

ENFOQUE INTEGRAL DEL **TABAQUISMO** EN ATENCIÓN PRIMARIA



Coordinación científica

Dr. Raúl de Simón Gutiérrez

*Coordinador del grupo de trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN.
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares, Madrid.*

Autores

Dra. Liliana Bilbie Lupchian

*Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del grupo de Tabaquismo de SEMERGEN.
Centro de Salud Barrio Jesús. Zaragoza.*

Dra. Iria Cobos García

*Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del grupo de Tabaquismo de SEMERGEN.
Centro de Salud Baralla. Lugo.*

Dra. Helia Madrona Rodríguez

*Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del grupo de Tabaquismo de SEMERGEN.
PAC Casa de Socorro. Alcalá de Henares, Madrid.*

Dr. Raúl de Simón Gutiérrez

*Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del grupo de Tabaquismo de SEMERGEN.
Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares, Madrid.*

Índice

Introducción	4
Abordaje inicial REVERSE en la consulta	4
Abordaje no farmacológico	6
1. Primeros pasos	6
2. Antes de dejarlo	6
3. Primer día sin fumar	6
4. Después de dejarlo	7
5. Seguimiento	7
Abordaje farmacológico	7
Abordaje REVERSE para poblaciones especiales	11
1. Fumadores con cardiopatía	11
2. Fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	12
3. Fumadoras embarazadas	14
4. Fumadores jóvenes y su relación con las nuevas formas de consumo	15
5. Fumadores con obesidad	16
6. Fumadores con patología psiquiátrica	17

Introducción

A pesar de los esfuerzos internacionales para disminuir el consumo de tabaco, el tabaquismo sigue siendo una preocupación de salud pública a nivel mundial y en España, con una prevalencia que requiere de intervenciones continuas y robustas. Además, se ve exacerbado por las nuevas formas de fumar como los vapeadores y el inicio temprano en jóvenes. Estos aspectos resaltan la importancia de las políticas efectivas que incluyan regulaciones adaptadas a los nuevos desafíos que presentan estos dispositivos¹. A nivel global, se ha avanzado en la implementación de políticas como las del paquete MPOWER de la OMS, diseñadas para reducir la demanda de tabaco¹.

El impacto sociosanitario y económico del tabaquismo, que ascienden a cientos de miles de millones en costes de salud y pérdida de productividad, exige una acción decidida y coordinada para mitigar sus dramáticos efectos sobre la sociedad².

Abordaje inicial REVERSE en la consulta

A continuación, se propone el protocolo REVERSE, una metodología estructurada en siete pasos para orientar las intervenciones en una primera consulta, con el objetivo de revertir el hábito de fumar en los pacientes. Cada paso está diseñado para evaluar y apoyar al paciente en su camino hacia la cesación del tabaco, desde la “Recepción y evaluación inicial” hasta el “Seguimiento y ajuste del plan”, asegurando una atención holística e individualizada.

1. Recepción y evaluación inicial. En este primer paso, se realiza una evaluación inicial, que incluye: acoger al paciente, preguntar por el motivo de consulta y establecer las bases para una entrevista motivacional, creando un ambiente de confianza y receptivo para abordar el cambio de comportamiento deseado.

2. Evaluación de hábitos y dependencia. El segundo paso consiste en recopilar información sobre el historial de tabaquismo del paciente. Esto incluye la duración del hábito, la cantidad y tipo de productos de tabaco consumidos, y cualquier intento previo de cesación. Para cuantificar la dependencia a la nicotina se puede emplear el test de Fagerström³. En la Tabla 1 se presentan las preguntas del test con sus respectivas puntuaciones. Este paso es crucial para cuantificar el nivel de intervención necesario y personalizar el enfoque terapéutico del tratamiento.

PREGUNTA	PUNTUACIÓN
¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse antes de fumar su primer cigarrillo?	De 0 a 5 minutos (3 puntos), 6 a 30 minutos (2 puntos), 31 a 60 minutos (1 punto), después de 60 minutos (0 puntos)
¿Le resulta difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?	Sí (1 punto), No (0 puntos)
¿Cuál es el cigarrillo que le costaría más dejar de fumar?	El primero de la mañana (1 punto), Otro (0 puntos)
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	0 o menos (0 puntos), 11-20 (1 punto), 21-30 (2 puntos), 31 o más (3 puntos)
¿Fuma incluso si está tan enfermo que está en cama la mayor parte del día?	Sí (1 punto), No (0 puntos)
¿Fuma más durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	Sí (1 punto), No (0 puntos)
La puntuación total del Test de Fagerström determina el grado de dependencia a la nicotina del paciente: una puntuación de 0-3 indica una dependencia baja, 4-6 una dependencia media, y 7-10 una dependencia alta.	

Tabla 1. Test de Fagerström para la Evaluación de la Dependencia a la Nicotina

3. Valoración médica integral. Este paso consiste en un examen físico detallado y una revisión de los antecedentes médicos del paciente para identificar condiciones de salud que podrían estar relacionadas o agravadas por el tabaquismo, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias o cáncer. Además, en este punto se realiza una revisión de los fármacos que podría estar tomando el paciente, con el fin de evaluar cualquier interacción con posibles tratamientos para la cesación del tabaco.

4. Establecimiento de la fase de cambio. En este paso se determina en qué etapa del cambio se encuentra el paciente usando modelos psicológicos, como el de Prochaska y DiClemente⁴. En Tabla 2 se resumen las etapas del cambio según este modelo.

