primera elección podría ser la vareniclina o la TSN, aunque siempre hay que monitorizar las glucemias ya que puede ser necesario reajustar la dosis de insulina.

Insuficiencia renal^{1,34,35}

La TSN debe usarse con precaución en la insuficiencia renal grave.

La vareniclina en caso de:

- Insuficiencia renal leve o moderada:
 - No es necesario ajuste de dosis.
 - Si aparecen reacciones adversas no tolerables puede reducirse la dosis a 1 mg una vez al día.
- Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina estimado < 30 ml/min):
 - Reducirse la dosis a 1 mg una vez al día.
- Insuficiencia renal en estadio terminal:
 - En base a la limitada experiencia no se recomienda el tratamiento.

El bupropión puede utilizarse ajustando la dosis (150 mg/día) ya que los metabolitos pueden acumularse en una proporción mayor a lo habitual.

Insuficiencia hepática^{1,34,35}

La insuficiencia hepática no es una contraindicación para el empleo de TSN, ni tampoco para el bupropión, a no ser que exista cirrosis.

La dosis de bupropión debe reducirse a la mitad (150 mg/día) en una sola toma porque aumenta la variabilidad farmacocinética.

Con el uso de vareniclina no es necesario un ajuste de dosis.

Hipertensión arterial^{1,34,35}

La TSN y el bupropión pueden provocar un aumento de la tensión arterial:

- Mayor riesgo si se usan en combinación.
- Si se usan por separado, son recomendables los controles periódicos de la tensión arterial.
- Si se asocian los dos, se recomiendan controles semanales tanto en hipertensos conocidos como en no hipertensos.

Con el de vareniclina el aumento de la tensión arterial es un hallazgo poco frecuente (entre 1/100 y 1/1.000).

Ancianos^{34,35}

La eficacia no se ha demostrado de forma concluyente en pacientes con edad avanzada. El seguimiento debe ser más estrecho y hay que tener en cuenta varias condiciones en estos pacientes:

- Las posibles interacciones farmacológicas, ya que son pacientes en numerosas ocasiones pluripatológicos y plurimedicados.
- Si la función renal está disminuida, la dosis de bupropión deberá reducirse (150 mg día en una sola toma).

Niños y adolescentes^{1,2,34,35}

Estos pacientes suelen asociar una dependencia baja por lo que de primera elección es el apoyo psicológico. En caso de precisar tratamiento farmacológico, en casos concretos y bajo seguimiento estrecho, puede utilizarse la TSN en chicles o comprimidos.

No se ha establecido la seguridad y la eficacia de la vareniclina ni del bupropión en niños y adolescentes menores de 18 años por lo que no se puede hacer una recomendación posológica.

Conductores y operarios de maquinaria pesada^{1,34,35}

Tanto el bupropión como la vareniclina pueden afectar la capacidad para realizar tareas que requieren discernimiento o habilidades motoras y capacidades

cognitivas como conducir o usar maquinaria compleja, ya que estos fármacos pueden producir mareos y somnolencia. Por ello a los pacientes en tratamiento deberá indicarse que no deben realizar estas actividades hasta que conozcan si este medicamento afecta a su capacidad para realizarlas.

En estos casos la TSN es el tratamiento de primera elección.

Trastornos de articulaciones temporomandibular, dentarios y aftas bucales¹

La TSN en forma de chicles está contraindicada.

Enfermedades dermatológicas extensas¹

La TSN en forma de parches está contraindicada.

Esofagitis aguda, inflamación oral y/o faríngea¹

La TSN en forma de comprimidos está contraindicada.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Rueda M. Abordaje del tabaquismo en situaciones especiales. En: Ramos Pinedo A, Mayayo Ulibarri ML. Manual Separ de Procedimientos 13. Abordaje del tabaquismo. Barcelona, SEPAR. 2007; 59–69.
2. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic review: Smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Ann Intern Med.* 2006 Dec 5; 145(11):845–56.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Smoking cessation Services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women, and hard to reach communities. NICE Public Health Guidance 10; 2008.
4. Molyneux A. ABC of smoking cessation. Nicotine Replacement Therapy. *BMJ.* 2004; 328:454–6.
5. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD:U.S. Department of Health and Human Services. *Public Health Service.* 2008.
6. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Consultado: 06/04/10]. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>
7. Sobieraj DM, White WB and Baker WL. Cardiovascular effects of pharmacologic therapies for smoking cessation. *J Am Soc Hypertens.* 2013 January; 7(1):61–7.
8. Haber SL, Boomershine V and Raney E. Safety of varenicline in patients with cardiovascular disease. *Journal of Pharmacy Practice.* 2014; Vol. 27(1):65–70.
9. Prochaska JJ, Hilton JF. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2012; 344:e2856.

10. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ*. 2007; 335(7609):37–41.
11. De León J, Díaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviours. *Schizophr Res*. 2005; 76:135–57.
12. West R. Theory of addiction. Oxford: Blackwell Publishing. 2006.
13. Coney JL, Stevens TA, Conney NL. Comorbidity of nicotine dependence with psychiatric and substance-use disorders. In: Kranzler HR, Rousanville BJ, editors. Dual diagnosis and treatment. New York: Marcel Dekker. 1998; 223-61.
14. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity – a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depend*. 2004; 76:287–95.
15. Minichino A, Saverio Bersani F, Calò WK, Spagnoli F, Francesconi M, Vicinanza R, et al. Smoking behaviour and mental health disorders. Mutual influences and implications for therapy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2013; (10):4790–811.
16. Barrueco Ferrero M, et al. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 2009.
17. Hays JT, Ebbert JO. Adverse effects and tolerability of medications for the treatment of tobacco use and dependence. *Drugs*. 2010; 70(18):2357–72.
18. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, et al. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2013; 159(6):390–400.
19. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams, J. Comparative effectiveness of smoking cessation treatments for patients with depression: a systematic review and meta-analysis of the evidence. Washington. Department of Veterans Affairs. 2010.
20. Glassman AH. Smoking cessation and the course of major depression: a follow up study. *Lancet*. 2001; 357:1929–32.
21. Rodin J. Weight change following smoking cessation: the role of food intake and exercise. *Addict Behav*. 1987; 12:303–317.

22. Torrecilla M, Martín M, Moreno de Vega B, Plaza D, Hernández-Mezquita MA, Barrueco M. Deshabituación tabáquica e incremento ponderal. *Prev Tab.* 2000; 2: 89-94.
23. Holm KJ, Spencer CM. Bupropión. Revisión de su empleo en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. *Drugs.* 2000; 59:1007–26.
24. Bigos KL, Pollock BG, Coley KC. Sex, race, and smoking impact olanzapine exposure. *J. Clin Pharmacol.* 2008; 48(2):157–65.
25. Rostami-Hodjegan A, Amin AM, Spencer EP. Influence of dose, cigarette smoking, age, sex, and metabolic activity on plasma clozapine concentrations: a predictive model and nomograms to aid clozapine dose adjustment and to assess compliance in individual patients. *J. Clin Psychopharmacol.* 2004;24(1):70–78.
26. Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking: an update. *Clin Pharmacokinet.* 1999; 36:425–38.
27. Haslemo T, Eikeseth PH, Tanum L, et al. The effect of variable cigarette consumption on the interaction with clozapine and olanzapine. *Eur J Clin Pharmacol.* 2006; (12):1049–53.
28. Heffner JL, Strawn JR, Del Bello MP, et al. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disord.* 2011; 13:439–53.
29. Gershon Grand RB, Hwang S, Han J, et al. Short-term naturalistic treatment outcomes in cigarette smokers with substance abuse and/or mental illness. *J Clin Psychiatry.* 2007; 68:892–8.
30. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry.* 2003; 64:53–9.
31. Anthenelli RM. Treating patients with bipolar disorder and COPD or asthma. *Suppl to Curr Psych.* 2005; 4:34–2.
32. Evins AE, Cather C, Pratt SA, Pachas GN, Hoepfner SS, Goff DC, et al. Maintenance Treatment With Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2014 January 8; 311(2):145–54.

