

## *Ayudar al fumador. Tratar el tabaquismo*

M. TORRECILLA GARCÍA, M. BARRUECO FERRERO\*, C. A. JIMÉNEZ RUIZ\*\*, M. A. HERNÁNDEZ MEZQUITA, M. D. PLAZA MARTÍN, M. GONZÁLEZ BUSTOS\*\*\*  
Centro de Salud San Juan. Salamanca. \*Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Salamanca. \*\*Unidad de Tabaquismo, Hospital de la Princesa. Madrid. \*\*\*Servicio de Radioterapia. Hospital Universitario de Salamanca



### *To help the smoker. Treating tobacco addiction*

#### RESUMEN

*El abordaje del paciente fumador, una vez analizada la situación de su proceso personal de abandono del tabaco, así como el grado de dependencia nicotínica, puede realizarse mediante un tratamiento no farmacológico o farmacológico. El tratamiento no farmacológico se fundamenta en la denominada intervención mínima y en la reducción progresiva de nicotina, y el tratamiento farmacológico en la terapia sustitutiva nicotínica (de la que en España disponemos de tres formas de uso: chicles, parches transdérmicos o spray nasal) y en el bupropión, recientemente comercializado en nuestro país, existiendo otros fármacos pero que por sus características de uso exceden del objetivo del presente trabajo, que no es otro que facilitar un adiestramiento en los métodos terapéuticos que han demostrado su eficacia y que, de forma factible, se pueden emplear en cualquier consulta de Atención Primaria.*

**Palabras clave:** Tabaco. Atención Primaria. Neumología. Cesación tabáquica. Intervención mínima. Terapia sustitutiva nicotínica.

#### ABSTRACT

*Once analyzed the situation of the smoker's personal abandonment tobacco process as well as the degree of nicotine dependence, his therapeutic tackling can be accomplished through either a non pharmacological or pharmacological treatment. The non pharmacological treatment is based on the so called supportive smoking cessation counseling and the phase out of tobacco consumption, and the pharmacological treatment is based on nicotine replacement therapy (of which there are three different forms in Spain: chewing gums, transdermal nicotine patch or nasal sprays) and also on the so called bupropion that has been recently marketed in our country. There are other pharmacological treatments which, owing to their characteristics use, exceed the aim of this article: that is, to facilitate a training in the therapeutic methods that have demonstrated its efficiency and that, in a feasible way, can be used in any Primary Health Care surgery.*

**Key words:** Tobacco. Primary Health Care. Pneumology. Smoking cessation. Supporting Smoking Cessation Counselling. Nicotine replacement therapy.

#### INTRODUCCIÓN

El abordaje terapéutico del paciente fumador se puede realizar mediante un tratamiento no especializado que se fundamenta en el consejo antitabaco, integrado dentro del concepto de lo que se conoce como intervención mínima en tabaquismo<sup>1</sup>, o bien mediante un tratamiento especializado realizado, generalmente,

en las consultas de neumología y en las escasas unidades de tabaquismo existentes en nuestro país, oferta terapéutica que hasta hace poco tiempo se basaba en las terapias grupales y en la terapia sustitutiva nicotínica (TSN), y que recientemente se ha visto ampliada con la comercialización del bupropión<sup>2</sup>.

Extrapolando los datos de la última Encuesta Nacional de Salud a la población que se ve en las

consultas de Atención Primaria, al menos el 35,7% de los pacientes que acuden a ellas serán fumadores<sup>3</sup>, y la atención que reciben, en la mayoría de los casos, difiere bastante de la ofrecida a otros grupos de pacientes, tanto en calidad como en cantidad, siendo por otra parte de las que mejores relación coste-efectividad presenta<sup>4</sup>.

Es tal la magnitud del problema de salud pública derivado del consumo de tabaco (es ya un tópico señalar que el tabaquismo es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados)<sup>5</sup>, que se debe adoptar una actitud activa frente al tabaquismo, cuando además se tiene constancia de que el 57,4% de los fumadores no han recibido nunca consejo antitabaco<sup>6</sup>.

Atención Primaria ofrece un marco idóneo para realizar el tratamiento del tabaquismo al tener una mayor cobertura y mejor accesibilidad que los servicios especializados, además de las características propias de la atención dispensada: una relación médico-paciente preexistente, facilitando el abordaje de los problemas que vayan surgiendo durante el proceso de abandono del tabaco, y un seguimiento más estrecho del paciente fumador al ser una atención continuada y permanente<sup>7</sup>.