FASE	DESCRIPCIÓN
Precontemplación	El individuo no reconoce que tiene un problema o no tiene intención de cambiar en el futuro cercano.
Contemplación	El individuo reconoce que tiene un problema y comienza a pensar en solucionarlo, aunque aún no se compromete a tomar acción.
Preparación	El individuo está listo y dispuesto a cambiar, planeando acciones específicas que comenzarán pronto.
Acción	El individuo realiza cambios concretos en su comportamiento, experiencias o entorno para superar su problema.
Mantenimiento	El individuo trabaja para consolidar los cambios realizados y prevenir recaídas.
Terminación	El individuo ha superado completamente el comportamiento problemático y ya no siente tentación de recaer.

Tabla 2. Fases del modelo de cambio de comportamiento de Prochaska y DiClemente

5. Recomendación del tratamiento. En el quinto paso del protocolo REVERSE, se elabora un plan de cesación personalizado para el paciente basado en la información recopilada en los pasos anteriores. Este plan puede incluir varios componentes: tratamiento farmacológico, apoyo psicológico y conductual, así como estrategias de prevención de recaídas.

6. Suministro de educación y recursos. En este paso se ofrece al paciente un conjunto de materiales informativos, como folletos, guías y referencias digitales, que ilustran tanto los peligros del tabaquismo como las ventajas de su cese, asegurando que tenga acceso continuo a apoyo educativo y práctico.

7. Evaluación y seguimiento. Este último paso se enfoca en mantener un contacto continuo con el paciente para monitorear su progreso y hacer ajustes necesarios al plan de tratamiento. En Tabla 3 se ofrece un resumen de las acciones clave para el seguimiento continuo y el soporte del paciente durante todo el proceso de cesación del tabaco.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Citas de seguimiento	Programar encuentros regulares para evaluar el avance del paciente y revisar la efectividad de los tratamientos.
Ajustes al tratamiento	Realizar cambios necesarios en el tratamiento basados en la respuesta del paciente y desafíos emergentes.
Refuerzo positivo	Proporcionar retroalimentación positiva y reconocer los logros del paciente para motivar la continuación de sus esfuerzos.
Intervención en caso de recaída	Abordar rápidamente las recaídas con un plan estructurado para reanudar la cesación, analizando las causas y ajustando el plan de tratamiento.

Tabla 3. Actividades de evaluación y seguimiento en el protocolo REVERSE

Abordaje no farmacológico

Es una parte fundamental del tratamiento del fumador. El éxito del proceso reside no solo en elegir un tratamiento farmacológico adecuado sino también en aportar un buen apoyo cognitivo-conductual al paciente, con herramientas y consejos personalizados, así como en un seguimiento programado⁵⁻⁷.

1. Primeros pasos

Entender la enfermedad	Damos al paciente información clara sobre el tabaquismo, el mecanismo adictivo y sus consecuencias.
Valorar motivación	Analizamos los motivos por los que quiere dejar de fumar (ponerlos por escrito) y explicamos los beneficios.
Analizar los intentos previos	Si los hay, estudiamos qué le ayudó y qué dificultades encontró.
Informar sobre el síndrome de abstinencia	El paciente debe conocer qué síntomas pueden aparecer y como abordarlos.
Entrega de material informativo	Guías con consejos, APPs de apoyo.

Tabla 4. Fuente: elaboración propia.

2. Antes de dejarlo

- Elección del día D: pedimos al paciente que elija una fecha concreta y próxima para dejar de fumar y mientras no llega ese día le pediremos que no fume “en automático”. Antes de encender cada pitillo debe pensar si es imprescindible o puede posponerlo.
- Dónde: No debe fumar donde hace vida, tampoco debe ser un sitio cómodo. Puede elegir una terraza o balcón (o la calle). Todo lo relacionado con el tabaco (cenicero, mechero, cajetilla...) debe estar ubicado lo más próximo a ese lugar elegido.
- Comunicar al entorno la decisión: a la familia, amigos o compañeros de trabajo, pidiéndoles que le presten su apoyo, colaboración y paciencia.
- Cambiar rutinas: dejar de fumar dentro del coche, hacerlo antes de subir o al bajar (en un viaje largo parar a mitad de camino). Tratar de separar el tabaco de todas las situaciones asociadas a fumar: café, alcohol, sentarse en el sofá después de comer, para evitar automatismos. Esperar 5-10 minutos antes de encender un pitillo. Fumar con la mano contraria a la habitual. No leer, mirar el móvil, ver la televisión ni charlar mientras se fuma, poner los cinco sentidos en el cigarrillo. Rechazar todos los pitillos que le ofrezcan.
- Evitar fumadores: puerta del bar, la casa de un familiar donde se fuma... evitarlos por un tiempo.

3. Primer día sin fumar.



Figura 1. Fuente: elaboración propia

4. Después de dejarlo.



Figura 2. Fuente: elaboración propia

5. Seguimiento

Debe hacerse un seguimiento programado del paciente, el primero una semana después del último cigarrillo, y luego mensualmente hasta llegar al año de abstinencia.

Abordaje farmacológico

Cualquier intento de abordar el tabaquismo debe ser planificado con un enfoque basado en el concepto del tabaquismo como enfermedad crónica adictiva. Desde este punto de vista, el tratamiento farmacológico debería ofrecerse a cualquier fumador que quiera hacer un intento serio para dejar de fumar (grado de recomendación A), salvo en los casos en que coexistan contraindicaciones médicas o situaciones no sustentadas de evidencias sólidas sobre la seguridad o eficacia de los fármacos (embarazo, niños y adolescentes y fumadores de menos de 10 cigarrillos diarios)⁸.

Actualmente se reconocen como fármacos de primera línea en el tratamiento del tabaquismo, la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) en todas sus presentaciones y dosis (parches, chicles, comprimidos para chupar y espray bucofaríngeo), vareniclina, citisina/citisiniclina y bupropion⁹.

