

# 71

**Tratamiento  
del tabaquismo  
en pacientes  
hospitalizados**



EditorialRespira

**NormativaSEPAR**



# TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

## 71

### Coordinador

**Dr. Carlos A. Jiménez Ruiz**

Unidad Especializada en Tabaquismo. Madrid. Director del PII Tabaquismo. SEPAR.

### Autores

**Dr. José Ignacio de Granda Orive**

Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Coordinador Área de Tabaquismo SEPAR.

**Dr. Segismundo Solano Reina**

Servicio de Neumología. Unidad de Tabaquismo. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Dr. Juan Antonio Riesco Miranda**

Servicio de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. Coordinador del año SEPAR EPOC y Tabaco. CIBERES.

**Dra. Eva de Higes Martínez**

Servicio de Neumología. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid. Secretaria Grupo emergente Tabaquismo.

**Dr. José Francisco Pascual Lledó**

Servicio de Neumología. Hospital General de Alicante.

**Dr. Marcos García Rueda**

Servicio de Neumología. Unidad de Tabaquismo. Hospital Carlos Haya. Málaga.

**Dr. José Javier Lorza Blasco**

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

## **Autores**

### **Dr. Jaime Signes Costa-Miñana**

Servicio de Neumología. Hospital Clínico de Valencia.  
Secretario PII de Tabaquismo de la SEPAR.

### **Dr. Borja Valencia Azcona**

Servicio de Neumología. Hospital Quirón, Málaga. Grupo  
emergente Tabaquismo.

### **DUE Cristina Villar Laguna**

Unidad Especializada en Tabaquismo. Madrid. Grupo  
emergente Tabaquismo.

### **Lda. Maribel Cristóbal Fernández**

Unidad Especializada en Tabaquismo. Madrid.



ISBN: 978-84-94-5873-6-8

© Copyright 2017. SEPAR



Editorial**Respira**



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

Editado y coordinado por RESPIRA-FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL PULMÓN-SEPAR. Calle Provença, 108, bajos 2ª 08029 Barcelona.

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*.





## O. INTRODUCCIÓN

En el año 2013 se produjeron en España un total de 4.637.427 ingresos hospitalarios. Las principales causas de hospitalización fueron: enfermedades cardiovasculares (13,3%), enfermedades del aparato digestivo (12,2%) y enfermedades del aparato respiratorio (10,9%).<sup>1</sup> Aunque existen pocos datos fiables, se ha calculado que en España entre el 15 y el 27% de los pacientes que ingresan en un hospital son fumadores.<sup>2,3</sup>

El consumo de tabaco es una de las principales causas de empeoramiento de la mayoría de las enfermedades que motivan el ingreso en el hospital. El hospital puede ser uno de los lugares idóneos para el abandono del consumo de tabaco.

A lo largo de esta Normativa sobre tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados se abordarán tres aspectos fundamentales de este tema: idoneidad de la hospitalización para el abandono del tabaco, efectividad de las intervenciones sanitarias para ayudar a dejar de fumar a los pacientes hospitalizados y exposición de unas recomendaciones para la intervención sobre el tabaquismo en dichos pacientes. Estas recomendaciones se basarán en la fuerza de la evidencia, para lo cual se utilizará el sistema GRADE.<sup>4</sup>

# 1. METODOLOGÍA

Este documento ha sido escrito de acuerdo a la siguiente metodología:

1. Se realizó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE, entre el 1 de enero de 2002 y el 30 de septiembre de 2015. Las palabras claves que describían la población de pacientes fueron: “hospital”, “hospitalization” “inpatients” and “hospital care”. Las palabras clave que describían la intervención para dejar de fumar fueron: “smoking”, “smoking cessation”, “tobacco”, “tobacco use cessation”, “smoking cessation programme” y “tobacco use cessation products”. Los estudios se incluyeron de acuerdo a los siguientes criterios: a) debían estar relacionados con la ayuda para dejar de fumar a pacientes ingresados en el hospital, b) debían ser estudios controlados y aleatorizados o estudios observacionales, c) debían evaluar una intervención para dejar de fumar y d) debían estar publicados en inglés o en español.
2. Basándose en los estudios incluidos, se escribió el primer manuscrito, mientras que las recomendaciones fueron formuladas de acuerdo con el sistema GRADE (véase Tabla I).<sup>4</sup> Todos los miembros del grupo revisaron el documento añadiendo comentarios y sugerencias, y posteriormente se escribió la segunda versión del documento.
3. La segunda versión del manuscrito fue revisada igualmente por todos los miembros del grupo.
4. Finalmente, el documento obtuvo la aprobación de todos los miembros del grupo.

## 2. IDONEIDAD DE LA HOSPITALIZACIÓN PARA EL ABANDONO DEL TABACO

El tabaquismo es una de las principales causas de enfermedades que conducen a hospitalización. Las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y tumorales se cuentan entre las principales causas de hospitalización en todos los países.<sup>1,5</sup> El ingreso hospitalario del paciente fumador puede ser un momento idóneo para que abandone el consumo de tabaco. Hay muchas razones que explican la idoneidad de este momento. A continuación comentamos las más relevantes.

La cirugía es una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario.<sup>1</sup> Se sabe que abandonar el consumo de tabaco en los días previos a cualquier intervención quirúrgica produce importantes beneficios y que es falso que dejar de fumar sólo unas pocas semanas previas a la cirugía podría empeorar los resultados clínicos.<sup>6</sup> Los datos sugieren que abandonar el consumo de tabaco en las cuatro semanas previas a una intervención quirúrgica reduce el riesgo de desarrollar complicaciones cardio-respiratorias postquirúrgicas, así como el riesgo de infecciones de la herida quirúrgica y los días de estancia hospitalaria postoperatoria.<sup>7</sup>

Por otro lado, el ingreso hospitalario es, para cualquier paciente, un relevante evento vital que le hace replantearse diferentes creencias personales y buscar nuevas actitudes más saludables. Ello supone que para muchos fumadores que se encuentran en fases de precontemplación o contemplación en su proceso de abandono del tabaco, el ingreso hospitalario sea el detonante ideal que les lleve a la fase de preparación. Esta oportunidad no debería ser desaprovechada por los profesionales sanitarios encargados de sus cuidados hospitalarios.

Los centros hospitalarios son lugares en que la ley prohíbe el consumo de tabaco y en que esta prohibición es taxativa y no solo se extiende a cualquier espacio físico intrahospitalario, sino también a su recinto externo.<sup>8</sup>

Por último, debe considerarse que durante la hospitalización los fumadores están en un ambiente sanitario, alejados, por tanto, de cualquier situación o evento que les recuerde el consumo de taba-

co. Además, el fumador hospitalizado debe, en este lugar más que en ningún otro, respetar la salud de los pacientes hospitalizados no fumadores y evitar someterles a los perjuicios del aire contaminado por el humo del tabaco.

Todas estas razones explican claramente la idoneidad del momento de la hospitalización para dejar de fumar. Los profesionales sanitarios que trabajan en los hospitales deben aprovecharlo para dispensar su mejor ayuda a todos los fumadores.

### **3. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

A continuación se describen los diferentes estudios que han evaluado la efectividad de distintas intervenciones para ayudar a dejar de fumar a los pacientes hospitalizados. Entre ellas, se han descrito: consejo sanitario de abandono del tabaco, tratamiento farmacológico o combinación de ambos. Las recomendaciones de esta Normativa están basadas en los resultados y conclusiones de estos estudios.