Es importante que Atención Primaria aborde la prevención y tratamiento de uno de los principales factores de riesgo para la salud, con unas probabilidades de éxito similares a los conseguidos en atención especializada cuando se emplea una metodología de trabajo similar<sup>8</sup>. Colaborando ambos niveles asistenciales del sistema sanitario en el tratamiento del tabaquismo se puede disminuir la presión asistencial de las escasas unidades de tabaquismo existentes, de forma que puedan atender, con mayor prontitud, aquellos casos en los que los médicos de familia se encuentren desbordados o que por las características del fumador le sean más propios (intentos previos de abandono de tabaco fallidos a pesar de un tratamiento correcto, pluripatología que complique el tratamiento sustitutivo, efectos adversos con la terapia farmacológica utilizada, grupos de riesgo, etc.).

## PROCESO DE ABANDONO DEL TABACO

El abandono del tabaco, lejos de ser un hecho puntual, es un proceso dinámico que pasa por distintas fases, definidas por Prochaska y DiClemente. Estas fases son: *precontemplación*, *contemplación*, *preparación*, *acción*, *mantenimiento* y *finalización*. Mientras que en la fase de precontemplación el fumador no se plantea el abandono del tabaco, al menos en los próximos 6 meses, en la fase de contemplación empieza a tomar conciencia de que fumar puede ser un problema y se plantea seriamente dejarlo en los próximos 6

meses. En la fase de preparación la decisión de abandonar el consumo de tabaco es más evidente, planteándose en los próximos 30 días. Cuando ya ha tomado la decisión de abandonar el tabaco y lleva al menos 24 horas de abstinencia tabáquica se habla de fase de acción y cuando es superior a 6 meses de fase de mantenimiento. Recientemente se ha acuñado el concepto de fase de finalización para cuando el fumador no ha recaído y lleva 5 años sin fumar (Fig. 1)<sup>9</sup>.

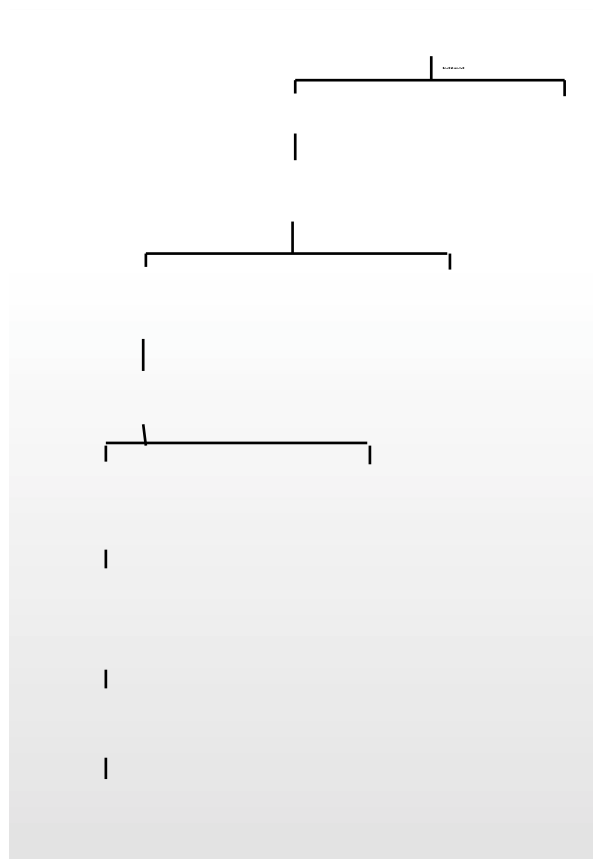


Figura 1  
Estudio de la fase del paciente, en relación con el proceso de deshabituación.

## DEPENDENCIA NICOTÍNICA

El consumo de tabaco va ligado, en la mayoría de las ocasiones a una dependencia física (nicotínica) que se manifiesta en una serie de síntomas clínicos que componen el síndrome de abstinencia de la nicotina, originado por la falta de aporte de dicha sustancia al cerebro, en forma de picos que el fumador obtiene en tan sólo 7 segundos (la nicotina actúa rápidamente sobre los receptores de las membranas neuronales del sis-

tema dopaminérgico mesolímbico, de los que depende su capacidad adictiva)<sup>11,12</sup>.

Además existe, aunque no relacionado directamente con la nicotina, una dependencia psicológico-conductual, al ir ligado el consumo de tabaco a la casi totalidad de actos y situaciones sociales y de la vida cotidiana del fumador que puede ser valorado mediante el test de Glover Nilson<sup>13</sup> (Tabla I).