Respecto a la eficacia y seguridad de los diferentes fármacos empleados en cesación tabáquica, la recientemente publicada Guía SEPAR de práctica clínica de tratamiento farmacológico del tabaquismo ha emitido las siguientes recomendaciones, basadas en niveles de evidencia, que podrían ayudar al clínico en la selección de los fármacos⁹:

- Vareniclina, TSN, bupropión y citisina son seguros y eficaces para ayudar a dejar de fumar. Nivel de Evidencia 1a-b
- Bupropión se asocia a mayor número de acontecimientos adversos leves que el placebo. Nivel de Evidencia 1a-b.

Comparativamente entre grupos:

- Todos los tipos de TSN en monoterapia son de similar eficacia. Nivel de Evidencia 1b. La TSN combinada es más eficaz que la TSN en monoterapia. Nivel de Evidencia 1a.
- Vareniclina es más eficaz que TSN en monoterapia (Nivel de Evidencia 1b), que bupropión (Nivel de Evidencia 1b) y que citisina (Nivel de Evidencia 2a), pero no es superior a la TSN combinada.
- La eficacia de TSN en monoterapia es similar a la de bupropión. Nivel de Evidencia 2a.
- Citisina es más eficaz que la TSN en monoterapia. Nivel de Evidencia 2a

FÁRMACO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS*
Citisina 1,5 mg	Días 1-3: 1 cp cada 2 horas Días 4-12: 1 cp cada 2,5 horas Días 13-16: 1 cp cada 3 horas Días 17-20: 1 cp cada 5 horas Días 21-25: 1-2 cp. al día Duración del tratamiento: 25 días.	<ul style="list-style-type: none"> ● Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes. ● Angina inestable. ● Antecedentes de infarto de miocardio reciente. ● Arritmias con relevancia clínica. ● Antecedente reciente de accidente cerebrovascular, ● Embarazo y lactancia. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cambios en el apetito ● Aumento de peso ● Mareos ● Irritabilidad ● Cambios de humor ● Ansiedad ● Trastornos del sueño (insomnio, somnolencia, letargo, sueños anormales, pesadillas) ● Cefaleas ● Dificultad para concentrarse ● Taquicardia ● Frecuencia cardiaca lenta ● Hipertensión ● Boca seca ● Diarrea ● Náuseas ● Alteración del gusto ● Ardor de estómago ● Estreñimiento ● Vómitos ● Dolor o distensión abdominal ● Boca ardiente ● Erupción cutánea ● Mialgia ● Fatiga ● Malestar general

FÁRMACO	POSOLÓGIA	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS*
Vareniclina 0,5 mg +1 mg	Días 1-3: 0,5 mg al día Días 4-7: 0,5 mg dos veces/día Día 8-Fin del tratamiento: 1 mg dos veces/día. Duración del tratamiento: 12 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Nasofaringitis Bronquitis, sinusitis Aumento del peso Disminución o aumento del apetito Sueños anormales Insomnio Ideación suicida, agresión, reacción de pánico, pensamiento anormal, inquietud, cambios de humor, depresión, ansiedad, alucinaciones, libido aumentada, libido disminuida Cefalea Somnolencia Mareos Disgeusia Disnea Tos Náuseas Enfermedad de reflujo gastroesofágico. Vómitos Estreñimiento Diarrea Distensión abdominal Dolor abdominal Dolor dental Dispepsia Flatulencia Sequedad bucal Erupción cutánea Prurito Artralgia Mialgia Dolor de espalda Dolor de pecho Fatiga Prueba anormal de función hepática
Bupropion 150 mg	Dosis inicial: 150 mg /día durante seis días. Desde 7º día: 150 mg dos veces al día. Duración del tratamiento entre 7 y 9 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidad a bupropión o a cualquiera de los excipientes. Trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsiones. Tumor en el sistema nervioso central. Proceso de deshabituación alcohólica o de retirada de benzodiazepinas. Diagnostico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa. Cirrosis hepática. Uso concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Antecedentes de trastorno bipolar. 	<ul style="list-style-type: none"> Fiebre Sequedad de boca Náuseas y vómitos Dolor abdominal Estreñimiento Insomnio Temblores Alteración de la concentración Cefalea Mareo Depresión Agitación Ansiedad Rash cutáneo Prurito Sudoración Urticaria Alteraciones del gusto

FÁRMACO	POSOLÓGIA	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS*	
Terapia sustitutiva con nicotina	Parches 16 o 24 hrs.	16 hrs. (10 y 15 mg) 24 hrs. (7, 14 y 21 mg) Dosificación según número de cigarrillos /día o nivel de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a la nicotina o a alguno de los excipientes. • Personas menores de 18 años. • No fumadores. • Enfermedades de la piel que pudiesen ser afectadas por la aplicación de los parches. • Trastornos de la articulación de la mandíbula (chicles) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor o reacciones en el lugar de aplicación (parches) • Sudoración (parches) • Náuseas • Dolor abdominal • Boca seca • Dispepsia • Flatulencias • Hipersalivación • Estomatitis • Vómitos • Sensación de calor • Cansancio • Trastornos del sistema inmunológico • Hipersensibilidad • Trastornos del sistema nervioso • Dolor de cabeza • Disgeusia • Parestesia • Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos • Tos • Hipo • Irritación de la garganta
	Chicles 2 o 4 mg.	La dosis inicial debe ser individualizada en base a la dependencia a la nicotina. La cantidad de 8-12 chicles o cp. por día suele ser apropiada. No se debe superar la cantidad de 24 piezas al día para los chicles de 2 mg o cp. de 1 mg. ni 15 piezas al día para los chicles de 4 mg. o cp. de 2 mg,		
	Cp 1 o 2 mg.	La dosis inicial debe ser individualizada en base a la dependencia a la nicotina. La cantidad de 8-12 chicles o cp. por día suele ser apropiada. No se debe superar la cantidad de 24 piezas al día para los chicles de 2 mg o cp. de 1 mg. ni 15 piezas al día para los chicles de 4 mg. o cp. de 2 mg,		
	Espray bucofaringeo	Se pueden aplicar hasta 4 pulverizaciones por hora. No se deben superar 2 pulverizaciones por aplicación, ni 64 pulverizaciones en un período de 24 horas (4 pulverizaciones por hora durante 16 horas)		

