

**GUÍA DE RECOMENDACIONES
PRÁCTICAS EN**

TABAQUISMO

**Dra. María Carmen Antón Sanz
Dr. José Luis Díaz-Maroto Muñoz
Dr. Carlos A. Jiménez Ruiz
Dr. Jesús Méndez-Cabeza Velázquez
Dr. Raúl de Simón Gutiérrez**

CON EL AVAL DE



GRUPO
MENARINI

www.menarini.es

GUÍA DE RECOMENDACIONES PRÁCTICAS EN

TABAQUISMO



1. Introducción. ¿Por qué una guía breve?	3
2. Conjunto mínimo de datos en el fumador	5
3. Consejo breve	10
4. Tratamiento del tabaquismo	13
5. Tratamiento farmacológico del tabaquismo	16
6. Criterios de derivación a unidades especializadas	19
7. Situaciones especiales	20
Bibliografía	23

Coordinadores:

José Luis Díaz-Maroto Muñoz y Raúl de Simón Gutiérrez

Autores:

María Carmen Antón Sanz

Médico de Familia. Consultorio de Alpedrete. Madrid. Miembro del Grupo de Respiratorio de Atención Primaria (GRAP) y del Grupo de Tabaquismo de SEMERGEN.

José Luis Díaz-Maroto Muñoz

Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara-Periférico. Guadalajara. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN.

Carlos A. Jiménez Ruiz

Jefe de la Unidad Especializada en Tabaquismo de la Comunidad de Madrid. CE Modesto Lafuente. Madrid.

Jesús Méndez-Cabeza Velázquez

Médico de Familia. Centro de Salud Francia (Fuenlabrada). Miembro del Grupo de Respiratorio de Atención Primaria (GRAP), del Grupo de Respiratorio de SoMaMFyC y del Grupo de Tabaquismo de SEMERGEN.

Raúl de Simón Gutiérrez

Médico de Familia. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN.



Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-7867-704-7
Depósito Legal: M-25637-2019

Ni el propietario del copyright, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

1 INTRODUCCIÓN. ¿POR QUÉ UNA GUÍA BREVE?

José Luis Díaz-Maroto Muñoz. Raúl de Simón Gutiérrez

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva que necesita prevención, diagnóstico y tratamiento. Es una enfermedad que produce una elevada carga de mortalidad. Todos los profesionales sanitarios debemos intervenir al unísono mediante protocolos consensuados.

Es muy interesante, en relación a la epidemiología, resaltar los datos que nos ofrece la Encuesta Nacional de Salud de 2017. El 22,1 % de la población de 15 y más años afirma que fuma a diario, el 2,3 % es fumador ocasional, el 24,9 % se declara exfumador y el 50,7 % nunca ha fumado. Siguen fumando más los hombres, aunque las diferencias son menores entre los jóvenes. El porcentaje de fumadores es del 25,6 % en hombres y del 18,8 % en mujeres. Seis de cada 10 mujeres nunca han fumado, mientras que en hombres esta proporción es de 4 de cada 10. Son menores las diferencias por sexo entre los exfumadores, 3/10 hombres y 2/10 mujeres. El hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 17,6 %,

INTRODUCCIÓN. ¿POR QUÉ UNA GUÍA BREVE?

acentuándose levemente la diferencia por sexo (20 % de los hombres frente al 15,1 % de las mujeres). Es de mucha utilidad disponer de una guía breve de abordaje del tabaquismo para que, en poco tiempo, obtengamos el máximo rendimiento en nuestras consultas.

CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS EN EL FUMADOR

Jesús Méndez-Cabeza Velázquez

Cantidad de tabaco consumido: número de paquetes/año¹

El nivel de exposición al tabaco tiene efecto acumulativo, por lo que es importante no solo conocer el consumo puntual, sino el global de la vida del fumador. El consumo acumulado de tabaco se refleja mediante el índice paquetes-año y se calcula teniendo en cuenta la cantidad de tabaco consumido (número de cigarrillos al día) y el tiempo transcurrido como fumador mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Nº de cigarrillos al día} \times \text{nº de años de fumador} / 20$$

Fase de abandono²

Las distintas etapas por las que pasa el fumador, se describen en el modelo de Prochaska y Diclemente:

1. **Precontemplación:** no se ha planteado seriamente la idea de dejar de fumar, no percibe como un problema su conducta de fumar.
2. **Contemplación:** hay un planteamiento serio de cambio en los próximos 6 meses, se caracteriza por la ambivalencia o sentimientos contrapuestos respecto al hecho de fumar.
3. **Preparación:** es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para dejar de fumar en los próximos 30 días.
4. **Acción:** intentan dejar de fumar. No fuma durante menos de 6 meses.
5. **Mantenimiento:** se mantienen sin fumar durante más de 6 meses.
6. **Recaída:** han realizado un intento y han vuelto a fumar. Desde esta etapa se puede pasar a cualquiera de las etapas anteriores. La recaída es una parte normal del proceso de dejar de fumar y así debe explicarse a los pacientes.
7. **Ex fumador:** a partir del año de abstinencia.

Motivación para el abandono del tabaco³

El test validado y más sencillo para valorar el grado de motivación para dejar de fumar es el Test de Richmond (tabla 1), aunque también es posible evaluarla con escalas analógicas visuales o con preguntas abiertas.

TABLA 1. TEST DE RICHMOND

1. ¿Quiere dejar de fumar?			
0 No		1 Sí	
2. ¿Con qué ganas quiere dejarlo?			
0 Nada	1 Poca	2 Bastante	3 Mucha
3. ¿Intentará dejarlo en las próximas semanas?			
0 No	1 Dudoso	2 Probable	3 Sí
4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?			
0 No	1 Dudoso	2 Probable	3 Sí
Interpretación del resultado:			
Motivación máxima: 7-10. Motivación moderada: 4-6. Motivación baja: < 3			

Grado de dependencia física⁴

El grado de dependencia física se valora utilizando el test de Fagerström breve. Cuánto mayor puntuación se obtenga en dicho test, mayor dependencia física tendrá el paciente y con mayor frecuencia se requerirá tratamiento farmacológico. En el test se realizan las siguientes preguntas:

- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?** Más de 30 (3 puntos). De 21 a 30 (2 puntos). De 11 a 20 (1 punto). Diez o menos (0 puntos).
- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?** Hasta 5 minutos (3 puntos). De 6 a 30 minutos (2 puntos). De 31 a 60 minutos (1 punto). Más de 60 minutos (0 puntos).

Interpretación: de 5 a 6 puntos corresponde a dependencia alta; de 3 a 4, a dependencia moderada; y de 0 a 2, a dependencia baja.

El cuestionario abreviado tiene una muy alta correlación con el FTND original por lo que podría utilizarse como medida sustitutiva del test completo en aquellas situaciones con escasa disponibilidad de tiempo, simplificando así la evaluación del grado de dependencia⁵.

Intentos previos de abandono y motivos de recaídas⁶

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

Medición de las concentraciones de monóxido de carbono en el aire espirado

Cooximetría: para la medición, el paciente debe hacer una inspiración profunda, debe retener el aire unos 15 segundos y posteriormente realizar una expiración lenta y prolongada a

través de la boquilla del cooxímetro. Tras ello, se deben esperar unos segundos hasta que el aparato muestre las cifras de monóxido de carbono (CO) en partes por millón (ppm). Cifras por encima de 10 ppm son indicativas de consumo.

3 CONSEJO BREVE

María Carmen Antón Sanz

Todas las personas que acuden a un servicio de salud, independientemente de su situación en relación al consumo de tabaco, deberían recibir un *breve consejo* para dejar de fumar. Está demostrado que el consejo de algún integrante del equipo de salud puede disparar el intento de cesación tabáquica.

Tres minutos son más que suficientes si sabemos qué decir, aunque la evidencia demuestra que, al incrementar la intensidad y la duración de la intervención, aumenta su eficacia⁷.

El consejo para dejar de fumar debe ser (tabla 2):

- Sencillo, comprensible, motivador, empático, clarificador, personalizado y respetuoso con el paciente⁸.
- Oportunista: relacionándolo con el problema/motivo de consulta y aprovechando momentos en los que el paciente es más receptivo (por ejemplo: embarazo).
- Adaptado a la fase de cambio del paciente.

- Siempre informando de los beneficios de dejar de fumar y de los riesgos que conlleva el consumo. Aportar soluciones para los problemas.