La valoración del grado de dependencia se puede realizar de forma subjetiva u objetiva. De for-

ma subjetiva mediante el número de cigarrillos fumados al día, el tiempo transcurrido desde que se levantan de la cama por la mañana hasta que fuma el primer cigarrillo, el número de intentos de deshabitación fallidos por presentar síndrome de abstinencia severo dentro de la primera semana de deshabitación, y fundamentalmente mediante el test de Fagerström (Tabla II), de forma que cuando un sujeto no cumpla todos los criterios de clasificación en uno u otro tipo de categoría a la hora de su valoración terapéutica, el criterio que debe ser

Tabla I

## TESTS DE COMPORTAMIENTO DEL FUMADOR (TEST DE GLOVER-NILSON)

## ¿CUÁNTO VALORA LO SIGUIENTE? (PREGUNTAS 1 A 3)

Por favor seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado  
0 = nada en absoluto, 1 = algo, 2 = moderadamente, 3 = mucho, 4 = muchísimo

1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0	1	2	3	4
2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4
3. Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4

## ¿CUÁNTO VALORA LO SIGUIENTE? (PREGUNTAS 4 A 18)

Por favor seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado  
0 = nunca, 1 = raramente, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = siempre

4. ¿Ocupa sus manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
5. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
6. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
7. ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
8. ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
9. ¿Cuándo se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
11. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
12. ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en la mano aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?	0	1	2	3	4
14. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
15. ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	0	1	2	3	4
16. ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17. Cuando está sólo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18. ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

Las preguntas 1, 6, 7 y 8 miden dependencia psicológica, las preguntas 17 y 18 miden dependencia social, y las preguntas 2 a 5 y 9 a 16 miden dependencia gestual.

Tabla II

TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO		
Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	> 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine ...)?	Sí	1
	No	0
¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	> 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	< 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

valorado con mayor peso específico es la puntuación en dicho test<sup>14</sup>, en el que con la contestación a una serie de preguntas nos permite clasificar la dependencia nicotínica del fumador en baja, moderada o alta, en función de si la puntuación obtenida es menor de 4, entre 4 y 6, o igual o mayor de 7 puntos respectivamente<sup>15</sup>.

Por otra parte los niveles séricos de cotinina pueden definir *objetivamente* la alta o baja dependencia nicotínica, considerándose alta cuando sea mayor 250 µg/ml, y baja cuando sea menor o igual a 250 µg/ml<sup>16</sup>.

### SÍNDROME DE ABSTINENCIA NICOTÍNICA

La falta de aporte de nicotina conlleva una serie de manifestaciones clínicas derivadas, fundamentalmente, de la falta de estimulación de los circuitos cerebrales de recompensa, responsables de la adicción. El circuito principal parece ser la vía dopaminérgica que partiendo del área tegmental llega al núcleo accumbens. Otras zonas cerebrales importantes en la adicción son el globo pálido y la amígdala, que reciben proyecciones del núcleo accumbens, y los núcleos monoaminérgicos del *locus coeruleus* y del rafe<sup>17</sup>. Dichas manifestaciones componen el síndrome de abstinencia nicotínica que se caracteriza por<sup>17-19</sup>:

—Malestar general: irritabilidad, inquietud, ansiedad, dificultad de concentración. Signos de deterioro cognitivo como disminución de la memoria reciente, deterioro en los tests de vigilia y de desempeño psicomotor, así como aumento en los tests de hostilidad.

—*Craving* (deseo fuerte y urgente de fumar).

—Somnolencia, astenia, cefaleas, aumento del apetito, alteraciones del sueño (insomnio); apreciándose cambios en el EEG: disminución de la actividad de alta frecuencia (característica del despertar) y aumento de la actividad de baja frecuencia (característica de la somnolencia y del despertar incompleto).

—Temblor, tos, molestias gastrointestinales, estreñimiento.

—Otros signos del síndrome de abstinencia a la nicotina son la disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, la disminución de las catecolaminas circulantes y el aumento de la temperatura cutánea y del flujo sanguíneo periférico.

El síndrome de abstinencia nicotínico empieza a manifestarse entre las 2 y 12 horas de dejar de fumar, con un cénit que se sitúa en los 2 y 3 días y con una duración media entre 3-4 semanas<sup>19</sup>.

Tener presente los síntomas del síndrome de abstinencia durante el proceso de deshabitación es primordial para intentar paliarlos y así evitar las

recaídas durante las primeras semanas, que en la mayoría de los casos se deben a la aparición de dichos síntomas. Este es el objetivo de la terapia sustitutiva con nicotina en particular y farmacológica en general y de las recomendaciones que se deben ofrecer a todo paciente fumador que inicia su proceso de deshabituación, que por sencillas que parezcan no dejan de ser efectivas, como son<sup>19</sup>:

—Para el deseo muy fuerte de fumar Respirar profundamente o intentar técnicas de relajación. Beber agua o zumos. Masticar chicles sin azúcar o comer algo bajo en calorías. Pensar que este deseo será cada vez menos intenso y frecuente.

—Para el insomnio Evitar el café, té y las bebidas con cafeína, sobre todo a partir de las 18 horas, tomar infusiones, hacer más ejercicio, intentar técnicas de relajación, e irse a la cama con cierto cansancio.