Tabla 4. Opciones farmacológicas en el tratamiento del tabaquismo. Fuente: elaboración propia a partir de las fichas técnicas de Todacitán®, Recigarum®, Vareniclina Cuitvar®, Vareniclina Byteqi®, Vareniclina Normon®, Zyntabac®, Nicorette® y Nicotinell®. Disponibles en <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
*Solo incluidos los efectos adversos considerados muy frecuentes ($\geq 1/10$) o frecuentes (de $\geq 1/100$ a $< 1/10$).
Abreviaturas: cp: comprimidos, mg: miligramos, hrs: horas

Bibliografía:

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Economic Trends in Tobacco. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2024.
3. Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(3-4), 235-241.
4. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
5. Jiménez Ruiz C, Jaén CR. Guía de tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010.
6. Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Grupo de Respiratorio de Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, SAMFyC. 2011.
7. Veiga S, Martín F, Corral LP. Abordaje del tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. *Trastornos adictivos*. 2003;6(2):95-102.

8. 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: *Guía de tratamiento del tabaquismo*. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (coords.). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. 2010.
9. Carlos Rábade-Castedo et al, *Clinical Practice Guideline of Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) on Pharmacological Treatment of Tobacco Dependence 2023*, *Arch Bronconeumol* 59 (2023) 651–661.

Abordaje REVERSE para poblaciones especiales

1. Fumadores con cardiopatía

En el caso de los pacientes con antecedentes de enfermedad cardíaca, los esfuerzos se deben enfocar en los beneficios de las intervenciones sin correr riesgos adicionales debido a su condición cardíaca. Esto también ayuda a asegurar que los recursos del programa se utilicen de manera eficiente para apoyar a los pacientes más necesitados y adecuados para el tratamiento.

Son criterios para incluir a estos pacientes en un programa de cesación tabáquica:

1. Pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedades cardíacas, como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o arritmias cardíacas.
2. Pacientes que son fumadores activos o han dejado de fumar recientemente (por ejemplo, en los últimos 12 meses) y podrían beneficiarse de intervenciones adicionales para prevenir recaídas.
3. Pacientes cuya condición cardíaca está actualmente estable bajo tratamiento médico. Esto incluye a aquellos que están bajo manejo farmacológico y no han experimentado episodios agudos recientes que requerirían hospitalización o cambios significativos en el tratamiento.
4. Pacientes que física y mentalmente pueden participar en las sesiones de asesoramiento, terapias y otras actividades del programa.
5. Pacientes sin contraindicaciones conocidas para medicamentos de cesación de tabaquismo recomendados, después de una evaluación médica.
6. Es importante tener en cuenta las especificaciones de edad y comorbilidades para asegurar la adecuación del tratamiento.

El abordaje del tabaquismo en pacientes con cardiopatía sigue las mismas líneas generales que en la población general, sin embargo, dado que las características específicas de esta población implican un mayor riesgo cardiovascular, es fundamental integrar consideraciones adicionales en cada fase del abordaje:

- 1. Recepción y evaluación inicial:** Se debe hacer hincapié en la historia cardíaca: tratamiento cardiovascular actual, cualquier episodio reciente relacionado con su cardiopatía y las recomendaciones de su cardiólogo.
- 2. Evaluación de hábitos y dependencia:** considerar cómo el tabaquismo ha afectado su condición cardíaca y evaluar la urgencia y motivación para dejar de fumar.
- 3. Valoración médica integral:** asegurar que el plan para dejar de fumar esté integrado y alineado con el manejo general de la salud cardiovascular del paciente.
- 4. Establecimiento de la fase de cambio:** ajustar la motivación, utilizando la preocupación por la salud cardiovascular como un impulsor clave para avanzar hacia la cesación.

5. Recomendación del tratamiento: Respecto a la selección de tratamientos farmacológicos debemos señalar lo siguiente.

- Terapia sustitutiva de nicotina (TSN): preferir formas que proporcionen una liberación más controlada y predecible de nicotina, como los parches, que son generalmente seguros para pacientes con cardiopatía estable¹.
- Bupropión: considerar como una opción segura para ayudar con la cesación del tabaco, siempre que el paciente no tenga contraindicaciones para su uso².
- Vareniclina: evaluar cuidadosamente su uso en pacientes con enfermedad cardiovascular inestable o reciente^{3,4}. No obstante, los datos obtenidos del estudio CATS (Cardiac Assessments after Treatment Study) muestran que vareniclina no está asociada a un incremento del riesgo de sufrir ningún evento adverso cardiovascular en pacientes tratados durante 12 semanas y seguidos otras 52 comparado con placebo¹.
- Citisina/citisiniclina: La ficha técnica del fármaco contraindica su uso en caso de antecedentes de infarto agudo de miocardio reciente, angina inestable o arritmias con relevancia clínica⁵.

6. Suministro de educación y recursos: materiales específicos para cardiopatías. Se deben proporcionar folletos y recursos que discutan específicamente los beneficios de dejar de fumar en relación con la salud cardiovascular.

7. Evaluación y seguimiento: se recomienda un monitoreo intensivo (programar seguimientos más frecuentes inicialmente para monitorear cualquier cambio en la condición cardiovascular que pueda surgir del cese del tabaco). Asimismo, el tratamiento debe ser coordinado con el tratamiento cardiológico del paciente, ajustando los planes según las recomendaciones del especialista en cardiología.