33. Kishi T, Iwata N. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014. Oct-5. DOI 10.1007/s00406-014-0551-3.

34. Vareniclina. Ficha técnica. Agencia Europea de Medicamentos (EMA).

35. Bupropión. Ficha técnica. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios.

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

1.- Paciente de 47 años que acude a consulta de Tabaquismo. Si queremos medir la dependencia gestual del fumador, ¿cuál de los test diagnósticos debemos utilizar?

- a. Test de recompense.
- b. Test del Hospital Henri-Mondor.
- c. Test HONC.
- d. Test de la Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid (UISPM).
- e. Test de Michael Fiore.

2.- Paciente de 47 años. Acude a Consulta de Tabaquismo porque desea dejar de fumar. Fuma 30 cigarrillos/día y lleva fumando desde los 16 años. Nos comenta que tiene muchas dudas sobre el tratamiento para dejar de fumar y prefiere retrasar el intento de abandono. ¿Cuál es la correcta de estas afirmaciones?

- a. El paciente está en fase de preparación y el grado de tabaquismo es muy alto.
- b. El paciente está en fase de preparación y el grado de tabaquismo es alto.
- c. El paciente está en fase de contemplación y el grado de tabaquismo es muy alto.
- d. El paciente está en fase de contemplación y el grado de tabaquismo es alto.
- e. Ninguna es correcta.

3.- Paciente fumador de 15 cigarrillos/día, que nos cuenta que puede pasar entre 30 y 60 minutos desde que despierta hasta que fuma su primer cigarrillo. ¿Cuál sería su grado de dependencia física medida en el test HSI?

- a. 1.
- b. 2.
- c. 3.
- d. 4.
- e. Ninguna es correcta.

4.- ¿Cuál de los siguientes estudios y test diagnósticos no se realizará en consulta de Tabaquismo de Atención Primaria?

- a. Estudio sobre el consumo actual y acumulado de tabaco.
- b. Test de Glover Nilsson.
- c. Estudio de la dependencia física.
- d. Estudio de la motivación medida con la escala visual analógica.
- e. Estudio de intentos previos de abandono.

5.- Paciente fumador con deseo de dejar de fumar en las próximas semanas, consumo actual de 22 cigarrillos/día. Nos dice que pasa menos de 30 minutos pero más de 5 minutos desde que despierta hasta que fuma su primer cigarrillo. Además nos cuenta que fuma por el placer que le supone. El test de Richmond de motivación es de 6 y el CO en aire espirado es de 22 ppm. ¿Cuáles serán las características del fumador?

- a. El fumador se encuentra en fase de preparación, el grado de tabaquismo es moderado, la motivación es media para dejar de fumar, la dependencia física moderada y tiene un test de recompensa positivo.
- b. El fumador se encuentra en fase de preparación, el grado de tabaquismo es alto, la motivación para dejar de fumar es media, la dependencia física alta y el test de recompensa es positivo
- c. El fumador está en fase de preparación, el grado de tabaquismo es alto, la motivación para dejar de fumar es baja, la dependencia física moderada y el test de recompensa positivo.
- d. El fumador está en fase de preparación, el grado de tabaquismo moderado, la motivación para dejar de fumar es baja, la dependencia física alta y el test de recompensa es positivo.
- e. Ninguna de las anteriores es la verdadera.

6.- Con respecto al Test de Fagerström, señalar la afirmación falsa:

- a. Se relaciona con el riesgo de desarrollar EPOC o cáncer de pulmón.
- b. Puede ser útil para la administración de terapia sustitutiva con nicotina.
- c. Una puntuación en el test de Fagerström de 5 indica una dependencia física alta.
- d. Tiene valor pronóstico.
- e. Todas las respuestas anteriores son verdaderas.

7.- Paciente de 70 años fumador de 29 cigarrillos/día durante más de 40 años. Refiere que fuma más por la mañana y al despertarse no aguantando más de 5 minutos. Si está enfermo y tiene que guardar cama continúa fumando. No refiere dificultad para no fumar en lugares dónde está prohibido. ¿Cuál sería la puntuación del test de FTND?

- a. 7.
- b. 8.
- c. 10.
- d. 5.
- e. Ninguna de las anteriores.