#### **Consejo sanitario de abandono del consumo de tabaco**

El consejo sanitario ha demostrado ser eficaz para ayudar a los fumadores hospitalizados a dejar de fumar. Este consejo debe explicar claramente los beneficios que se asocian al abandono del consumo de tabaco y poner de manifiesto los riesgos de este. El consejo puede ser de diferente intensidad y duración. En general, a mayor intensidad, duración y número de veces que se realice durante el periodo de hospitalización, mayor será su eficacia. Es recomendable que el consejo se acompañe de la oferta de material escrito o audiovisual que enfatice lo expuesto en la intervención oral. Se ha demostrado que un programa de intervención realizado unas 4 semanas antes de la intervención consistente en encuentros semanales o consejo telefónico apoyado en uso libre de terapia sustitutiva con nicotina

(TSN) es eficaz para incrementar la abstinencia tabáquica, incluso al año de seguimiento.<sup>9</sup>

Por otro lado, se ha visto que cuando el consejo de abandono del consumo de tabaco que se proporciona en el hospital es impartido por diferentes profesionales sanitarios, se acompaña de materiales de autoayuda y, sobre todo, se prolonga durante al menos un mes, después de la estancia hospitalaria la efectividad del mismo es más alta que la del tratamiento habitual, RR de 1,7 (IC del 95%, 1,27-1,48).<sup>10,11</sup> Un metaanálisis encontró que cuando la intervención era proporcionada por dos tipos de profesionales sanitarios, las tasas de abstinencia se incrementaban en comparación con la intervención impartida por solo uno, RR de 2,5 (IC del 95%, 1,9-3,4). Incluso, cuando la intervención era impartida por tres tipos de profesionales sanitarios, la eficacia también aumentaba, RR de 2,4 (IC del 95%, 2,1-2,9).<sup>12</sup>

Se han propuesto diferentes actividades como forma de prolongar la intervención sanitaria más allá de la hospitalización. Entre ellas, cabe destacar: contactos personales entre el profesional sanitario y el paciente, envío de cartas, SMS y e-mails, contacto telefónico proactivo, etc. Todas ellas sirven para incrementar la eficacia de las intervenciones ofertadas durante el periodo hospitalario.<sup>11-13</sup>

## Tratamiento farmacológico

Otros estudios han analizado la eficacia de añadir tratamiento farmacológico al consejo sanitario en los fumadores hospitalizados. Los resultados de un metaanálisis realizado a partir de seis estudios señalan que la eficacia del consejo sanitario intensivo (consejo durante el periodo de hospitalización que se prolonga durante, al menos, un mes después del momento del alta) se incrementa significativamente cuando se añade tratamiento con terapia sustitutiva con nicotina (TSN), RR de 1,54 (IC del 95%, 1,34-1,79).<sup>10</sup>

Por otro lado, tres estudios compararon la eficacia de la vareniclina más consejo sanitario frente a sólo consejo.<sup>13-15</sup> En uno de ellos, se encontró mayor eficacia en el grupo que recibió vareniclina respecto al grupo control (31,1% vs 21,4%; RR de 1,45 (IC del 95%, 1,03-

2,03),  $p = 0,03$ ).<sup>13</sup> En el otro, no hubo diferencias significativas.<sup>14</sup> Y en el tercero, que analizó un grupo de 302 pacientes que habían sido ingresados por padecer un síndrome coronario agudo, se encontró mayor eficacia en el grupo de los que recibieron vareniclina respecto al grupo control (47,3% vs 32,5%,  $p = 0,012$ ).<sup>15</sup>

Además, es importante destacar que la utilización de vareniclina en pacientes hospitalizados, algunos de ellos con enfermedades crónicas, es tan segura como el placebo, y sólo la náusea aparece con mayor frecuencia en el grupo activo (16,3% frente a 1,5%).<sup>14,16</sup> Incluso en el grupo de los sujetos que estaban ingresados por síndrome coronario agudo, la utilización de vareniclina se mostró tan segura como el placebo. El índice de efectos adversos cardiovasculares graves a los treinta días después de finalizar el período de tratamiento fue similar en ambos grupos: 4% para vareniclina y 4,6% para placebo.<sup>15</sup>

Tres estudios han comparado la eficacia de la combinación de bupropión y consejo sanitario intenso en pacientes ingresados frente a los cuidados usuales para ayudar a dejar de fumar. Este medicamento no se mostró eficaz para ayudar a dejar de fumar en ninguno de ellos.<sup>17-19</sup> Además, un metaanálisis realizado agrupando los tres estudios tampoco consiguió demostrar dicha eficacia, RR de 1,04 (IC del 95%, 0,75-1,45). Es de destacar que dos de estos estudios se realizaron en pacientes que habían sido ingresados por enfermedad cardiovascular aguda (isquemia miocárdica), y que en ninguno de ellos aparecieron efectos cardiovasculares adversos ni a corto ni a largo plazo en el grupo de sujetos que utilizó bupropión, en comparación con el que recibió cuidados habituales.<sup>18-19</sup> Estos datos han sido confirmados en un reciente metaanálisis y en un nuevo ensayo clínico aleatorizado y controlado.<sup>20-21</sup>

Aunque la mayoría de los estudios se han realizado en hospitales de corta estancia, también los hay que se han llevado a cabo en hospitales de estancia prolongada. En este tipo de hospitales también se ha encontrado que aquellas intervenciones para dejar de fumar que se prolongan, al menos, un mes después del alta tienen más eficacia que los cuidados habituales, RR de 1,71 (IC del 95% 1,37 – 2,14).<sup>10</sup>

## Seguridad y eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en pacientes ingresados con comorbilidades

El metaanálisis de Rigotti et al. ha estudiado un total de 14 ensayos clínicos llevados a cabo en pacientes hospitalizados por problemas cardiovasculares agudos en los que se comparaba la eficacia de una intervención intensiva para dejar de fumar en el hospital (consejo sanitario intrahospitalario que se prolonga durante un mes después del alta, acompañado o no de tratamiento farmacológico) con la de los cuidados usuales.<sup>10</sup> Los resultados mostraron que la intervención intensiva era más eficaz que los cuidados usuales, RR de 1,42 (IC del 95%, 1,29-1,56).<sup>10</sup> Es más, uno de los estudios también analizó la mortalidad por todas las causas y las tasas de readmisión durante un período de dos años. Los resultados mostraron que la intervención en este tipo de pacientes con enfermedad cardiovascular produjo una reducción del riesgo relativo de mortalidad por todas las causas, RR de 0,77 (IC del 95%, 0,27-0,93,  $p = 0,014$ ) y del riesgo relativo de readmisiones, RR de 0,44 (IC del 95%, 0,16-0,63,  $p = 0,007$ ).<sup>22</sup>

Cinco estudios han analizado la eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en pacientes hospitalizados con patología respiratoria.<sup>23-27</sup> En dos de ellos, además de consejo sanitario de abandono se ofertaba tratamiento con TSN (uno ofertó chicles y otro parches).<sup>23-24</sup> El estudio que ofertaba parches encontró que en el grupo activo las tasas de abstinencia continua entre el tercer y el duodécimo mes eran más altas que en el placebo (21% frente a 14%, respectivamente), aunque no de forma significativa.<sup>23</sup> Los otros tres estudios compararon la eficacia de intervenciones de consejo intensivo sin utilización de medicación frente a la de los cuidados usuales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).<sup>25-27</sup> Es de destacar que uno de ellos encontró que, al cabo del año de seguimiento, aquellos que habían recibido intervenciones intensivas casi triplicaban las tasas de abstinencia respecto a los que habían recibido cuidados usuales, RR de 2,83 (IC del 95%, 1,40-5,74).<sup>27</sup> En los otros dos no se encontraron diferencias significativas.<sup>25-26</sup> No obstante, hay que tener en cuenta que en estos estudios la intervención que recibió el grupo activo fue poco intensa.<sup>25,26</sup> Se realizaron dos metaanálisis. Uno agrupaba los resultados con los estudios en que se había utilizado TSN y el otro agrupaba los de los estudios en

que se había proporcionado sólo consejo. Ninguno de los dos mostró resultados positivos. Los resultados para el estudio de la TSN fueron RR de 1,29 (IC del 95%, 0,62-2,69) y los del consejo fueron RR de 1,22 (IC del 95%, 0,93 1,60).<sup>10</sup>