La intervención mínima sobre el tabaquismo en Atención Primaria está estructurada en 5 componentes principales, "las 5 A" (tabla 3):

- *Averiguar (ask)*: preguntar acerca del uso del tabaco.
- *Aconsejar (advise)*: advertir a los fumadores de que dejen de fumar.
- *Acordar (assess)*: averiguar motivación para dejar de fumar y ver la etapa de cambio en la que se encuentra.
- *Ayudar (assist)*: asistir a fumadores con el tratamiento y derivación necesaria.
- *Acompañar (arrange)*: seguimiento a las 1-2 semanas después de haber suspendido el tabaco y, luego, al mes.

TABLA 2. CONSEJOS BREVES PARA DEJAR DE FUMAR

CONSEJO BREVE	
Fumador	<p><i>Objetivo:</i> abandono/cesación total del consumo de tabaco</p> <p>En pacientes fumadores reincidentes, destacar que el abandono definitivo suele llegar después de varios intentos</p> <p>Aumentar la motivación para dejar de fumar</p>

TABLA 2. CONSEJOS BREVES PARA DEJAR DE FUMAR (cont.)

CONSEJO BREVE	
Fumador ocasional	<i>Objetivo:</i> abandono/cesación total del consumo de tabaco Reafirmar que riesgo cero = consumo cero
Exfumador	Resaltar la importancia de la decisión de dejar de fumar y felicitarlo Evitar situaciones de vulnerabilidad
No fumador	Transmitir la importancia de defender "su espacio libre de humo"

TABLA 3. INTERVENCIÓN MÍNIMA SOBRE EL TABAQUISMO

Averiguar	Preguntar por consumo de tabaco
Aconsejar	Advertir al fumador que deje de fumar
Acordar	Averiguar motivación
Ayudar	Asistir al fumador
Acompañar	Seguimiento

4 TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Carlos A. Jiménez Ruiz

La inmensa mayoría de las veces el tratamiento del tabaquismo es la combinación entre el asesoramiento psicológico, para aliviar la dependencia psíquica que causan los cigarrillos; y el tratamiento farmacológico para combatir la dependencia física que produce la nicotina.

El algoritmo que se muestra en la siguiente página expresa los diferentes procedimientos que se deben llevar a cabo para ayudar a dejar de fumar tanto a los fumadores que quieren dejarlo de forma brusca como a aquellos que quieren dejarlo de forma progresiva (ver figuras 1A y 1B).