Bibliografía

1. 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 Internal Medicine*. 2018;178(5):622-631.
2. Tønnesen P, Mikkelsen K. Cardiovascular safety and benefits of bupropion. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2011;72(11):1580-1586.
3. Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Braunwald E. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.
4. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2011;183(12):1359-1366.
5. Ficha técnica de Todacitán® 1,5 mg. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/83407/FT_83407.pdf

2. Fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

A todo paciente con diagnóstico de EPOC se le debe informar y ofrecer apoyo para dejar de fumar, ya que abandonar el tabaco es la única medida capaz de frenar el progreso de la enfermedad y prevenir el deterioro de la función pulmonar, siendo, además, la intervención más efectiva y costo-eficiente¹.

Recepción y evaluación inicial: Es fundamental indagar sobre la situación clínica del paciente, incluyendo la frecuencia y severidad de los síntomas. Se debe identificar la gravedad del EPOC mediante el registro de exacerbaciones y hospitalizaciones recientes, evaluar la presencia de comorbilidades y revisar el tratamiento actual.

Evaluación de hábitos y dependencia: Es esencial evaluar el grado de dependencia a la nicotina, ya que esto determinará la intensidad adecuada del tratamiento. Se debe registrar en la historia clínica el número de cigarrillos fumados al día y los resultados del Test de Fagerström. Además, es importante abordar la motivación del paciente para dejar de fumar, identificando factores sociales, emocionales y

conductuales que influyen en su consumo. Se debe recordar al paciente que dejar de fumar mejorará su situación clínica y reducirá el riesgo de exacerbaciones².

Valoración médica integral: Se recomienda realizar una evaluación completa de la función pulmonar del paciente, que incluya espirometría, medición de saturación de oxígeno en reposo y durante el esfuerzo físico, así como co-oximetría. También es relevante evaluar la presencia de depresión, una comorbilidad común en pacientes con EPOC, utilizando el Test de Beck como herramienta diagnóstica³.

Establecimiento de la fase de cambio: Es recomendable ofrecer flexibilidad al paciente al elegir el 'día D', ya que esto favorece su compromiso y motivación. Una estrategia eficaz consiste en iniciar un tratamiento de precesación para reducir gradualmente el consumo de cigarrillos, como el uso de parches de nicotina durante los 15 días previos al 'día D' o vareniclina durante las 4 semanas anteriores⁴.

Recomendación del tratamiento: Dado que los fumadores con EPOC suelen experimentar recaídas frecuentes, es necesario recurrir a pautas de tratamiento alternativas. Aunque estas modalidades no siempre están incluidas en las fichas técnicas, la literatura científica, el perfil de seguridad y las recomendaciones de expertos respaldan su uso como seguro y adecuado.

El tratamiento debe combinar terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia. Como primera opción, se recomienda el uso de vareniclina o terapia sustitutiva de nicotina (TSN) combinada⁶. No se dispone de estudios específicos para EPOC con citisina/citisiniclina. El bupropión podría considerarse como segunda línea.

Entre las opciones de tratamiento "alternativas" se incluyen^{1,5-6}:

- Reducción progresiva de la dosis⁷.
- Dosis autoajustables.
- Aumento de la dosis: TSN o vareniclina a dosis altas. Se admite el uso de vareniclina a 3 mg, si se tolera bien⁸.
- Prolongación del tratamiento: La utilización de vareniclina o de TSN a dosis altas o prolongadas puede ser una buena opción para estos pacientes^{6,8}. El tratamiento con vareniclina puede prolongarse hasta las 24 semanas para consolidar la abstinencia⁷.
- Combinación de fármacos:
 - ▶ Parches junto con chicles o comprimidos.
 - ▶ Vareniclina y parches de nicotina.
 - ▶ Vareniclina y bupropión.
 - ▶ Bupropión con parches y/o chicles de nicotina.

Suministro de educación y recursos: Es crucial explicar al paciente los efectos nocivos del tabaco y ofrecer un apoyo personalizado. Para ello, se pueden utilizar guías prácticas con estrategias claras y paso a paso, insistiendo en que el objetivo es mejorar su salud respiratoria. Además, se disponen de recursos digitales, como materiales visuales y aplicaciones móviles, que proporcionan seguimiento y motivación para facilitar el proceso de cesación tabáquica.

Evaluación y seguimiento: Es importante programar consultas de seguimiento específicas, distintas a las del control de la EPOC, para apoyar al paciente en su proceso de dejar de fumar. En cada consulta, se debe reforzar el apoyo psicológico y el asesoramiento. Además, es fundamental fomentar la actividad física moderada y, cuando sea posible, recomendar programas de rehabilitación pulmonar².

Bibliografía

1. Solano Rein S, Vaquero Lozano P, Solano Garcia-Tenorio R, López Ruiz T, Jiménez Ruiz CA, de Grandá Orive JI. Tratamiento del tabaquismo en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Patol Respir [Internet]*. 2012;15(4):123-8.
2. 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(8):354-36

3. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA. ¿Las guías de tratamiento de la EPOC abordan adecuadamente el tratamiento del tabaquismo? *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2013;49(8):581-2.
4. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Barcelona: SEPAR; 2016
5. Abajo Larriba Ana Beatriz de, Díaz Rodríguez Ángel, González-Gallego Javier, Méndez Rodríguez Enrique, Álvarez Álvarez María Jesús, Capón Álvarez Jessica et al. *Diagnóstico y tratamiento del hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: estudio ADEPOCLE*. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2016 Ago; 33(4): 954-961.
6. Carlos Rábade-Castedo, José Ignacio de Granda-Orive, Juan Antonio Riesco-Miranda, Eva De Higes-Martínez, Ángela Ramos-Pinedo, Eva Cabrera-César, Jaime Signes-Costa Miñana, Marcos García Rueda, Esther Pastor-Esplá, Carlos A. Jiménez-Ruiz, *Clinical Practice Guideline of Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) on Pharmacological Treatment of Tobacco Dependence 2023*, *Arch Bronconeumol* 59 (2023) 651–661.
7. *Ficha técnica de Vareniclina Cuitvar®*. Disponible en https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89491/FT_89491.html
8. Cinciripini PM, Green CE, Shete S, Minnix JA, Robinson JD, Cui Y, Kim S, Kyriotakis G, Beneventi D, Blalock JA, Versace F, Karam-Hage M. *Smoking Cessation After Initial Treatment Failure With Varenicline or Nicotine Replacement: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA*. 2024 May 2:e244183. doi: 10.1001/jama.2024.4183.

3. Fumadoras embarazadas

En el manejo del tabaquismo en embarazadas se deben considerar las particularidades relacionadas con el embarazo. La ayuda especializada se debe proporcionar a todas las mujeres embarazadas, en cualquier etapa del embarazo, que desean dejar de fumar y estén recibiendo cuidado prenatal regular para garantizar la monitorización continua de la madre y el feto¹.

El abordaje del tabaquismo en este grupo poblacional sigue las mismas líneas generales que en la población general, con las consideraciones adicionales específicas en cada fase:

- 1. Recepción y evaluación inicial:** documentar el historial médico y obstétrico, enfocándose en cualquier complicación del embarazo relacionada o potenciada por el tabaquismo.
- 2. Evaluación de hábitos y dependencia:** evaluar la dependencia a la nicotina y motivación para dejar de fumar, utilizando métodos apropiados y sensibles al contexto del embarazo.
- 3. Valoración médica integral:** revisar el estado de salud general y obstétrico, y explicar cómo el tabaquismo puede afectar el embarazo y el desarrollo fetal.
- 4. Establecimiento de la fase de cambio:** identificar la fase de cambio de la paciente usando un enfoque adaptado que considere las preocupaciones y desafíos específicos del embarazo.
- 5. Recomendación del tratamiento:** consensuar y prescribir opciones de tratamiento para dejar de fumar que sean seguras durante el embarazo, como la terapia sustitutiva de nicotina (TSN), ajustada a las necesidades y condiciones del embarazo^{2,3}.
- 6. Suministro de educación y recursos:** ofrecer materiales educativos diseñados específicamente para mujeres embarazadas, destacando los riesgos del tabaquismo para el feto y los beneficios de dejar de fumar para ambos.
- 7. Evaluación y seguimiento:** programar visitas de seguimiento frecuentes para evaluar el progreso, ajustar el tratamiento según sea necesario, y proporcionar apoyo continuo y motivación.

Bibliografía

1. Martin JA, Osterman MJK, Driscoll AK. *Declines in cigarette smoking during pregnancy in the United States, 2016–2021*. *NCHS Data Brief, no 458*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2023.

2. Morales-Suárez-Varela M, Puig BM, Kaerlev L, Peraita-Costa I, Perales-Marín A. Safety of Nicotine Replacement Therapy during Pregnancy: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(1):250.
3. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015;350:h378

4. Fumadores jóvenes y su relación con las nuevas formas de consumo

La proporción de adolescentes y jóvenes que han probado o usan cigarrillos electrónicos es notable y está experimentando un alarmante aumento¹. La adolescencia y la juventud son momentos clave para intervenir de manera efectiva, adoptando un enfoque empático y educativo.

Recepción y evaluación inicial: Es fundamental documentar el historial médico y psicosocial, centrándose en los problemas de salud relacionados o exacerbados por el tabaquismo, así como en los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en la adolescencia.

Evaluación de hábitos y dependencia: Se debe evaluar la dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar, utilizando métodos apropiados y sensibles al contexto de la adolescencia.

Valoración médica integral: Es importante revisar el estado de salud general y psicológico del adolescente, explicando cómo el tabaquismo puede afectar a su salud y su desarrollo físico y mental a largo plazo.

Establecimiento de la fase de cambio: Se debe identificar la fase de cambio del adolescente utilizando un enfoque adaptado que considere sus preocupaciones y desafíos específicos relacionados con el tabaquismo en esta etapa de la vida.

Recomendación del tratamiento: El manejo del tabaquismo en menores de 18 años es complejo, ya que la única opción disponible es la TSN^{2,3}, dado que el bupropión, la citisina/citisiniclina y la vareniclina están contraindicados^{4,5}. En cuanto a los adultos que usan cigarrillos electrónicos o vapeadores, los estudios sobre el uso de TSN y la terapia farmacológica no nicotínica son limitados. Sin embargo, un estudio publicado en *The Lancet* muestra la utilidad y seguridad de la vareniclina en estos usuarios. Este estudio indica que la administración de vareniclina 1 mg dos veces al día durante 12 semanas es efectiva para el tratamiento de la cesación tabáquica en estos pacientes^{6,7}.

Suministro de educación y recursos: Es fundamental proporcionar a los adolescentes educación sobre los riesgos del tabaquismo y las estrategias más efectivas para dejar de fumar. El enfoque debe ser integral, personalizado y adecuado a la edad, considerando tanto los aspectos fisiológicos como psicosociales que influyen en su comportamiento. Además, es importante recalcar que no existe evidencia científica sólida que respalde la eficacia de los cigarrillos electrónicos como una herramienta para reducir o cesar el consumo de tabaco. De hecho, su uso puede aumentar la exposición a sustancias químicas nocivas, lo que representa un riesgo adicional para la salud^{1,8}.