Un reciente ensayo clínico aleatorizado doble ciego y controlado ha estudiado la eficacia de un programa de tratamiento del tabaquismo en un grupo de fumadores que recibieron consejo intensivo para el abandono del tabaco mientras estuvieron ingresados y que al ser dados de alta siguieron recibiendo consejo mediante un sistema automático de voz y, además, se les proveyó de tratamiento farmacológico elegido por los pacientes durante un periodo de tres meses (TSN, bupropión o vareniclina). Los resultados mostraron que la eficacia de este programa a los seis meses de seguimiento era significativamente más alta que la eficacia de los cuidados habituales (27% vs 16%, RR de 1,70 [IC del 95%, 1,15-2,51];  $p = 0,007$ ).<sup>28</sup>

### **Coste-eficacia de las intervenciones para ayudar a dejar de fumar a los pacientes hospitalizados**

Un estudio reciente ha encontrado que una intervención hospitalaria consistente en consejo de abandono durante el ingreso, tratamiento farmacológico y seguimiento después del alta tenía un coste por año de vida ganado ajustado a calidad (QALY) de 1.386 dólares canadienses. Se calculó que proporcionar este tipo de tratamiento a 15.326 fumadores hospitalizados ocasionaría 4.689 abandonos y, que ello serviría para evitar 116 rehospitalizaciones, 923 días de estancia hospitalaria y 119 muertes.<sup>29</sup>

## **4. RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN SOBRE EL TABAQUISMO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Los usuarios diana de estas recomendaciones son los pacientes ingresados en un hospital. El algoritmo 1 muestra el protocolo que debe seguirse ante cualquier paciente ingresado en un hospital. A lo

largo de la exposición de dicho protocolo se dictarán las recomendaciones que este grupo de trabajo ha considerado oportunas. Dichas recomendaciones irán graduadas de acuerdo con el Sistema Grade<sup>4</sup> (Tabla III).

A cualquier paciente que ingrese en un hospital se le debe preguntar sobre su consumo de tabaco. Las respuestas a esta cuestión podrían ser las siguientes: a) fumador, b) exfumador de menos de seis meses de evolución y c) no fumador o exfumador de más de seis meses de evolución. La respuesta debe ser registrada en la historia clínica del paciente.

Es recomendable que todos los centros hospitalarios dispongan de sistemas electrónicos de alerta a los profesionales sanitarios para que estos recojan siempre en la historia clínica de los pacientes ingresados el consumo de tabaco. Esta es una estrategia que ha sido identificada por la *Clinical Practice Guideline* del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos como eficaz para incrementar el número de intervenciones de los profesionales sanitarios sobre el tabaquismo de los pacientes hospitalizados.<sup>12</sup> Un metaanálisis realizado a partir de nueve estudios encontró que cuando se disponía de un sistema de alerta de recogida del hábito tabáquico se incrementaban de forma significativa las tasas de intervención de los profesionales sanitarios sobre el tabaquismo de sus pacientes, RR de 3,1 (IC del 95%, 2,2-4,2).<sup>12</sup> Además, es importante que la intervención sobre el tabaquismo de los pacientes ingresados sea realizada de forma conjunta por todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente durante su ingreso. En este sentido, las intervenciones de los profesionales de enfermería son muy valiosas y recomendables. Hay que tener presente que la intervención sobre el tabaquismo de los pacientes ingresados es más eficaz cuando se hace de forma complementaria y compartida entre todos los profesionales que atienden al sujeto. Este tipo de intervenciones son sinérgicas y redundan en un mejor aprovechamiento de los tiempos de atención al paciente.<sup>10-13</sup>

*Recomendación: Es necesario preguntar a cualquier paciente que ingrese en un hospital sobre su consumo de tabaco y registrarlo en su historia clínica. Todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente deben intervenir sobre el tabaquismo del mismo. Esta es una Recomendación consistente con Alta calidad de evidencia.*

## Recomendaciones para la intervención sobre los pacientes fumadores hospitalizados

La intervención en los sujetos fumadores hospitalizados tendrá dos partes: una intervención diagnóstica y otra terapéutica.

### Intervención diagnóstica

La intervención diagnóstica investigará los siguientes aspectos<sup>10-12</sup> (Algoritmo 2):

- a. Cuantificación del consumo: Se preguntará el número de cigarrillos consumidos al día y el número de años que lleva fumando. Se calculará el índice años-paquete.
- b. Análisis del grado de motivación y de autoeficacia para dejar de fumar: Es recomendable utilizar una escala análogo-visual para la medición de estas variables.
- c. Análisis del grado de dependencia física de la nicotina: La utilización del Test de Fagerström es muy recomendable para cuantificar esta variable. Cuando se suponga que la naturaleza de la enfermedad que ha llevado al hospital a ese sujeto le impide consumir un elevado número de cigarrillos al día, es muy indicado valorar especialmente la respuesta a la pregunta sobre el tiempo que transcurre desde que el sujeto se levanta hasta que consume el primer cigarrillo del día.
- d. Análisis de intentos previos de abandono: Es imprescindible que el paciente sea preguntado sobre la realización de intentos previos para dejar de fumar. Se investigarán aquellos intentos en los que el sujeto se mantuvo, al menos, 24 horas sin fumar. Serán aspectos fundamentales de este análisis investigar el número de intentos previos, el tiempo que se mantuvo sin fumar en dichos intentos, los tratamientos que utilizó y, sobre todo, el padecimiento de síntomas del síndrome de abstinencia en esos intentos. Aquellos sujetos con antecedentes de síndrome de abstinencia en intentos previos de abandono serán muy proclives a sufrir dicha sintomatología durante los días posteriores a su ingreso hospitalario.

- e. Determinación de los niveles de CO en el aire espirado. La determinación de los niveles de CO en el aire espirado por el sujeto es una exploración sencilla, inocua, barata y de gran utilidad, que debe ser obligatoria ante cualquier paciente fumador que ingresa en un hospital.

No obstante, es importante tener en cuenta que la prestación de tratamientos para el tabaquismo no debe depender de la valoración de todos estos aspectos, ya que el tratamiento del tabaquismo es efectivo y se debe aplicar incluso si no se dispone de evaluaciones especializadas o no se utilizan.<sup>12</sup>

### **Intervención terapéutica**

El algoritmo 3 muestra la intervención sanitaria que debe hacerse en el paciente fumador ingresado en el hospital. Dicha intervención sanitaria consta de consejo de abandono del consumo de tabaco, prescripción de tratamiento farmacológico y pauta de seguimiento.

#### **Consejo de abandono del consumo de tabaco**

El profesional sanitario deberá alertar al paciente que durante su estancia hospitalaria no puede consumir tabaco. Le explicará las principales razones por las que debería mantenerse sin fumar. La Tabla III expone estas razones. Una vez el paciente tenga claras dichas razones, el profesional sanitario debería insistir en que fumar está prohibido en el hospital y que, además, el consumo de tabaco es perjudicial para la salud y el bienestar de los pacientes ingresados que no son fumadores. Todas estas advertencias deberán ser realizadas con empatía, respeto y comprensión.

*Recomendación: Todos los fumadores deben recibir consejo para dejar de fumar mientras están ingresados. Este consejo debe ser impartido por todos los profesionales sanitarios que atienden al sujeto durante su estancia hospitalaria. El consejo debe acompañarse de la entrega de material de autoayuda. Además, el consejo debe prolongarse durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria. Esta es una Recomendación consistente de Alta calidad de evidencia.*

## Tratamiento farmacológico

El consejo sanitario para dejar de fumar que se oferta a los fumadores hospitalizados debe ir acompañado de la utilización de medicación.

Se han usado tres tipos de fármacos: Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. A continuación describimos las recomendaciones sobre la utilización de cada uno de ellos, así como los efectos adversos y las interacciones medicamentosas que pudieran provocar en sujetos hospitalizados con comorbilidades y polimedicados.

### *Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)*

La utilización de cualquier tipo de TSN, especialmente chicles, comprimidos, espray bucal o parches, en los pacientes fumadores ingresados es muy recomendable.<sup>10,28</sup> La prescripción de este tipo de medicamentos servirá para ayudar a los fumadores a controlar los síntomas del síndrome de abstinencia y mantenerse sin fumar durante la estancia hospitalaria.