—Para la cefalea Ducha o baño templado. Intentar técnicas de relajación.

—Para el estreñimiento Dieta rica en fibras. Beber mucha agua.

—Para la dificultad de concentración No exigir un alto rendimiento durante 1-2 semanas. Evitar bebidas alcohólicas.

—Para el nerviosismo Caminar, tomar un baño, intentar técnicas de relajación. Evitar el café y bebidas con cafeína.

—Para el hambre Beber mucho agua y zumos. Vigilar la ingesta de azúcares refinados y de alimentos ricos en calorías.

—Para la astenia Aumentar las horas de sueño.

—Para la irritabilidad Caminar, bañarse, relajarse.

Tabla III

#### ASPECTOS QUE DEBE REUNIR UNA INTERVENCIÓN MÍNIMA SOBRE EL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

##### Contenidos indispensables de la intervención mínima

- Preguntar a cada paciente si fuma
- Registrar los datos personales sobre el consumo de tabaco
- Ofrecer un seguimiento, avisando que se le preguntará sobre el tema en posteriores visitas
- Tener materiales informativos visibles en la consulta y sala de espera
- Informar al fumador sobre recursos, métodos o servicios especializados
- Entregar documentación escrita sobre consejos y guía práctica para dejar de fumar

—Para la ansiedad Mantenerse ocupado, realizar actividades agradables o visitar amigos/as.

—Para la disforia Buscar apoyo, comentar sus impresiones, vivencias, temores, etc., con personas que hayan dejado de fumar.

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

### Intervención mínima

El primer paso del abordaje terapéutico del tabaquismo es el ofrecimiento de un *consejo médico* para dejar de fumar, consejo que para que sea más eficaz debe enmarcarse en lo que se conoce como intervención mínima: consejo médico, apoyo psicológico, entrega de material de apoyo por escrito y seguimiento del paciente<sup>1</sup> (Tabla III).

El consejo debe ser breve (2-3 minutos), serio, firme y personalizado. Cada fumador presenta una actitud diferente ante el problema de tabaquismo, encontrándose en una de las tres fases ya comentadas, debiendo condicionar el consejo que ofrezcamos a la fase en la que se encuentre. Así en la fase de precontemplación ha de ser más informativo que impositivo, entregándole información escrita. En la fase de contemplación además de informar debemos aumentar la autoconfianza de los fumadores que se encuentren en esta fase, intentando identificar y solucionar los temores y las causas, que seguramente existirán, de intentos previos fallidos para dejar de fumar. En la fase de preparación el consejo debe ir orientado a elegir la fecha para dejar de fumar y pautar el control y seguimiento del tratamiento que se considere oportuno<sup>1</sup>.

La información escrita que debemos entregar en estas dos últimas fases son una hoja informativa acerca de los problemas del tabaquismo, así como consejos prácticos para solucionar los problemas más frecuentes a los que se pueden enfrentar en su intento de dejar de fumar como por ejemplo los ofrecidos en el *Decálogo para dejar de fumar* que ha elaborado el Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica<sup>14,20</sup> (Tabla IV).

La información ofrecida al fumador debe ser clara y concisa, abordando tanto los problemas asociados al consumo de tabaco como los beneficios de su abandono, como por ejemplo los que se citan a continuación:

—El humo del tabaco lleva un alto contenido de sustancias tóxicas para la salud: alquitranes que causan cáncer en múltiples órganos vitales; monóxido de carbono, que daña las arterias del cuerpo humano; sustancias oxidantes que producen bronquitis crónica e irritación de ojos, nariz y garganta; nicotina que es una droga con tanta capacidad

Tabla IV

**DECÁLOGO PARA DEJAR DE FUMAR. RECOMENDACIONES PARA ABANDONAR EL TABACO ELABORADAS POR EL ÁREA DE TABAQUISMO DE LA SEPAR**

**DECÁLOGO PARA DEJAR DE FUMAR**

**Preparación**

1. Piensa por qué fumas cada vez que enciendes un cigarrillo, e infórmate sobre el tabaco
2. Busca tus motivos para dejar de fumar, y escribe una lista
3. Evita las situaciones que asocias con fumar, y elige ambientes sin humo
4. Decide el día que vas a dejar de fumar y, si lo crees oportuno, díselo a tus familiares y amigos

**Plan de acción. ¿Qué debe hacer el primer día?**

5. Levántate un poco antes y haz ejercicio físico: bebe zumo y agua
6. Debes estar lo más activo posible durante todo el día, de manera que tus manos y boca estén ocupadas
7. Decídete a no fumar, aunque sólo el día de hoy

**¿Cómo mantenerse sin fumar?**

8. Practica alguna actividad física, mejor en grupo, y toma una dieta rica en frutas y verduras. Relee tu lista de motivos para dejar de fumar
9. Si sientes un deseo muy fuerte de fumar, no te preocupes, relájate, respira profundamente y concéntrate en lo que estás haciendo. También puedes consultar a los profesionales sanitarios
10. No cedas ni por un solo cigarrillo, y recuerda que el deseo de fumar disminuye después de la segunda o tercera semana; te puedes felicitar por cada día que pasa sin fumar

¡ÁNIMO! ¡NO QUEMES TU VIDA!  
¡ESTA VEZ SEGURO QUE LO CONSEGUIRÁS!