8.- La determinación de CO en aire espirado se relaciona con:

- a. La concentración de CO-Hb en sangre.
- b. El consumo acumulado de tabaco.
- c. El patrón de inhalación.
- d. El número de cigarrillos que fuma.
- e. Todas las anteriores.

9.- Con respecto a las exploraciones complementarias en tabaquismo, no es verdadero:

- a. No hay relación entre la exposición a gases de automóviles y el valor del CO en aire espirado.
- b. La vida media del CO es de 48-72 horas
- c. La presencia de intolerancia a lactosa puede dar lugar a la aparición de falsos positivos en la cooximetría
- d. Niveles de cotinina por encima de 200 en orina discrimina entre fumadores y no fumadores
- e. Unos valores de cotinina por encima de 250 indica una alta dependencia física

10.- Señalar la afirmación incorrecta con respecto a las exploraciones complementarias generales.

- a. La determinación de la edad pulmonar por COPD-6 puede ser una herramienta que aumente la motivación en el fumador en el proceso de deshabituación tabáquica.
- b. Se realizará una espirometría a los 12 meses del abandono del hábito tabáquico.
- c. La realización de difusión nos permite la detección precoz de enfisema.
- d. La realización de ECG no está recogido dentro de las exploraciones complementarias generales en el fumador.
- e. Todas las anteriores son verdaderas.

11.- Señalar la pregunta verdadera.

- a. El tratamiento del tabaquismo sólo puede ser abordado en unidades especializadas.
- b. El consejo antitabaco debe proporcionarse por todos los profesionales de la salud.
- c. Los fármacos empleados en el tratamiento del tabaquismo no han demostrado eficacia.
- d. No puede ofrecerse a un paciente tratamiento para el tabaquismo si no disponemos de terapias psicológicas de grupo.
- e. Para dejar de fumar es suficiente con la motivación del paciente y su fuerza de voluntad.

12.- Una de las siguientes respuestas es incorrecta en el manejo de un paciente que no quiere dejar de fumar.

- a. El consejo breve pero reiterado puede cambiar la actitud del fumador.
- b. Puede plantearse una reducción del consumo para disminuir el riesgo de patologías.
- c. La reducción en el consumo puede ser un paso previo a plantear el abandono.
- d. Documentar el tabaquismo como enfermedad es el primer paso para intervenir en el fumador.
- e. No puede prescribirse medicación para el abandono del tabaco hasta que el paciente decida dejar de fumar.

13.- El tratamiento más efectivo para el abandono del tabaco es:

- a. Terapias psicológicas individuales.
- b. Tratamiento con fármacos no nicotínicos.
- c. Terapia sustitutiva con nicotina con parches.
- d. Combinación de tratamiento conductual y farmacológico.
- e. Terapia sustitutiva con nicotina con chicles.

14.- En cuanto al asesoramiento psicológico del fumador, la respuesta correcta es:

- a. La eficacia viene determinada por la intensidad del mismo.
- b. Existen diferencias en la eficacia de las terapias individuales y grupales.
- c. Intervenciones telefónicas o por internet no han demostrado eficacia.
- d. No es útil si el paciente ya ha dejado de fumar.
- e. Se centra en el fumador sin tener en cuenta su entorno social.

15.- ¿Cuál de los siguientes no es un tratamiento de primera línea para el tratamiento del tabaquismo en nuestro medio?

- a. Vareniclina.
- b. Parches de nicotina.
- c. Chicles de nicotina.
- d. Bupropión.
- e. Amitriptilina.

16.- Señalar la respuesta correcta respecto al tratamiento con bupropión.

- a. Es el fármaco que alcanza mayores tasas de abstinencia.
- b. No precisa ajuste de dosis en paciente con insuficiencia hepática.
- c. Está contraindicado en paciente con trastornos convulsivos.
- d. No tiene prácticamente interacciones farmacológicas.
- e. No ha demostrado efecto sobre el aumento de peso al dejar de fumar.

17.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta respecto a la vareniclina?

- a. Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos.
- b. Es un fármaco con un alto perfil de seguridad.
- c. No precisa ajuste de dosis salvo en pacientes con insuficiencia renal severa.
- d. Su eficacia es menor que el resto de fármacos utilizados para la deshabituación.
- e. Los efectos secundarios suelen ser tolerables y mejoran progresivamente.