#### Dosis de TSN

En fumadores con bajo grado de dependencia física de la nicotina, es de utilidad prescribir chicles de 2 mg o comprimidos de 1 mg o parches de 16 o 24 horas en sus dosificaciones de 15 mg/día o 21 mg/día, respectivamente. En fumadores con moderado o alto grado de dependencia física de la nicotina, se impone la utilización de parches más chicles de nicotina o parches más espray bucal de nicotina. En este caso, es muy útil recomendar al paciente que a pesar de utilizar parches, y en los momentos de mayor craving, use una pieza de 4 mg de chicle de nicotina o un comprimido de 2 mg de nicotina o se administre una instilación bucal con espray bucal de nicotina.<sup>30</sup>

La utilización de TSN en fumadores ingresados tiene importantes ventajas. Por un lado, la rapidez de acción de este tipo de medicación, que hace efecto a partir del mismo momento que se utiliza, y por otro, la escasez de efectos adversos que produce. Además, su uso tiene pocas contraindicaciones y muy escasas interacciones con otros fármacos que el paciente ingresado pudiera estar utilizando. La Tabla

IV muestra los efectos adversos de los chicles, comprimidos, espray bucal y parches de nicotina.

#### Interacciones medicamentosas de la TSN

Las interacciones medicamentosas que la utilización de TSN pudiera producir en los pacientes ingresados que utilizan otros fármacos son muy escasas y de poca relevancia clínica. No obstante, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos: a) la nicotina produce activación simpática que puede reducir los efectos sedantes de las benzodiazepinas, b) los efectos vasoconstrictores de la nicotina pueden disminuir la absorción subcutánea de la insulina, c) la nicotina puede atenuar la capacidad de los beta-bloqueantes de reducir la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, y d) la nicotina puede disminuir la analgesia opioide.<sup>12</sup>

#### Contraindicaciones de la TSN

La TSN tiene muy escasas contraindicaciones. La Tabla V expone las más relevantes.<sup>12</sup> Aunque tradicionalmente padecer síndrome coronario agudo ha sido considerado como contraindicación para la utilización de TSN, hoy en día este aspecto es muy controvertido. Un reciente estudio llevado a cabo en fumadores hospitalizados, algunos de ellos por síndrome coronario agudo, que recibieron TSN encontró que la intervención en este tipo de pacientes redujo el riesgo relativo de mortalidad por todas las causas, RR de 0,77 (IC del 95%, 0,27-0,93,  $p = 0,014$ ) y el riesgo relativo de readmisiones, RR de 0,44 (IC del 95%, 0,16-0,63,  $p = 0,007$ ).<sup>22</sup> Además, el American College of Cardiology y la American Heart Association recomiendan que los fumadores ingresados por síndrome coronario agudo reciban un consejo de abandono del consumo de tabaco y un tratamiento farmacológico (TSN).<sup>31</sup> Hay que insistir en que para lograr la máxima eficacia de la combinación de consejo y prescripción de TSN a fumadores ingresados, incluidos aquellos con patología cardiovascular o pulmonar, es clave que el consejo se prolongue durante, al menos, un mes después de que el sujeto sea dado de alta y que la utilización de la TSN se adecue a las dosis y al tiempo de utilización marcados como correctos por las distintas normativas.<sup>10,12, 22-28, 31-33</sup>

*Recomendación: Parches, chicles, spray bucal o comprimidos de nicotina son fármacos que están recomendados para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados y que para obtener la mayor eficacia deberán prescribirse junto con consejo que se prolongara durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria. Es una Recomendación consistente de Alta calidad de evidencia.*

### **Bupropión**

El bupropión no ha demostrado ser eficaz para ayudar a dejar de fumar en el grupo de fumadores hospitalizados.<sup>10,17-19,28</sup> En cambio, la seguridad de uso de esta medicación en este mismo grupo de sujetos, incluso en aquellos con patología cardiovascular, sí ha sido demostrada.<sup>18,19</sup>

Las principales desventajas de utilizar esta medicación en el grupo de fumadores ingresados son que este fármaco necesita un período de 7 a 14 días para hacer efecto y que su metabolización hepática, a través del complejo enzimático P450, puede asociar importantes interacciones con otros medicamentos.

#### Interacciones medicamentosas del bupropión

Tres tipos de fármacos podrían tener interacciones clínicamente significativas con bupropión: fármacos que afectan a CYP2B6, fármacos metabolizados por CYP2D6, e inductores/inhibidores enzimáticos.<sup>12</sup> Los fármacos que afectan al metabolismo de CYP2B6, como ciclofosfamida y orfenadrina, podrían alterar el metabolismo del bupropión. El bupropión y sus metabolitos inhiben a CYP2D6, y podrían afectar a los fármacos metabolizados por esta enzima (antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, antiarrítmicos de la clase 1C y algunos betabloqueantes). Debido al amplio metabolismo del bupropión, los inductores enzimáticos (carbamazepina, fenobarbital y fenitoina) y los inhibidores enzimáticos (valproato, cimetidina) pueden alterar su concentración plasmática.<sup>12</sup>

#### Dosis de bupropión

El bupropión debe ser utilizado durante un periodo de 12 semanas a dosis de 300 mg diarios en dos tomas de 150 mg cada una. El

tratamiento se iniciará de 7 a 15 días antes de abandonar definitivamente el consumo de tabaco. Durante la primera semana, el sujeto consumirá sólo un comprimido de 150 mg cada día, y después de este periodo, se incrementará la dosis a dos comprimidos de 150 mg.<sup>12,32-33</sup> La Tabla VI muestra los principales efectos adversos y las contraindicaciones de este fármaco.<sup>12, 32, 33</sup>

*Recomendación: El bupropión es un fármaco no recomendado para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados. Es una Recomendación consistente de Alta calidad de evidencia.*

### **Vareniclina**

La eficacia y la seguridad de la vareniclina para ayudar a dejar de fumar a pacientes hospitalizados, incluso a aquellos con síndrome coronario agudo, han sido claramente demostradas en varios ensayos clínicos.<sup>13,15, 28</sup>

#### Dosis de vareniclina

La vareniclina deberá ser utilizada a dosis estándar y durante un período de 12 semanas. Durante la primera semana, los sujetos podrán fumar y deberán utilizar el fármaco a dosis de 0,5 mg una vez al día durante los tres primeros días, y después a dosis de 0,5 mg dos veces al día durante 4 días. Pasado este tiempo, el sujeto deberá abandonar el consumo de tabaco y comenzar a utilizar el fármaco a dosis de 1 mg dos veces al día hasta completar doce semanas de tratamiento.<sup>12,32-33</sup> En aquellos pacientes con alto grado de dependencia o con enfermedades respiratorias crónicas, sería muy conveniente utilizarlo en la dosis y el tiempo que señalan las recomendaciones de sociedades científicas como SEPAR y ERS.<sup>32,33</sup>

El principal inconveniente de utilizar vareniclina en pacientes hospitalizados radica en la necesidad de usarla durante una semana antes de que alcance su eficacia. No obstante, su perfil metabólico, que le permite ser eliminado por orina sin atravesar la vía hepática, lo convierte en un fármaco sin interacciones medicamentosas y de fácil utilización en muchos pacientes hospitalizados, que podrían estar polimedicados.<sup>12,32-33</sup> La Tabla VII muestra los principales efectos adversos y las contraindicaciones de este fármaco.

*Recomendación: La vareniclina es un fármaco recomendado para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados y que para obtener la mayor eficacia debe prescribirse junto con consejo, que se prolongará durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria. Es una Recomendación consistente de Alta calidad de evidencia.*

## **Seguimiento**

Una parte fundamental del tratamiento del tabaquismo en los fumadores ingresados es el seguimiento. Para que el seguimiento produzca la mayor eficacia, es necesario que se prolongue durante, al menos, un mes después del alta. Aunque cuanto más prolongado sea, mayor será su eficacia.