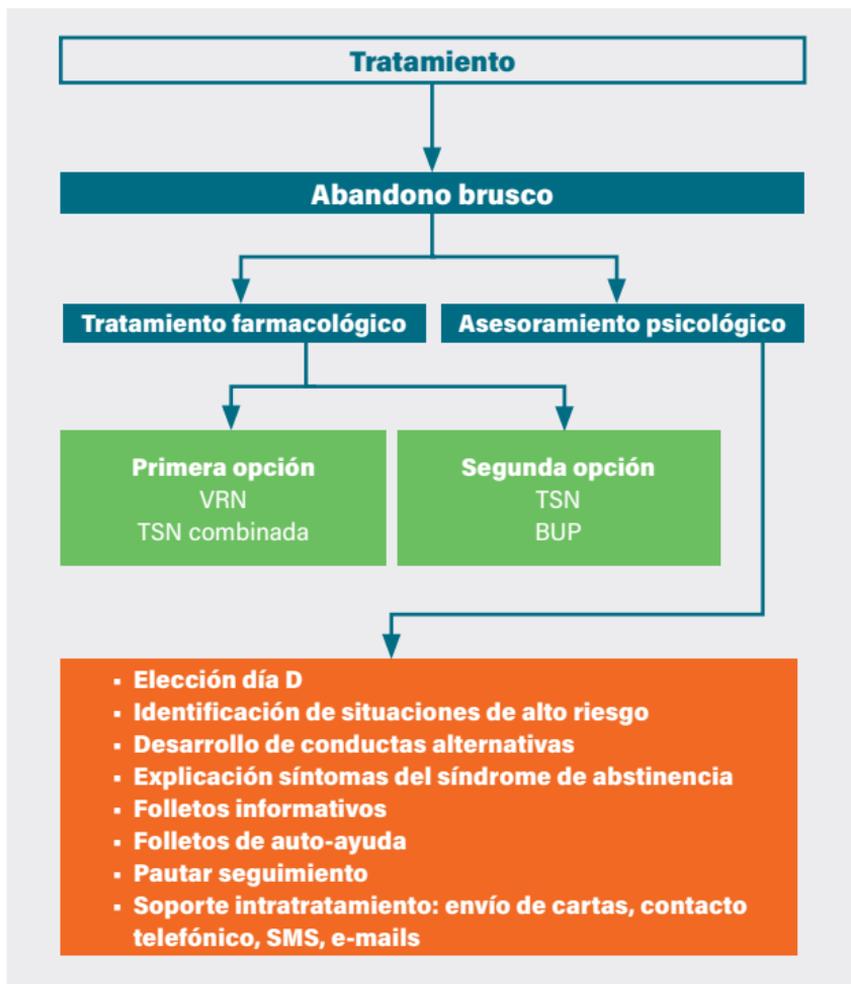


Figura 1A. Algoritmo de tratamiento del tabaquismo.

BUP: bupropión. VRN: vareniciclina. TSN: Terapia Sustitutiva con Nicotina.

Fuente: Jiménez-Ruiz CA. Algoritmo para el tratamiento del tabaquismo. 51 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR. Palma de Mallorca. Junio 2018.



Figura 1B. Algoritmo de tratamiento del tabaquismo.

BUP: bupropión. VRN: vareniclina. TSN: Terapia Sustitutiva con Nicotina.

Fuente: Jiménez-Ruiz CA. Algoritmo para el tratamiento del tabaquismo. 51 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR. Palma de Mallorca. Junio 2018.

5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

Carlos A. Jiménez Ruiz

A continuación, y de forma muy esquemática procederemos a mostrar las principales características de los diferentes tipos de tratamiento farmacológico del tabaquismo (tabla 4).

Para ello, atenderemos a los siguientes criterios de clasificación: tipo de tratamiento o terapia, análisis de la eficacia, clasificación de las diferentes dosis y pautas de administración farmacológica, análisis de las contraindicaciones, y análisis de los efectos adversos que pudieran llegar a concurrir.

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO⁹⁻¹⁰

Tipo	Eficacia	Dosis y pauta	Contraindicaciones	Efectos adversos
Terapia sustitutiva con nicotina (chicles, comprimidos, parches y spray bucal)	<p>Chicles: 1,49 (1,40-1,60)</p> <p>Comprimidos: 1,52 (1,32-1,74)</p> <p>Parches: 1,64 (1,53-1,75)</p> <p>espray bucal: 2,48 (1,24-4,94)</p>	<p>Fumadores de 10-19 cigarrillos/día:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chicle de 2 mg o comprimido de 1 mg: 1 pieza/2 h durante 6-8 semanas <p>Fumadores de más de 20 cigarrillos/día:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chicle de 4 mg o comprimido de 2 mg: 1 pieza/2 h durante 12 semanas Parches de 16 h: <ul style="list-style-type: none"> - 15 mg/d, 4 sem - 10 mg/d, 2-4 sem Parches de 24 h: <ul style="list-style-type: none"> - 21 mg/d, 4 sem - 14 mg/d, 4 sem - 7 mg/d, 2-4 sem 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis en el área cutánea de su colocación (parches) • Hipersensibilidad a la nicotina o a cualquiera de los excipientes 	<p>Chicles y comprimidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mal sabor de boca • Hipo • Meteorismo <p>Parches:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Exantema • Eccema • Mareo

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO⁹⁻¹⁰ (cont.)

Tipo	Eficacia	Dosis y pauta	Contraindicaciones	Efectos adversos
Bupropión	2,06 (1,77-2,4)	150 mg/día, 7 días. Tras dejar de fumar, 150 mg/12 h hasta completar 8 -11 semanas En fumadores de bajo peso y mayores de 65 años, reducir la dosis a la mitad	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia • Trastornos convulsivos • Trastornos de la conducta alimentaria • Uso simultáneo de IMAO • Trastorno bipolar • Cirrosis hepática grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Cefalea • Mareo • Sequedad de boca • Convulsiones (0,1%)
Vareniclina	2,24 (2,06-2,43)	0,5 mg/día, 3 días y proseguir con 0,5 mg/12 h, 4 días, y tras dejar de fumar continuar con 1 mg/dos veces al día hasta completar 12 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a sus componentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas • Sueños vívidos • Insomnio

Nota: La eficacia se expresa en OR (odds ratio) con intervalos de confianza del 95 %.
 IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa.