18.- ¿Cuál de las siguientes presentaciones de TSN no está comercializada en España?

- a. Chicles de nicotina.
- b. Parches de 24 horas.
- c. Parches de 16 horas.
- d. Espray bucal de nicotina.
- e. Espray nasal de nicotina.

19.- Respecto al tratamiento con vareniclina señale cuál es una pauta incorrecta.

- a. Tratamiento con 2 mg diarios durante 3 meses.
- b. En caso de efectos secundarios puede utilizarse 1 mg diario durante 3 meses.
- c. Pautas de 1 mes si el paciente consigue dejar de fumar en la primera semana.
- d. En fumadores severos pueden ser necesarias pautas de hasta 6-12 meses.
- e. Puede utilizarse vareniclina varias semanas antes del día D.

20.- Respecto al tratamiento con TSN, la respuesta correcta es:

- a. Es actualmente un tratamiento de segunda línea por tener baja eficacia.
- b. Es fundamental para su máxima eficacia explicar la técnica correcta de uso.
- c. Es importante prescribir la menor dosis posible porque producen adicción.
- d. Nunca deben combinarse parches y chicles por alto riesgo de toxicidad.
- e. No se recomienda su uso para el cese puntual involuntario del consumo de tabaco.

21.- ¿En qué líquidos corporales se detecta la cotinina?

- a. Sangre.
- b. Orina.
- c. Saliva.
- d. Todas son correctas.

22.- ¿Qué actividades puede realizar enfermería en una Unidad Especializada en Tabaquismo?

- a. Asistencial y docente.
- b. Sólo asistencial.
- c. Asistencial, docente y de Investigación.
- d. Investigación.

23.- ¿En qué fase se encuentra un fumador que ha realizado varios intentos y que se muestra dispuesto a realizar un serio intento en el próximo mes?

- a. Acción.
- b. Recaída.
- c. Contemplación.
- d. Preparación.

24.- Dentro de los consejos que daremos a un paciente que se encuentra en fase de acción no se encuentra:

- a. Dejar de fumar es difícil pero no imposible, merece la pena que le dedique tiempo y esfuerzo adicional.
- b. Evita el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes.
- c. Durante los primeros días sentirá un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero poniendo en práctica técnicas de relajación y respiración, así como actividades que distraigan, se supera.
- d. Es importante no tirar el tabaco ni retirar las cosas que nos recuerdan al tabaco, es importante enfrentarse a situaciones de riesgo desde el primer momento.

25.- ¿Qué niveles de CO tiene un paciente cuando es fumador?

- a. 3 ppm.
- b. Entre 8 y 9 ppm.
- c. Más de 10 ppm.
- d. Menos de 2 ppm.

26.- Cuando una enfermera lleva a cabo una actividad docente dentro de una Unidad de Tabaquismo, ¿qué función está realizando?

- a. Social.
- b. Educadora.
- c. No realiza ninguna función.
- d. A y B son correctas.

27.- La cooximetría en aire espirado (señalar la respuesta correcta):

- a. Es una técnica costosa.
- b. Requiere de técnicas especializadas.
- c. Es útil para abordar el tabaquismo.
- d. Enfermería no puede realizarla.

28.- Señalar la frase verdadera:

- a. El tabaco no es causa de EPOC.
- b. La mayoría de los fumadores acaban desarrollando una EPOC a lo largo de la vida.
- c. Es excepcional que los pacientes con EPOC fumen durante los ingresos hospitalarios.
- d. Aproximadamente una cuarta parte de la población adulta en España es fumadora.
- e. El tabaquismo pasivo no tiene ninguna relación con la EPOC.

29.- ¿Dónde puede tratarse el tabaquismo en un paciente con EPOC?

- a. En la consulta de Atención Primaria.
- b. En la consulta de Neumología general.
- c. en una Unidad Especializada de Tabaquismo.
- d. En la planta de hospitalización.
- e. En todas las anteriores.

30.- ¿Qué se considera menos necesario en una consulta donde se trata a fumadores con EPOC?