El seguimiento de los fumadores después del alta hospitalaria puede ser realizado de distintas formas: citar al paciente para consultas de seguimiento en el propio hospital, citar al paciente para consultas de seguimiento en colaboración con los profesionales de atención primaria o con los profesionales de farmacia, mantener contactos telefónicos proactivos con el paciente, enviar al paciente SMS, cartas personalizadas, e-mails, etc.

Mediante estos contactos los profesionales sanitarios acompañarán al paciente en su proceso de abandono del tabaco y le irán explicando pautas conductuales y consejos para superar las principales situaciones de riesgo y afrontarlas con éxito. Es importante explicar al sujeto los distintos síntomas del síndrome de abstinencia que pueden padecer, así como la evolución que tomarán estos síntomas a lo largo del tiempo. Además, en estos contactos se debe insistir en la correcta utilización de la medicación prescrita y vigilar la aparición de efectos adversos para tratarlos de forma adecuada.<sup>10, 12-21, 23-28, 32-33</sup>

Todos los estudios realizados señalan que prolongar el seguimiento durante, al menos, un mes después del momento del alta hospitalaria incrementa de forma significativa la eficacia de los tratamientos que se ofertan al fumador.<sup>13-21, 23-28</sup>

**Recomendación:** Siempre se debe pautar seguimiento después del alta hospitalaria para controlar el proceso de abandono del consumo de tabaco en aquellos fumadores que hayan realizado un intento para

dejar de fumar durante su hospitalización. El seguimiento se debe prolongar durante, al menos, cuatro semanas. Es una Recomendación consistente de Alta calidad de evidencia.

## Recomendaciones para la intervención sobre los pacientes exfumadores hospitalizados que llevan menos de seis meses sin fumar

La *Clinical Practice Guideline* del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos recomienda que la intervención sobre este grupo de sujetos debe incluir los siguientes aspectos<sup>12</sup> (Algoritmo 1):

**Felicitación:** Los sujetos deben ser efusivamente felicitados por todos los profesionales sanitarios que lo atienden por su decisión de abandonar el consumo de tabaco y de mantenerse sin fumar durante ese tiempo.<sup>12</sup>

**Oferta de apoyo:** Todos los profesionales sanitarios deben ofertar ayuda al exfumador para que se mantenga sin fumar durante su estancia hospitalaria.<sup>12</sup> En este sentido, la explicación de todas las razones expuestas en la Tabla II será de gran ayuda.

**Valoración del síndrome de abstinencia:** Si el sujeto lleva menos de tres meses sin fumar es posible que todavía tenga síntomas del síndrome de abstinencia. En estos casos es muy recomendable hacer una correcta valoración de los distintos síntomas del síndrome de abstinencia que el sujeto pudiera padecer y que se prescriba medicación si fuese necesario.<sup>12</sup>

Cuando el sujeto lleva más de tres meses sin fumar, es menos frecuente la persistencia de los síntomas del síndrome de abstinencia. No obstante, esto puede ocurrir en algunos casos. Si así fuese, se deberá poner en práctica la recomendación anterior.

**Depresión o sensación de desánimo:** Son síntomas que pueden aparecer hasta en un 25-30% de los exfumadores de menos de seis meses de evolución.<sup>12</sup> Es importante que los profesionales sanitarios que atienden a este grupo de pacientes piensen en estos síntomas y

traten de diagnosticarlos adecuadamente. La utilización de antidepresivos o la derivación del sujeto a un especialista estarían recomendadas en estos casos.<sup>12</sup>

**Ganancia de peso:** Alrededor del 85% de los fumadores ganan peso al dejar de serlo. Lo más frecuente es que la ganancia sea de entre 2 y 5 Kg en de 4 a 6 meses aproximadamente.<sup>34</sup> En estos casos es importante que los profesionales sanitarios insistan al paciente en que los beneficios de haber dejado de fumar para la salud son mayores que los riesgos que se puedan correr por haber ganado esos kilos. Igualmente, se debería pautar una dieta hipocalórica durante su estancia hospitalaria si su enfermedad de base lo permite. En algunos casos, si fuera necesario, se puede derivar al paciente a un especialista.<sup>12</sup>

**Controlar la aparición de recaídas:** La mayor parte de las recaídas que padecen los fumadores cuando están dejando de fumar ocurren durante los seis meses posteriores al abandono del tabaco. Los sujetos hospitalizados que estén en esta situación deberán ser controlados para detectar precozmente una recaída. En este sentido, serán de ayuda la entrevista personal y la realización de cooximetría.

Si aparece recaída, sería conveniente la utilización de medicación acompañada de apoyo psicológico. En este caso, sería de aplicación todo lo expresado en el apartado sobre intervención terapéutica.

*Recomendación: La intervención sanitaria en los pacientes exfumadores hospitalizados que llevan menos de seis meses sin fumar debe incluir los siguientes aspectos: felicitar al paciente por haber dejado de fumar, apoyarle para que se mantenga sin hacerlo durante su estancia hospitalaria, vigilar la aparición de síntomas del síndrome de abstinencia, de depresión, de ganancia de peso y de recaída. En caso de que aparezcan, deberán ser tratados pronta y adecuadamente. Es una Recomendación consistente de Alta calidad de evidencia.*

## **Recomendaciones para la intervención sobre los pacientes que nunca han fumado o que llevan más de seis meses sin fumar**

En los sujetos que respondan que no han fumado nunca o que llevan más de seis meses sin fumar, la intervención se limitará a felicitar al paciente por su actitud y a animarle a que continúe en ese estado como mejor forma de mantener y proteger su salud (Algoritmo 1).

## Declaración de conflicto de intereses

El Dr. Carlos A. Jiménez Ruiz ha colaborado con GSK y Pfizer, industrias farmacéuticas con interés en el campo del tratamiento del tabaquismo.

El Dr. José Ignacio de Granda Orive ha colaborado con GSK y Pfizer, industrias farmacéuticas con interés en el campo del tratamiento del tabaquismo.

El Dr. Segismundo Solano Reina ha colaborado con GSK y Pfizer, industrias farmacéuticas con interés en el campo del tratamiento del tabaquismo.

El Dr. Juan Antonio Riesco Miranda ha colaborado con GSK y Pfizer, industrias farmacéuticas con interés en el campo del tratamiento del tabaquismo.

La Dra. Eva de Higes Martínez no tiene conflictos de intereses.

El Dr. José Francisco Pascual Lledó ha colaborado con GSK y Pfizer, industrias farmacéuticas con interés en el campo del tratamiento del tabaquismo.

El Dr. Marcos García Rueda ha colaborado con GSK y Pfizer, industrias farmacéuticas con interés en el campo del tratamiento del tabaquismo.

El Dr. José Javier Lorza Blasco no tiene conflictos de intereses.

El Dr. Jaime Signes Costa-Miñana no tiene conflictos de intereses.

El Dr. Borja Valencia Azcona no tiene conflictos de intereses.

La DUE Cristina Villar Laguna no tiene conflictos de intereses

La Lda. Maribel Cristóbal Fernández no tiene conflictos de intereses.