Evaluación y seguimiento: Es crucial programar visitas de seguimiento frecuentes para evaluar el progreso del adolescente, ajustar el tratamiento si es necesario y ofrecer apoyo continuo. En cada consulta, se debe reforzar la motivación, abordar las dificultades y adaptar el enfoque a sus necesidades emocionales y sociales.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Informe sobre los cigarrillos electrónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022
2. Lancaster T, Stead LF. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;12:CD000146. doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
3. Tindle HA, Scharf DM, Niaura R, et al. Safety and efficacy of nicotine replacement therapy for adolescent smokers: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(1):60-7. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.260.

4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica de Bupropión.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica de Vareniclina.
6. Varenicline for smoking cessation in individuals who smoke cigarettes and use electronic cigarettes: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Caponnetto, Pasquale et al. *eClinicalMedicine*, Volume 66, 102316
7. Ebbert JO, Elrashidi MY, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10. Art. No.: CD004306. DOI: 10.1002/14651858.CD004306.pub5.
8. Tattan-Birch H, Hartmann-Boyce J, Kock L, Simonavicius E, Brose L, Jackson S, Shahab L, Brown J. Heated tobacco products for smoking cessation and reducing smoking prevalence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 1. Art. No.: CD013790. DOI: 10.1002/14651858.CD013790.pub2.

5. Fumadores con obesidad

El abandono del tabaco suele ir acompañado de un aumento de peso, lo que es una causa común de recaídas. Este aumento puede atribuirse en parte al síndrome de abstinencia por la supresión de nicotina, que incrementa el apetito. Además, síntomas como la ansiedad y la irritabilidad pueden influir indirectamente en los cambios de peso, lo que complica aún más el proceso de dejar de fumar.

Recepción y evaluación inicial: Es fundamental documentar el historial médico y de salud del paciente, enfocándose en cualquier complicación relacionada o exacerbada por el tabaquismo, especialmente en lo que respecta a la obesidad y sus comorbilidades asociadas.

Evaluación de hábitos y dependencia: Se debe evaluar la dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar, utilizando métodos apropiados y sensibles al contexto de la obesidad y los posibles desafíos relacionados con la pérdida de peso.

Valoración médica integral: Es necesario revisar el estado de salud general y evaluar las comorbilidades relacionadas con la obesidad, explicando cómo el tabaquismo puede agravar estas condiciones y afectar la salud en general, incluyendo el riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas.

Establecimiento de la fase de cambio: Se debe identificar la fase de cambio del paciente mediante un enfoque adaptado que considere las preocupaciones y desafíos específicos relacionados con la obesidad, como la relación entre el abandono del tabaco y el aumento de peso.

Recomendación del tratamiento: Varios estudios han demostrado que el uso de chicles de nicotina de 4 mg, así como el tratamiento con bupropión, son herramientas eficaces para controlar el aumento de peso posterior al abandono del tabaco¹⁻⁴.

Suministro de educación y recursos: Se deben ofrecer materiales diseñados específicamente para pacientes con obesidad, destacando los riesgos del tabaquismo en la salud general, así como los beneficios de dejar de fumar para la salud metabólica y la reducción de riesgos cardiovasculares.

Evaluación y seguimiento: Es crucial programar visitas de seguimiento frecuentes para evaluar el progreso en la cesación del tabaquismo, monitorear el impacto en el control del peso y la salud metabólica, ajustar el tratamiento según sea necesario (como el manejo de la ansiedad o el apetito), y proporcionar apoyo continuo, enfocado en mantener la motivación y prevenir recaídas.

Bibliografía

1. Gross J, Stitzer ML, Maldonado J. Nicotine replacement: effects of postcessation weight gain. *J Consult Clin Psychol*. 1989 Feb;57(1):87-92. doi: 10.1037//0022-006x.57.1.87. PMID: 2925978.
2. Doherty K, Militello FS, Kinnunen T, Garvey AJ. Nicotine gum dose and weight gain after smoking cessation. *J Consult Clin Psychol*. 1996 Aug;64(4):799-807. PMID: 8803371.
3. Filozof C, Fernández Pinilla MC, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev*. 2004 May;5(2):95-103. doi: 10.1111/j.1467-789X.2004.00131.x. PMID: 15086863.

4. Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21;(1):CD006219. doi: 10.1002/14651858.CD006219.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jan 18;1:CD006219. doi: 10.1002/14651858.CD006219.pub3. PMID: 19160269.

6. Fumadores con patología psiquiátrica

Los pacientes con patologías psiquiátricas precisan apoyo intensivo para dejar de fumar. Se trata de una población con una prevalencia de tabaquismo superior a la de la población general y su dependencia de la nicotina suele ser más intensa¹. Suele existir una relación directa entre la intensidad de los síntomas psiquiátricos y el grado de dependencia². Por otro lado, los componentes presentes en el humo de tabaco pueden presentar interacciones con la medicación que toman habitualmente³.

1. Recepción y evaluación inicial: Hay que revisar el historial de salud mental del paciente, registro de descompensaciones, si existen, ingresos recientes y severidad de sus síntomas. Debemos conocer su tratamiento actual, evaluar la presencia de comorbilidades y revisar las recomendaciones de su psiquiatra y/o psicólogo.

2. Evaluación de hábitos y dependencia: En estos pacientes es muy relevante evaluar el grado de dependencia a la nicotina, así como su motivación para dejar de fumar, teniendo en cuenta su contexto y las dificultades concretas que podrían presentar en relación con su patología y sus síntomas habituales, si los presentan. Los factores sociales del paciente y su forma de vida y hábitos diarios (vive solo o con familia, asistencia a hospital de día o solo tratamiento domiciliario...) condicionan su consumo de tabaco y es importante conocerlos. Así mismo, si ha tenido hospitalizaciones recientes, es interesante conocer si el paciente abandonó el tabaco durante el ingreso o las dificultades concretas que presentó.