- a. Personal médico cualificado.
- b. Personal de enfermería cualificado.
- c. Electrocardiograma.
- d. Cooximetría.
- e. Espirometría.

31.- ¿Cuál de las siguientes es una característica de un EPOC inveterado, gran fumador que ha sufrido múltiples recaídas?

- a. Bajos niveles de CO en aire espirado.
- b. Baja autoeficacia.
- c. Baja dependencia.
- d. Alta autoestima.
- e. Buen estado de ánimo.

32.- ¿Cuál es el nivel de CO en aire aspirado considerado para discriminar un sujeto fumador de un no fumador en pacientes con EPOC?

- a. 0 ppm.
- b. 5 ppm.
- c. 10 ppm.
- d. 15 ppm.
- e. 20 ppm.

33.- De los anunciados siguientes, ¿cuál NO se considera un posible falso positivo en la cooximetría?

- a. Ejercicio físico e hiperventilación.
- b. Exposición a humo de hoguera.
- c. Permanencia en un garaje mal ventilado.
- d. Intolerancia a la lactosa.
- e. Porfiria.

34.- ¿Qué es característico de la entrevista motivacional?

- a. Autoritarismo.
- b. Adoctrinamiento.
- c. Inflexibilidad.
- d. Confrontación.
- e. Colaboración.

35.- ¿Qué fármaco puede resultar útil en el tratamiento del tabaquismo en pacientes con EPOC?

- a. Parches de nicotina.
- b. Comprimidos de nicotina.
- c. Bupropión.
- d. Vareniclina.
- e. Todos los anteriores.

36.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos no se recomendaría a un paciente alcohólico con EPOC que además padece una epilepsia secundaria a un traumatismo craneoencefálico grave?

- a. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN).
- b. Programa de reducción progresiva.
- c. Bupropión.
- d. Vareniclina.
- e. Vareniclina con TSN a demanda.

37.- Señalar la afirmación correcta.

- a. En pacientes fumadores con EPOC puede resultar más motivador conocer su “edad pulmonar” que sus valores de FEV₁.
- b. El tratamiento cognitivo conductual no es eficaz.
- c. Las situaciones o desencadenantes que incitan a fumar deben evitarse de forma absoluta durante toda la vida.
- d. El desarrollo de conductas alternativas aumenta la probabilidad de recaídas.
- e. Si un paciente decide retrasar su día “D” para dejar de fumar debe ser excluido inmediatamente del programa de deshabituación.

38.- Señalar la afirmación falsa:

- a. Las mujeres embarazadas presentan una motivación alta para dejar de fumar durante la gestación y es más probable que hagan un intento serio de abandono.
- b. Es recomendable incluir a la pareja durante el tratamiento, sea fumadora o no.
- c. El tratamiento de elección desde el primer momento es la TSN, ya que está exenta de riesgos.
- d. La vareniclina y el bupropión están contraindicados durante el embarazo y la lactancia por la falta de estudios realizados.
- e. El mejor momento para comenzar con la deshabituación es desde que la mujer decide que quiere quedarse embarazada.

39.- ¿Cuáles son las dosis recomendadas en la insuficiencia renal y en la insuficiencia hepática?

- a. En la insuficiencia renal leve o moderada es necesario un minucioso ajuste de dosis de vareniclina.
- b. El uso de vareniclina en la insuficiencia renal en estadio terminal está demostrado que está exento de riesgos.
- c. En la insuficiencia hepática la dosis de bupropión debe reducirse a la mitad (150 mg/día) en una sola toma porque aumenta la variabilidad farmacocinética.
- d. La insuficiencia hepática es una contraindicación absoluta para el empleo de TSN y para el bupropión.
- e. En la insuficiencia renal, el bupropión puede utilizarse ajustando la dosis (150 mg/día) ya que los metabolitos pueden acumularse en una proporción menor a lo habitual.

40.- La TSN en pacientes con patología cardíaca:

- a. Nunca debe usarse en cardiópatas.
- b. Son mayores los riesgos derivados de la utilización de TSN que continuar fumando.
- c. En pacientes con angina inestable o infarto agudo de miocardio reciente se utilizan dosis más altas por no tener mayor riesgo.
- d. La TSN produce un efecto vasodilatador a diferencia del tabaco.
- e. La utilización de TSN en pacientes con cardiopatía estable es segura aunque ciertas situaciones debe usarse con precaución.