**Tabla I. Clasificación de las recomendaciones y calidad de evidencia según el Sistema Grade.**

Grado de recomendación	Calidad de evidencia	Implicaciones
Recomendación consistente* Calidad evidencia alta	ECR bien realizados o excepcionalmente EO bien realizados	Puede aplicarse en la mayoría de pacientes en la mayoría de las circunstancias
Recomendación consistente* Calidad evidencia moderada	ECR con limitaciones EO bien realizados con efectos importantes	Puede aplicarse en la mayoría de pacientes en la mayoría de las circunstancias
Recomendación consistente* Calidad evidencia baja	Evidencia para al menos un resultado importante de EO o ECR con defectos importantes o evidencia indirecta	Puede cambiar cuando se disponga de evidencia mayor
Recomendación consistente* Calidad evidencia muy baja	Evidencia para al menos un resultado importante de observaciones clínicas no sistemáticas o evidencia muy indirecta	Puede cambiar cuando se disponga de evidencia mayor
Recomendación débil** Calidad evidencia alta	ECR bien realizados o excepcionalmente EO bien realizados	Puede aplicarse en la mayoría de pacientes en la mayoría de las circunstancias
Recomendación débil** Calidad evidencia moderada	ECR con limitaciones EO bien realizados con efectos importantes	Puede aplicarse en la mayoría de pacientes en la mayoría de las circunstancias
Recomendación débil # Calidad evidencia baja	Evidencia para al menos un resultado importante de EO o ECR con defectos importantes o evidencia indirecta	Puede cambiar cuando se disponga de evidencia mayor
Recomendación débil † Calidad evidencia muy baja	Evidencia para al menos un resultado importante de observaciones clínicas no sistemáticas o evidencia muy indirecta	Puede cambiar cuando se disponga de evidencia mayor

**Nota explicativa:**

\*Los beneficios claramente superan los inconvenientes o viceversa.

\*\*Los beneficios están equilibrados con los inconvenientes.

# Incertidumbre en la estimación de los beneficios o inconvenientes, los beneficios pueden estar equilibrados con los inconvenientes.

† Mayor incertidumbre en la estimación de los beneficios o inconvenientes, los beneficios pueden estar equilibrados o no con los inconvenientes.

ERC = estudios controlados aleatorizados; EO = estudios observacionales

**Tabla II. Motivos para dejar de fumar durante el ingreso hospitalario.**

1	La curación de la enfermedad causante del ingreso hospitalario se producirá más rápidamente
2	La eficacia de los tratamientos utilizados será más alta
3	La posibilidad de complicaciones intrahospitalarias será más reducida
4	Los días de estancia hospitalaria se reducirán
5	<p>El hospital es un lugar idóneo para dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El sujeto está alejado de los lugares y situaciones que normalmente asocia con el consumo de tabaco</li><li>• El sujeto está continuamente acompañado de profesionales sanitarios que le pueden ayudar a mantenerse sin fumar</li><li>• El sujeto está en un ambiente sanitario donde priman las actividades saludables</li></ul>

**Tabla III. Recomendaciones para la intervención sobre el tabaquismo de los pacientes hospitalizados.**

<p><b>3.1 Recomendación:</b> Es necesario preguntar a cualquier paciente que ingrese en un hospital sobre su consumo de tabaco y registrarlo en su historia clínica. Todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente deben intervenir sobre el tabaquismo del mismo. Recomendación consistente. Calidad de evidencia alta.</p>
<p><b>3.2 Recomendación:</b> Todos los fumadores deben recibir consejo para dejar de fumar mientras están ingresados. Este consejo debe ser impartido por todos los profesionales sanitarios que atienden al sujeto durante su estancia hospitalaria. El consejo debe acompañarse de la entrega de material de autoayuda. Además, el consejo debe prolongarse durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria. Recomendación consistente. Calidad de evidencia alta.</p>
<p><b>3.3 Recomendación:</b> Parches, chicles, espray bucal o comprimidos de nicotina son fármacos recomendados para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados. Para obtener su mayor eficacia, deberán prescribirse junto con consejo, que se prolongará durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria. Recomendación consistente. Calidad de evidencia alta.</p>
<p><b>3.4 Recomendación:</b> El Bupropión es un fármaco no recomendado para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados. Recomendación consistente. Calidad de evidencia alta.</p>
<p><b>3.5 Recomendación:</b> La Vareniclina es un fármaco recomendado para ayudar a dejar de fumar a pacientes ingresados. Para obtener su mayor eficacia, debe prescribirse junto con consejo, que se prolongara durante, al menos, un mes después del alta hospitalaria. Recomendación consistente. Calidad de evidencia alta.</p>
<p><b>3.6 Recomendación:</b> Siempre debe pautarse seguimiento después del alta hospitalaria para controlar el proceso de abandono del consumo de tabaco en aquellos fumadores que hayan realizado un intento para dejar de fumar durante su hospitalización. El seguimiento se debe prolongar durante, al menos, cuatro semanas. Recomendación consistente. Calidad de evidencia alta.</p>
<p><b>3.7 Recomendación:</b> La intervención sanitaria en los pacientes exfumadores hospitalizados que llevan menos de seis meses sin fumar debe incluir los siguientes aspectos: felicitar al paciente por haber dejado de fumar, apoyarle para que se mantenga sin hacerlo durante su estancia hospitalaria, vigilar la aparición de síntomas del síndrome de abstinencia, de depresión, de ganancia de peso y de recaída. En caso de que aparezcan, deberán ser tratados pronta y adecuadamente. Recomendación consistente. Calidad de evidencia alta.</p>

**Tabla IV. Efectos adversos de la TSN.**

**Chicles de nicotina**

- Dolor de la articulación temporo-mandibular (4%-12%)
- Mal sabor de boca (2%-20%)
- Molestias oro-faríngeas (1%-5%)
- Meteorismo (3%-15%)
- Náuseas (3%-8%)
- Pirosis (3%-14%)
- Hipo (2%-14%)

**Comprimidos de nicotina**

Entre las que afectan al 1-10% de los pacientes, destacan: dolor de cabeza, hipo, náuseas, flatulencia, vómitos, pirosis, exceso de salivación, irritación de la boca.

Entre las que afectan a menos del 1% de los pacientes, destacan: Palpitaciones

**Espray bucal de nicotina**

Entre las que afectan al 1-10% de los pacientes, destacan: tos, dolor de garganta, hipo (particularmente común), dolor de cabeza, náuseas, efectos en el lugar de administración como hormigueo, sensación de quemazón, inflamación, dolor en la boca o en los labios o cambios en la percepción de los sabores, sequedad de boca o garganta o incremento de las cantidades de saliva, vómitos, flatulencia

*Efectos adversos locales*

- Eritema
- Exantema
- Prurito
- Eczema
- Nota aclaratoria: Aparecen durante los primeros quince días de tratamiento. Su frecuencia es escasa: 3%-18%. Se suelen autolimitar y no obligan a retirar tratamiento.

*Efectos adversos sistémicos*

- Cefalea
- Insomnio. Sueños vívidos
- Náuseas. Hipo
- Mal sabor de boca
- Palpitaciones
- Mareos
- Parestesias
- Mialgias
- Nota aclaratoria: Aparecen con menor frecuencia que los efectos adversos locales (1%-9%). Se autolimitan y no obligan a retirar tratamiento.

**Tabla V. Contraindicaciones de la TSN.**

<p><b>Absolutas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad a la nicotina o a cualquiera de sus excipientes.</li> </ul>	<p><b>Relativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo.</li> <li>• Lactancia.</li> </ul>	<p><b>Precauciones de uso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujetos con infarto de miocardio reciente o que presentan angina de pecho inestable o agravada (incluyendo la angina de Prinzmetal), arritmias cardíacas severas, hipertensión no controlada o accidente cerebrovascular reciente, pueden utilizar TSN sólo bajo supervisión médica.</li> <li>• TSN debe utilizarse con precaución en pacientes con:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensión grave, angina de pecho estable y enfermedad cerebrovascular.</li> <li>- Enfermedad arterial periférica oclusiva e insuficiencia cardíaca.</li> <li>- Diabetes mellitus, hipertiroidismo o feocromocitoma.</li> <li>- Insuficiencia hepática y/o renal grave.</li> <li>- Úlcera péptica activa.</li> </ul> </li> </ul>
--	---	---