3. Valoración médica integral: Es aconsejable revisar el estado de salud general del paciente y conocer otras patologías que puede presentar. El proceso de cesación debe abordarse cuando el paciente se encuentre en una fase estable de su enfermedad. Aún así, aunque hasta no hace mucho tiempo se pensaba que el abandono del tabaco se asociaba a exacerbaciones de enfermedades psiquiátricas, la evidencia actual indica que los síntomas no solo no empeoran, sino que mejoran al abandonar el tabaco. Debemos explicar al paciente el beneficio que obtendría al dejar de fumar, en su caso insistir además en que podrían evitar las interacciones farmacológicas de sus tratamientos con los componentes del humo del tabaco³.

4. Establecimiento de la fase de cambio: Identificaremos la fase de cambio del paciente y se le ofrecerá información adaptada a la misma, teniendo en cuenta los retos específicos que nos plantea la patología psiquiátrica concreta que presente. Es necesario tener una especial sensibilidad a la hora de plantear estrategias y planes de acción, que deben ser progresivos y flexibles. Dado que el consumo de tabaco en estos pacientes suele ser elevado, puede ser recomendable llevar a cabo una fase pretratamiento para hacer una reducción progresiva del consumo. Podemos ayudarnos en esta etapa de terapia sustitutiva con nicotina o vareniclina para favorecer esta disminución gradual y llegar al "día D" con un consumo menor que facilitará la cesación completa.

5. Recomendación del tratamiento: En estos pacientes es fundamental combinar la terapia farmacológica con el apoyo cognitivo-conductual, que debe ser intensivo.

Es posible utilizar cualquiera de las opciones farmacológicas, siempre de acuerdo a las recomendaciones de la ficha técnica del fármaco en cuestión. En las guías se aconseja como primera opción la terapia sustitutiva con nicotina, vareniclina o el bupropion²⁻⁶. No hay evidencia sobre eficacia y seguridad de citisina/citisiniclina, si bien es cierto que su ficha técnica no contraindica su uso⁶. Es importante revisar las consideraciones específicas para la patología concreta del paciente, ya que pueden variar las recomendaciones en cuanto a tratamiento y dosis utilizada. Es fundamental en el caso de estos pacientes conocer las interacciones con su tratamiento habitual.

La TSN puede usarse a dosis altas y debe administrarse durante un mínimo de tres meses que podría alargarse en función del caso.

El bupropión se ha asociado a riesgo de convulsiones, por lo que debe tenerse en cuenta en pacientes a tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o antidepresivos tricíclicos, donde el riesgo de convulsiones puede ser más elevado². Aun así, el estudio EAGLES puso de manifiesto que en fumadores con patología psiquiátrica controlada o con antecedentes psiquiátricos, el uso de parches de nicotina, bupropion y vareniclina es seguro y eficaz⁷.

6. Suministro de educación y recursos: Es importante que el paciente conozca la enfermedad y los retos a los que se enfrenta. Conocer los síntomas más frecuentes y habituales del síndrome de abstinencia y como enfrentarse a ellos es muy útil para prevenir recaídas. Así mismo, hay que tratar las situaciones concretas que pueden resultar especialmente problemáticas para que el paciente se mantenga sin fumar y encontrar comportamientos alternativos para dichas situaciones. El manejo de las emociones es especialmente relevante en estos pacientes, por lo que debemos aportarles estrategias y herramientas útiles y personalizadas. Les entregaremos materiales educativos que hagan hincapié en técnicas cognitivo-conductuales. Se les pueden facilitar además recursos como aplicaciones para el móvil que ayudan en el seguimiento, aportan consejos diarios y contribuyen a mantener la motivación.

7. Evaluación y seguimiento: El seguimiento y monitorización de estos pacientes debe ser estrecho y frecuente. Deben recibir apoyo psicológico intensivo, teniendo presente que existe la posibilidad de que algunos tengan que ser derivados a unidades especializadas de tabaquismo por la complejidad que presentan. Es importante insistir en hábitos saludables adicionales a la cesación tabáquica, como hacer ejercicio físico y seguir una dieta variada y equilibrada.

Bibliografía

1. De León J, Díaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res.* 2005; 76: 135-57.
2. Grupo de trabajo de tabaquismo de SEPAR. *Manual de manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria.* Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 2015.
3. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. DSM-III R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlated and associated with psychiatric disorders. *Addiction.* 1994;89(6):743-54.
4. Jiménez-Ruiz CA, Rábade Castedo C, de Higes Martínez EB et al. Consenso de expertos sobre tratamiento farmacológico del tabaquismo en España. *Prev Tab.* 2022; 24(2): 67-79
5. De Higes-Martínez EB, Rábade-Castedo C, Jiménez-Ruiz CA. Situación actual del tratamiento del tabaquismo en España: algunas consideraciones. *Prev Tab.* 2021; 23(4): 127-30.
6. Carlos Rábade-Castedo, José Ignacio de Granda-Orive, Juan Antonio Riesco-Miranda, Eva De Higes-Martínez, Ángela Ramos-Pinedo, Eva Cabrera-César, Jaime Signes-Costa Miñana, Marcos García Rueda, Esther Pastor-Esplá, Carlos A. Jiménez-Ruiz, *Clinical Practice Guideline of Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) on Pharmacological Treatment of Tobacco Dependence 2023, Arch Bronconeumol* 59 (2023) 651–661.
7. Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L., West, R., St Aubin, L., McRae, T., Lawrence, D., ... & Evins, A. E. (2016). 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. *The Lancet*, 387(10037), 2507-2520.



■ ENFOQUE INTEGRAL
DEL **TABAQUISMO**
EN ATENCIÓN
PRIMARIA