6 CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDADES ESPECIALIZADAS

María Carmen Antón Sanz

Cuando el paciente tiene severa dificultad para lograr la abstinencia o pertenece a alguno de los grupos especiales que se enumeran a continuación, se debe derivar al paciente a la Unidad Especializada en Tabaquismo:

1. Fumadores que han realizado intentos serios en el pasado, correctamente tratados por un profesional sanitario, y que fracasaron.
2. Fumadores con una cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
3. Fumadores con hipertensión arterial (HTA) no controlada y/o con arritmias cardíacas.
4. Fumadores con enfermedades crónicas (neuropatías, hepatopatías, cardiopatías, etc.) no controladas.
5. Fumadores con enfermedades psiquiátricas.
6. Fumadoras embarazadas o en período de lactancia.

7 SITUACIONES ESPECIALES

Carlos A. Jiménez Ruiz

EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)

Es imprescindible utilizar siempre tratamiento farmacológico. Resulta muy recomendable la utilización de fármacos a dosis altas y durante más de 12 semanas.

Vareniclina y terapia sustitutiva con nicotina de forma combinada (parches más un dispositivo de liberación rápida) han mostrado ser eficaces a los 6 y 12 meses. Bupropión solo es eficaz a los seis meses¹¹.

Enfermedades cardiovasculares

No hay contraindicación para la utilización de estos fármacos (TSN, bupropión y vareniclina), siempre y cuando la enfermedad esté estabilizada¹²⁻¹³.

Enfermedades psiquiátricas

No hay contraindicación para la utilización de estos fármacos (TSN, bupropión y vareniclina) en pacientes con estas patologías: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, depresión mayor, angustia con o sin agorafobia, estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), fobia social, ansiedad generalizada y trastorno límite de la personalidad, siempre y cuando se den estas circunstancias: a) sin exacerbación en los últimos seis meses y b) si los tratamientos que se utilizan para el trastorno mental no han necesitado ser cambiados en los últimos 3 meses¹².

Alcoholismo crónico

Vareniclina y terapia sustitutiva de nicotina pueden ser utilizados a dosis y duración estándar⁴.

Otras drogodependencias

Cada paciente deberá ser atendido de forma individualizada⁴.

Embarazo

Se utilizará tratamiento farmacológico solo cuando el asesoramiento psicológico intenso haya fracasado y en fumadoras

con alto grado de dependencia física por la nicotina que consumen (20 o más cigarrillos al día). No utilizar la terapia sustitutiva con nicotina después de las 16 semanas de embarazo. Primera opción: usar chicles de 2 mg de forma puntual. Segunda opción: parches de 16 horas de liberación a dosis de 10 mg al día. Tercera opción: parches de 24 horas de liberación a dosis de 14 mg/día. No utilizar ni vareniclina ni bupropión⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco M, Solano S. et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol. 2003;39(1):35-41.
2. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO, (eds). Tratado de tabaquismo, 2ª ed. Madrid: Ergón; 2007.
3. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2008.
4. 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. Traducción al español: Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (coordinadores de la traducción). Guía de tratamiento del tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 2010.
5. Mataix Sancho J. Propiedades Psicométricas del Test de Fagerström con dos preguntas reformuladas. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández. Departamento de Medicina Clínica. 2014. Disponible en [acceso 10/4/2019] <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3750/1/TD%20Mataix%20Sancho%2c%20Javier.pdf>
6. Grupo de trabajo de Patología respiratoria de Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) en colaboración con Grupo de trabajo de Abordaje al tabaquismo. Tabaquismo. Abordaje en atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Granada: SAMVyC; 2011.
7. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead L F. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014(6):CD001118. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001118.pub3>.
8. Olano-Espinosa E, Minué-Lorenzo C. "No hacer", también en tabaco. Aten Primaria. 2016;48(7):427-504.

BIBLIOGRAFÍA

9. Cahill K, Lindson-Hawley M, Thomas KH, Fanshawe R, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;5:CD006103.
10. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 5:CD000146.
11. 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 Disorders and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J.* 2015;46(1):61-79.
12. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet.* 2016;387(10037):2507-20.
13. Benowitz NL, Pipe A, West R, Hays JT, Tonstad S, McRae T, et al. Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2018;178(5):622-31.



GRUPO
MENARINI

www.menarini.es

BRM-707 JUN'19