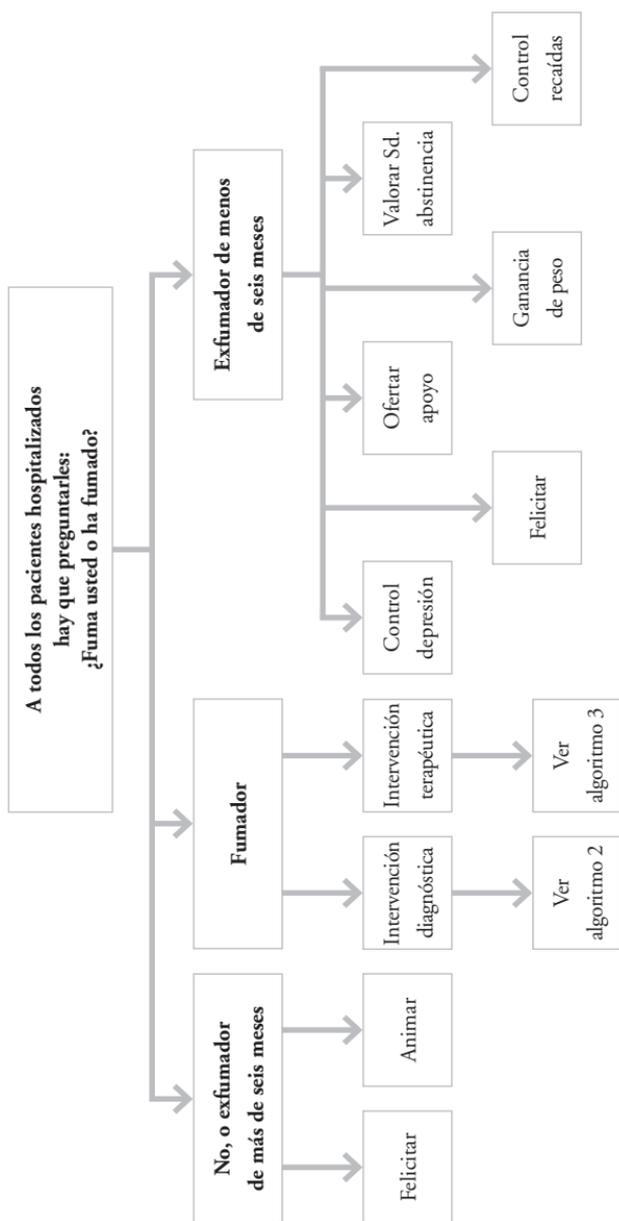
**Tabla VI. Efectos adversos y contraindicaciones del Bupropión.**

<p><b>Efectos adversos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sequedad de boca (7%-12%)</li> <li>• Insomnio (10%-31%)</li> <li>• Inestabilidad (3%-8%)</li> <li>• Cefalea (3%-17%)</li> <li>• Náuseas (3%-5%)</li> <li>• Manifestaciones alérgicas cutáneas (2%-14%)</li> <li>• Convulsiones (0.1%)</li> <li>• Nota aclaratoria: La reducción de dosis ayuda a reducir la aparición de estos efectos adversos.</li> </ul>	<p><b>Contraindicaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsia</li> <li>• Trastornos convulsivos</li> <li>• Bulimia o anorexia nerviosa</li> <li>• Uso simultáneo de IMAO</li> <li>• Cirrosis hepática</li> <li>• Trastorno bipolar</li> </ul>	<p><b>Precauciones de uso</b></p> <p>El Bupropión debe utilizarse con precaución en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumadores en situaciones que tienen reducido su umbral convulsivante. (antecedentes de alcoholismo, antecedentes de traumatismo craneo-encefálico, fumadores en proceso de retirada de benzodiacepinas, etc.).</li> <li>• Fumadores que están utilizando medicación que reduce el umbral convulsivante (antipsicóticos, teofilina, corticoides sistémicos, quinina, antidepresivos, antidiabéticos orales, etc.).</li> </ul>
---	---	--

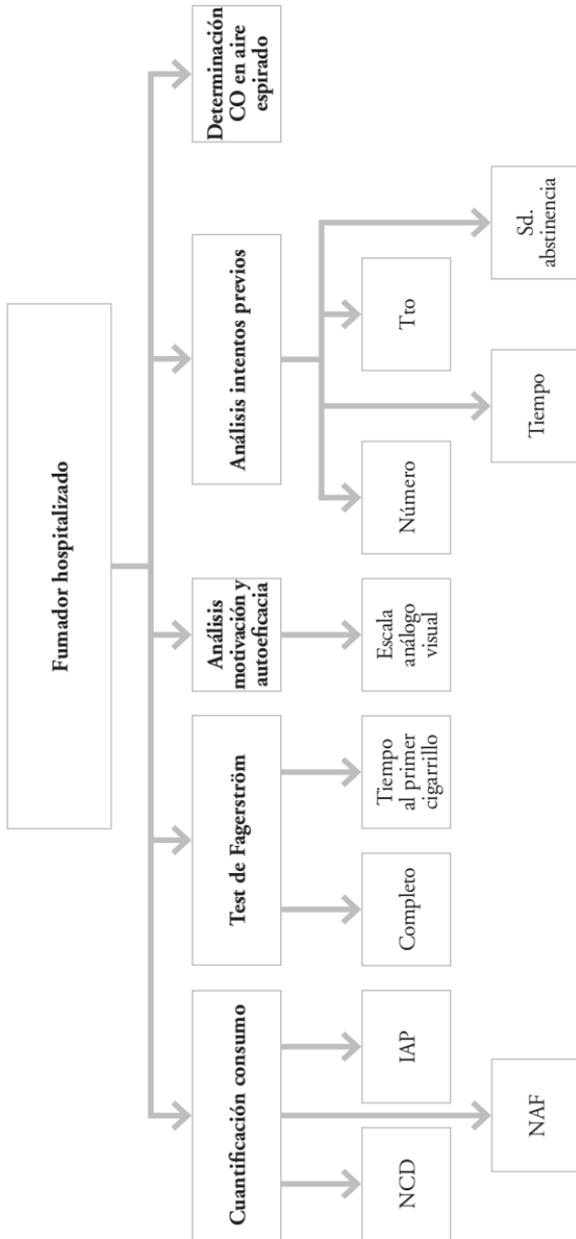
**Tabla VII. Efectos adversos y contraindicaciones de la Vareniclina.**

<b>Efectos adversos</b>	<b>Contraindicaciones</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Náusea ( 28%)</li><li>• Flatulencia (2%-5%)</li><li>• Insomnio ( 13%-15%)</li><li>• Sueños anormales (11%-13%)</li><li>• Nota aclaratoria: Las náuseas suelen aparecer en la primera semana de tratamiento. En más del 70% de casos son leves y no obligan a suspender el tratamiento. Se autolimitan en el tiempo y no suelen requerir tratamiento.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidad a la Vareniclina</li><li>• Insuficiencia renal grave</li></ul>