Tabla V

**PRINCIPALES VENTAJAS PARA DEJAR DE FUMAR**

**SOBRE LA SALUD**

**A corto plazo**

- Reducción de la tos
- Mejoría de la respiración
- Disminución de la fatiga
- Aumenta la capacidad de ejercicio
- Mejora el gusto y el olfato
- Mejora la tersura de la piel

**A largo plazo**

- Disminuye el riesgo de cáncer de pulmón y otros
- Disminuye el riesgo de patología cardiovascular (cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares)
- Disminuye el riesgo de enfermedades respiratorias (bronquitis crónica, enfisema y asma)
- Disminuye el riesgo de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio
- Disminuye el riesgo de enfermedades en el recién nacido de madre fumadora
- Aumento de la longevidad

**SOBRE OTROS ASPECTOS**

- Se respeta el derecho de los demás a no inhalar humo
- Ahorro de dinero
- Evitar el mal olor del aliento, ropa, casa, ...
- Aumenta el grado de libertad al no depender de una sustancia adictiva
- Evitar hábitos nocivos en los hijos
- Evitar el riesgo de incendios
- Contribuir a no deteriorar el medio ambiente

Tabla VI

## BENEFICIOS DEL ABANDONO

- A los 20 minutos después del último cigarrillo baja la tensión arterial hasta valores basales, la frecuencia cardiaca se normaliza y la temperatura de manos y pies sube hasta normalizarse
- Pasadas 8 horas los niveles de monóxido de carbono y oxígeno en sangre se normalizan
- Después de 24 horas el riesgo de muerte súbita disminuye
- Pasadas 48 horas se normalizan los sentidos del gusto y olfato
- A las 72 horas se relaja la musculatura bronquial, mejorando la función respiratoria
- Después de 1-3 meses, se percibe un aumento de la capacidad física y respiratoria
- Entre 1-9 meses, rebrotan los cilios, mejorando la capacidad de eliminar el moco y drenaje bronquial, disminuyendo el riesgo de infecciones
- A partir de los 5 años la tasa media de muerte por cáncer de pulmón disminuye de 137 por 100.000 personas a 72 por 100.000
- A los 10 años el riesgo de padecer cáncer de pulmón se iguala a los no fumadores

adictiva como la heroína y que es la responsable de la adicción que crea el consumo de tabaco<sup>21</sup>.

—El tabaquismo debe ser considerado como una auténtica epidemia del mundo moderno, siendo la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. En España es causante de 45.000 muertes anuales, lo que equivale a decir que en nuestro país mueren más personas al cabo de un año por consumo de cigarrillos que por accidentes de tráfico o por accidentes de trabajo o SIDA<sup>22</sup>.

—El abandono del consumo del tabaco proporciona múltiples beneficios, como los que se exponen en la tabla V. En la tabla VI se reflejan los beneficios sobre la salud que de forma secuencial se obtienen al abandonar el consumo de tabaco<sup>23</sup>.

Un segundo paso en el tratamiento del tabaquismo es intentar la cesación tabáquica. Abandonar el consumo de tabaco puede conllevar la aparición de un síndrome de abstinencia que puede hacer fracasar el intento de deshabituación en aquellos pacientes con una dependencia nicotínica moderada-alta. En estos pacientes o en los que presentaron un síndrome de abstinencia en intentos anteriores, se puede afrontar el proceso de abando-

no de dos formas: bien mediante una reducción progresiva del consumo de tabaco, bien mediante la terapia sustitutiva con nicotina (TSN).

### Reducción progresiva

Esta forma de abordar el problema del tabaquismo estaría especialmente indicada en aquellas personas que presenten alguna contraindicación a la TSN o que ellas la escojan como terapia a realizar.