41.- Señalar respuesta verdadera. Los pacientes psiquiátricos:

- a. Tienen una menor prevalencia de consumo de tabaco que la población general.
- b. La dependencia nicotínica es más intensa y, por tanto, existe un leve riesgo de morbilidad.
- c. No existe relación entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de la dependencia tabáquica.
- d. Actualmente la evidencia sugiere que los síntomas psiquiátricos habitualmente no empeoran, e incluso mejoran con el abandono del tabaco.
- e. La deshabitación tabáquica no se debe abordar nunca si el paciente no está en situación estable de su enfermedad psiquiátrica.

42.- El bupropión:

- a. Nunca aumenta el riesgo de convulsiones.
- b. En un paciente con uso concomitante de bupropión y neurolépticos aumenta el umbral convulsivo.
- c. En un cirrótico el uso de bupropión está exento de riesgos.
- d. El riesgo de convulsiones aumenta si el paciente está en tratamiento con sustancias que disminuyan el umbral convulsivo como los IMAOS.
- e. En los ancianos con antecedentes de convulsiones, o factores de riesgo predisponentes de convulsiones como trastornos metabólicos, el riesgo de convulsiones es menor.

43.- ¿En qué situación no está contraindicado el uso de TSN?

- a. En la úlcera duodenal activa.
- b. En el uso de parches transdérmicos en un paciente con psoriasis.
- c. En el uso de comprimidos en pacientes con esofagitis aguda.
- d. En el uso de chicles en pacientes con aftas bucales.
- e. En la HTA controlada.

44.- Señalar la respuesta verdadera:

- a. En los pacientes con depresión se recomienda sólo tratamiento farmacológico sin apoyo psicológico.
- b. El umbral convulsivo no se ve afectado en pacientes depresivos en tratamiento con ISRS.
- c. La TSN en pacientes psiquiátricos fumadores se puede recomendar con un grado de evidencia científica C.
- d. La TSN no debe asociarse a tratamiento antidepresivo
- e. El uso asociado de TSN y bupropión no requiere ningún control adicional.

45.- En la deshabituación tabáquica (señalar la respuesta incorrecta):

- a. La elección del mejor abordaje para la deshabituación tabáquica es independiente de las comorbilidades del paciente.
- b. Existen ciertas situaciones especiales en las que es fundamental valorar el riesgo / beneficio antes de prescribir un determinado tratamiento.
- c. Las contraindicaciones no permiten pautar un tratamiento, mientras que la aparición de efectos secundarios es siempre potencial y hay que tenerla presente, pero permite la utilización de la terapia si es necesario.
- d. El tratamiento en la deshabituación debe ser individualizado.
- e. En los últimos años se ha abierto un abanico terapéutico en el manejo del tratamiento del paciente fumador.

46.- En el tratamiento de la deshabituación en pacientes con trastorno bipolar:

- a. Nunca se deben combinar formulaciones en lo que respecta a la TSN.
- b. Se recomienda ajustar los niveles de ciertas medicaciones si estos pacientes fuman o están intentando dejar de fumar.
- c. Las terapias cognitivo-conductuales no están recomendadas.
- d. El bupropión es el fármaco de primera elección en estos pacientes.
- e. Los períodos de eutimia son los menos indicados para fomentar la cesación del tabaco.

47.- En el tratamiento en los pacientes con trastornos alimentarios asociados:

- a. La TSN es el fármaco de última opción en estos pacientes.
- b. En caso de anorexia o bulimia el psiquiatra debe valorar si conviene o no iniciar la deshabituación ya que dejar de fumar puede implicar cierta ganancia de peso.
- c. El empleo de bupropión no aumenta el riesgo de convulsiones en estos pacientes.
- d. Hay estudios concluyentes que contraindican el uso de vareniclina.
- e. Estos pacientes nunca deben ser incluidos en un programa de deshabituación.



Solicitada
la acreditación
al CDCPS



Editorial **Respira**



Sociedad Española
de **Neumología**
y **Cirugía Torácica**
SEPAR