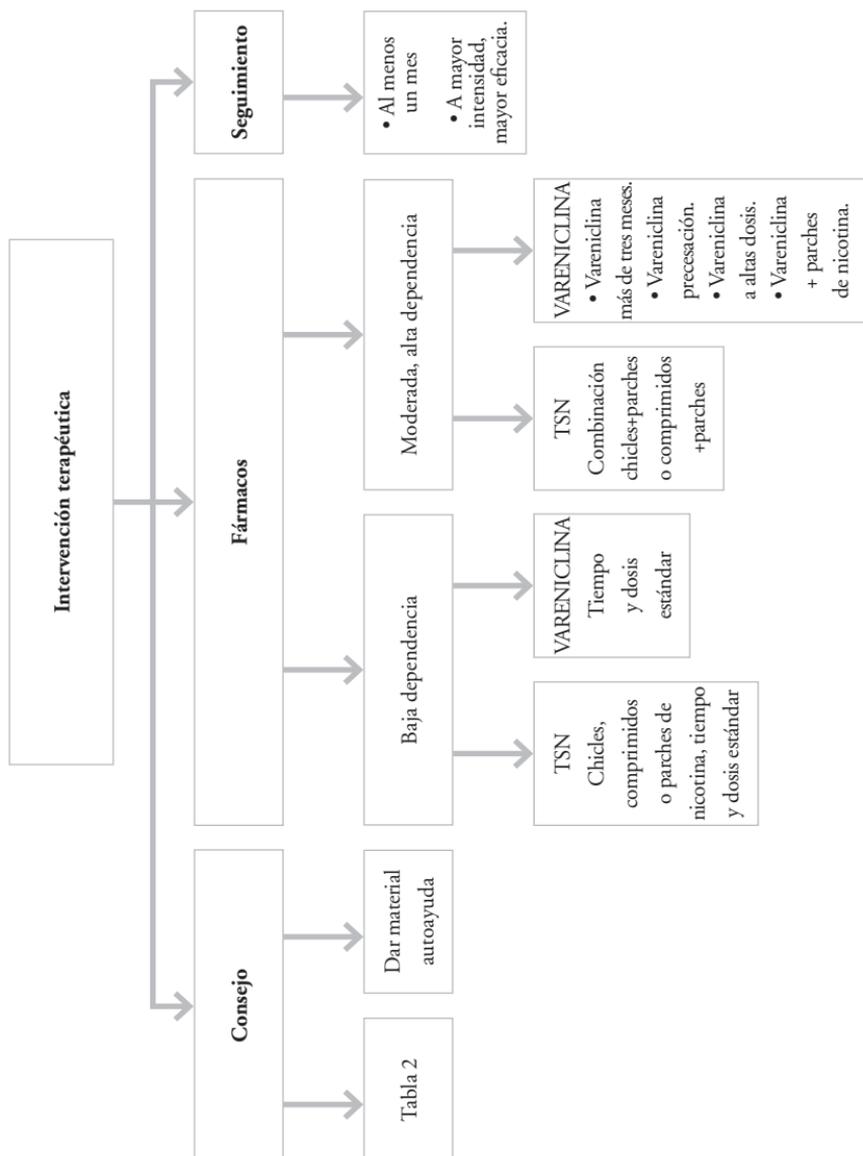
## Algoritmo 1. Intervención sobre el tabaquismo en pacientes hospitalizados.



## Algoritmo 2. Intervención diagnóstica en fumadores hospitalizados.



### Algoritmo 3. Intervención terapéutica en fumadores hospitalizados.



## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. **Instituto Nacional de Estadística.** (Accedido el 4 de agosto de 2015). Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np878.pdf>.
2. **Nieto García J, Abdel-Kader Martín L, Rosado Martín M, Carriazo Pérez A, Arias Jiménez J.** Tabaquismo en pacientes hospitalizados. *An Med Interna (Madrid)*. 2003; 20: 351-359.
3. **Gallego Alonso M, Miguel Díaz J, Villar Álvarez F, Pérez de Oteyza C.** Consumo de tabaco en pacientes hospitalizados antes y después de la Ley antitabaco (28/2005). *Rev Clin Esp*. 2010; 210: 216-220.
4. **Schünemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, Bria WF, El-Solh AA, Ernst A, et al.** An official ATS statement: grading the quality of evidence and strength of recommendations in ATS guidelines and recommendations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006; 174: 605-614.
5. Distribution of First-Listed Diagnoses among Hospital Discharges with Diabetes as Any-Listed Diagnosis, Adults Aged 18 Years and Older, United States, 2010. (Accedido el 4 agosto de 2015). Disponible en: <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/hosp/adulttable1.htm>.
6. **Myers K, Hajek P, Hinds CH, McRobbie H.** Stopping smoking shortly before surgery and postoperative complications. A systematic review and meta-anlyses. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 983-989.
7. **Thomsen T, Villebro N, Møller AM.** Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014, issue 3. Art. N°: CD002294.
8. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE, núm. 318, de

31 de diciembre de 2010, páginas 109188 a 109194. (Accedido el 1 de noviembre de 2015) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-20138>.

9. **Sadr Azodi O, Lindström D, Adami J, Tønnesen H, Nåsell H, Gilljam H.** The efficacy of smoking cessation programme in patients undergoing elective surgery - a randomised clinical trial. *Anaesthesia*. 2009; 64: 259-265.
10. **Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF.** Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012, Issue 5. Art. N°: CD001837.
11. **Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF.** Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1950-1960.
12. **Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry SJ, et al.** Treating Tobacco Use Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Mayo 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. *SEPAR*. Mayo 2010. Eden Artes Gráficas S.L, Madrid 2010.
13. **Smith BJ, Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Peters MJ, FitrIDGE R, et al.** Smoking Termination Opportunity for inPatients (STOP): superiority of a course of varenicline tartrate plus counselling over counselling alone for smoking cessation: a 12-month randomised controlled trial for inpatients *Thorax*. 2013; 68: 485-486.
14. **Steinberg MB, Randall J, Greenhaus S, Schmelzer AC, Richardson DL, Carson JL.** Tobacco dependence treatment for hospitalized smokers: a randomized, controlled, pilot trial using varenicline. *Addict Behav*. 2011; 36: 1127-1132.

15. **Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, Old W, Grondin FR, Bata I, et al.** Varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Circulation*. 2016; 133:00-00. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019634.
16. **Carson KV, Smith BJ, Brinn MP, Peters MJ, Fitridge R, Koblar SA, et al.** Safety of varenicline tartrate and counseling versus counseling alone for smoking cessation: a randomized controlled trial for inpatients (STOP study). *Nicotine Tob Res*. 2014; 16: 1495-1502.
17. **Simon JA, Duncan C, Huggins J, Solkowitz S, Carmody TP.** Sustained-release bupropion for hospital-based smoking cessation: a randomized trial. *Nicotine Tob Res*. 2009; 11: 663-669.
18. **Rigotti NA, Thorndike AN, Regan S, McKool K, Pasternak RC, Chang Y, et al.** Bupropion for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease. *Am J Med*. 2006; 119: 1080-1087.
19. **Planer D, Lev I, Elitzur Y, Sharon N, Ouzan E, Pugatsch T, et al.** Bupropion for smoking cessation in patients with acute coronary syndrome. *Arch Int Med*. 2011; 171: 1055-1060.
20. **Grandi SM, Shimony A, Eisenberg MJ.** Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Cardiol*. 2013; 29: 1704-1711.
21. **Eisenberg MJ, Grandi SM, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S et al.** Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with acute myocardial infarction: a randomized, placebo-controlled trial. *J Am Coll Cardiol*. 2013; 61: 524-532.
22. **Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA, Hilleman DE.** Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*. 2007; 131: 446-452.

23. **Campbell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM.** Smoking cessation in hospital patients given repeated advice plus nicotine or placebo chewing gum. *Res Med.* 1991; 85: 155-157.
24. **Campbell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM.** Transdermal nicotine plus support in patients attending hospital with smoking related diseases - a placebo controlled study. *Res Med.* 1996; 90: 47-51.
25. **Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM.** The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *Int J Add.* 1991; 26: 107-119.
26. **Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB.** Smoking cessation in hospitalized patients - Results of a randomized trial. *Arch Inter Med.* 1997; 157: 409-415.
27. **Borglykke A, Pisinger C, Jorgensen T, Ibsen H.** The effectiveness of smoking cessation groups offered to hospitalised patients with symptoms of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Clin Res J.* 2008; 2: 158-165.
28. **Rigotti NA, Regan S, Levy DE, Japuntich S, Chang Y, Park ER et al.** Sustained care intervention and postdischarge smoking cessation among hospitalized adults: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2014; 312: 719-728.
29. **Mullen KE, Coyle D, Manuel D, Nguyen H, Ba'Pham, Pipe AL, et al.** Economic evaluation of a hospital initiated intervention for smokers with chronic disease, in Ontario, Canada. *Tob Control.* 2015; 24: 489-496.
30. **Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al.** Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012, Issue 11. Art. N°: CD000146.

31. **Antmann EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al.** ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction-executive summary. *Circulation*. 2004; 110, 588-636.
32. **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 EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49: 354-363.
33. **Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, Tonnesen P, van Schayck CP, Hajek P, et al.** Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J*. 2015; 46: 61-79.
34. **Tian J, Venn A, Otahal P, Gall S.** The association between quitting smoking and weight gain: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev*. 2015; 16: 883-901.





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