La reducción progresiva del consumo de tabaco tiene como objetivo recibir menos cantidad de nicotina de forma progresiva para lograr el abandono del tabaco en el plazo de 1 mes. Consiste en la reducción en un 30% por semana del número de cigarrillos o de la cantidad de nicotina administrada. En el caso de que se decida seguir con el mismo tipo de cigarrillos, éstos se reducirán en un 30% semanalmente hasta conseguir la cesación total en el plazo de 3-4 semanas. Si la decisión fue cambiar el tipo de cigarrillos por otros con menor contenido de nicotina, éste se efectuará con cigarrillos rubios o negros, según sea el caso, con un 30% menos de nicotina, siguiendo unas normas para evitar la compensación como: fumar 1/3 menos del cigarrillo de lo que habitualmente lo hacía y no realizar inhalaciones profundas.

Una regla fundamental en este planteamiento terapéutico es no aceptar ningún cigarrillo de otra persona, aunque eso no implica que uno no pueda ofrecer sus cigarrillos. Esta medida nos ayudará a prevenir recaídas posteriores.

Otra regla muy importante es ir retrasando el primer cigarro después de levantarse o antes de desayunar 15 minutos cada semana (15 minutos la primera semana, 30 minutos la segunda y 45 minutos la tercera).

Para desautomatizar la conducta de fumar conviene, por una parte, realizar un registro diario del número de cigarrillos que se fume (anotando la hora, situación en la que lo fuma y el placer que le produce el fumarlo de 0 a 10), y por otra escoger cada semana 3 situaciones en las que normalmente fumaba y que a partir de ahora dejará de hacerlo, empezando por la que menos cueste dejar (por ejemplo: si habitualmente fuma viendo la televisión y escoge esta situación para no fumar a partir de ahora, cuando le apetezca hacerlo tiene tres opciones: no fumar, apagar la televisión o salir de la habitación y fumar el cigarrillo en cuestión).

Es conveniente que los autorregistros diarios se pasen a una gráfica mensual para ver la evolución de la reducción de cigarrillos.

Otras medidas a tener en cuenta son: dejar el último 1/3 del cigarrillo (el más próximo a la boqui-

lla) sin fumar y a partir de la segunda semana nunca fumar más de la mitad del mismo, así como no realizar inhalaciones profundas.

A partir de la 4ª semana de tratamiento si todavía se fuma algún cigarrillo se irán reduciendo día a día hasta la total cesación al final de dicha semana.

Una vez conseguida la abstinencia tabáquica, a lo largo de la 5ª y 6ª semana del inicio de la intervención, se debe favorecer una reflexión encaminada a mantenerla y evitar las recaídas analizando: a) significado personal de haber conseguido la abstinencia total del tabaco; b) beneficios que nota al dejar de fumar; c) las sensaciones que puede notar en esta semana sin tabaco; d) analizar tres creencias erróneas sobre el tabaco; e) la vida futura como no fumador; f) eliminar todos los cigarrillos de su casa, coche, o de cualquier otro sitio donde los tenía habitualmente, no los regale, tírelos a la papelera<sup>24</sup>.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

En los últimos años la concepción del tabaquismo ha cambiado, y no sólo entre la población general que está empezando a considerarlo como algo perjudicial para su salud, sino también entre los profesionales sanitarios que empiezan a tomar conciencia de este importante problema de salud pública, siendo cada vez más los que empiezan a adoptar un papel activo en su abordaje, tanto desde el punto de vista de la prevención como del tratamiento. En este sentido, y dejando a un lado el importante papel de la terapia no farmacológica (intervención mínima y terapia conductual), actualmente podemos diferenciar dos grupos de tratamiento de tipo farmacológico: terapia sustitutiva nicotínica (TSN), y otro tratamiento farmacológico.

### Tratamiento sustitutivo con la nicotina

El fumador en su proceso de deshabituación tabáquica ha de cambiar una conducta relacionada con el consumo de tabaco, y adquirir unos hábitos nuevos y un comportamiento independiente del mismo, situación que se ve dificultada de presentar una dependencia nicotínica alta<sup>25</sup>, por lo que al inicio del tratamiento de deshabituación es crucial tener cubiertas las necesidades nicotínicas o adquirir habilidades que ayuden a superar dicha dependencia.

Los primeros intentos de terapia nicotínica para aliviar el síndrome de abstinencia producido al abandonar el consumo de tabaco se remontan a 1967 cuando el Dr. Ove Fernö desarrolló un chicle con nicotina para aliviar el nerviosismo, ansiedad e

irritabilidad de los submarinistas, fumadores, de la armada sueca durante las largas travesías submarinas<sup>26</sup>.

La TSN consiste en la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo, por una vía distinta del cigarrillo (chicles, parches transdérmicos, inhalador bucal, spray nasal o tableta sublingual), en una cantidad suficiente para evitar los efectos desagradables del síndrome de abstinencia nicotínica (5-15 ng/ml), pero en cantidad insuficiente como para crearle dependencia (evitando picos mayores de 30-35 ng/ml)<sup>27</sup>.

—*Indicaciones de la terapia sustitutiva nicotínica*. Cualquier fumador se podría beneficiar de la TSN, pero de entrada los candidatos preferentes serían aquéllos que fumasen 20 o más cigarrillos, los que fumen su primer cigarrillo antes de transcurrida media hora desde el momento de levantarse por la mañana y aquellos con intentos previos de deshabituación fallidos por presentar síndrome de abstinencia severo dentro de la primera semana de deshabituación<sup>28</sup>, términos subjetivos que junto a una puntuación mayor o igual a 7 en el test de Fagerström definen la alta dependencia nicotínica.

—*Contraindicaciones de la terapia sustitutiva nicotínica*. Existen una serie de contraindicaciones comunes a la terapia nicotínica: infarto de miocardio reciente, arritmias cardíacas graves, angina inestable, embarazo, lactancia, úlcera gastroduodenal activa, enfermedades mentales graves y otras drogodependencias. De todas formas, existen trabajos en los que se demuestra que el empleo de la TSN en los pacientes de algunos grupos de riesgo de los anteriormente citados (como por ejemplo pacientes con infarto de miocardio reciente o embarazadas) es más beneficioso que el hecho de seguir fumando<sup>29,31</sup>.

Actualmente en España sólo se dispone de chicles de 2 y 4 mg, parches transdérmicos de 16 y 24 horas y spray nasal, cuyas características de uso se comentan a continuación.

### Chicle de nicotina

El chicle de nicotina es una presentación que contiene la nicotina en el interior de una goma de mascar. Las presentaciones del chicle contienen 2 ó 4 mg de nicotina (Nicorette® de 2 y 4 mg, Nicotinnell fruit® de 2 mg), empleándose una u otra dosificación en función de la baja o alta dependencia nicotínica del fumador, aconsejándose su utilización entre 6 y 12 meses, y de forma pautada (una pieza de chicle cada hora mientras está despierto), pues se ha comprobado que se obtiene mayor porcentaje de éxito cuando se utiliza de forma programada que si se realizase de forma arbitraria (a demanda del fumador)<sup>27</sup>.





El chicle de nicotina está *contraindicado* en caso de problemas dentarios, trastornos de la articulación témporo-mandibular e inflamación orofaríngea<sup>32</sup>.

Debe advertirse al fumador que sustituya el cigarrillo por una pieza de chicle y la mastique lentamente hasta que note un fuerte sabor, momento en el cual debe dejar de masticar, colocar el chicle entre la mejilla y las encías y evitar la deglución de saliva. Conforme tiene lugar la absorción de la nicotina por la mucosa orofaríngea va disminuyendo el fuerte sabor hasta su desaparición, momento en el que puede nuevamente masticarse el chicle. Se repite este ciclo hasta que la goma de mascar desprenda toda su nicotina o desaparezca el deseo de fumar. Es recomendable, que al igual que sucede con otros medicamentos, el paciente realice una prueba del chicle delante del médico prescriptor, para poder corregir los errores que se observen en su utilización.

Como efectos secundarios se han observado molestias dentarias, úlceras de lengua y mucosa oral, dolor de garganta y mandíbula, hipo, náuseas, ardor epigástrico y mal sabor de boca<sup>32</sup>.

El mal sabor del chicle del que frecuentemente se quejan los fumadores se puede combatir con el uso concomitante de otros chicles de cualquier sabor, siempre que no sean de clorofila pues estos interfieren con la absorción de la nicotina.

### *Parche de nicotina*

Los parches transdérmicos de nicotina son posiblemente la forma de presentación más común, dada su facilidad de uso y los escasos efectos secundarios que suelen presentar. Se trata de una presentación farmacológica que produce una liberación sostenida de nicotina durante 16 ó 24 horas (Nicorette®, Nicotinell®, respectivamente).

El parche debe colocarse en una zona de la piel sin vello y sin sudor, en la cara anterior del brazo, hombro, cadera o tronco, todos los días mientras dure el tratamiento (2-3 meses), retirándose al día siguiente o el mismo día (dependiendo si el parche fuera de 24 ó 16 horas). Debe rotarse el lugar de aplicación para evitar el efecto irritativo del adhesivo sobre la piel. Mientras que los parches de 16 horas simulan mejor la relación nicotina-fumador, los de 24 previenen mejor la sintomatología matinal, si bien pueden afectar con más frecuencia la calidad del sueño<sup>33</sup>.

Está *contraindicado* en caso de enfermedades dérmicas generalizadas y los efectos secundarios más frecuentemente observados son: prurito, exantema y eritema (fácilmente solucionables mediante la rotación del parche y el simple hecho de airear-

los antes de la colocación, o con la aplicación tópica de corticoides); cefalea, mialgias, mareos y dispepsia<sup>32</sup>.

### *Spray nasal de nicotina*

El spray nasal, recientemente comercializado en España (Nicotrol®), está indicado cuando se quieren obtener de forma rápida concentraciones altas de nicotina. La pauta habitual es la instilación de 0,5 mg de nicotina en cada fosa nasal (una dosis es 1 mg de nicotina que equivale a una instilación en cada fosa nasal), tantas veces como se desee, sin sobrepasar 5 dosis por hora (5 mg de nicotina) o 40 dosis al día (40 mg de nicotina). Con este método se consiguen niveles de nicotemia de 15 µg/ml en un tiempo parecido al obtenido con los cigarrillos y por ello estaría indicado en situaciones similares a los parches de nicotina, pero ofreciendo incluso mayor rapidez de acción.

Su uso está *contraindicado* en caso de enfermedades de las fosas nasales, como la rinitis alérgica<sup>32</sup>.

La principal limitación de esta forma de administración son los efectos adversos que produce al inicio del tratamiento fundamentalmente picor, irritación y obstrucción nasal, estornudos y lagrimeo. Estos aparecen casi en el 100% de los fumadores que utilizan este método y suelen desaparecer progresivamente tras 5-6 días de uso del spray, de lo que se debe informar al paciente para evitar el abandono del mismo, pero aún así muchos pacientes no los toleran y deciden suspender la terapia.

### *Inhalador bucal de nicotina*

El inhalador es otro método, aún no comercializado en España, que busca remedar el aspecto y manejo del cigarrillo, y que contiene 10 mg de nicotina, consiguiéndose niveles de nicotemia parecidos (algo inferiores y más lentos) al spray nasal, estando *especialmente indicado* en aquellos fumadores en los que el ritual del manejo del cigarrillo fuese un *handicap* importante para conseguir la deshabituación tabáquica<sup>34</sup>.

Está *contraindicado* en caso de hiperreactividad bronquial, siendo los efectos adversos más frecuentemente observados la tos e irritación de garganta<sup>32</sup>.

### *Terapia combinada*

La terapia combinada consiste en el empleo concomitante de varias terapias de sustitución nicotíni-

ca para conseguir la deshabituación tabáquica en aquellos fumadores en tratamiento en los que por su evolución o cuando de entrada se prevea que los resultados con la monoterapia no vayan a ser completamente satisfactorios.

En principio esta modalidad terapéutica estaría indicada en aquellos fumadores con un consumo superior a 20 cigarrillos/día, con una dependencia nicotínica alta, que presentan una concentración de monóxido de carbono en aire espirado superior a 30 ppm y cotinemia superior a 200-250 ng/ml.

Las distintas modalidades que se pueden emplear por el momento son:

Parches + inhalador en caso de ALTA DEPENDENCIA GESTUAL  
 Parches + spray nasal en caso de ALTA DEPENDENCIA FÍSICA  
 Parches + chicles en caso de ALTA DEPENDENCIA FÍSICA

Como norma general, cuando se considere adecuada la terapia combinada ésta se debe mantener durante los tres primeros meses, y cuando se utilicen chicles deberá hacerse a demanda, pero nunca en cantidad superior a 12 piezas diarias.

#### Individualización de la terapia sustitutiva con nicotina

A la hora de elegir un método u otro debe tenerse en cuenta, sobre todo al iniciar el tratamiento con parches de nicotina en fumadores con alta dependencia, el retraso en alcanzarse niveles detectables en

plasma, retraso que oscila desde 1 a 4 horas. Siguiendo las recomendaciones de diversos autores los parches estarían más indicados en aquellos fumadores que desean no sufrir las manifestaciones del síndrome de abstinencia al dejar el tabaco, mientras que el uso del chicle de nicotina sería más adecuado en aquellos otros que buscaban en el cigarrillo el efecto euforizante y/o relajante de los picos elevados de nicotina en sangre, y el inhalador para combatir el ritual de manejo del cigarrillo<sup>35</sup>.

En fumadores con baja dependencia, puede resultar igual de efectivo el uso de parches con dosis estándar (15-25 mg/día de nicotina) que los chicles de 2 mg, mientras que en los fumadores con alta dependencia se aconseja el uso de chicles con 4 mg de nicotina o el spray hasta que el tratamiento sea efectivo, y en el caso de utilizar parches transdérmicos de nicotina se desaconseja los de dosis estándar<sup>36,37</sup>.

Como ya se ha comentado con la aplicación de TSN estándar se consiguen cifras de nicotemia entre el 30 y 50% de la que el fumador conseguiría fumando su dosis habitual de cigarrillos, y ello puede explicar el elevado porcentaje de fracasos existentes<sup>34</sup>. Por ello se ha elaborado el concepto de TSN a altas dosis, que pretende alcanzar una nicotemia próxima al 100% de la alcanzable con los cigarrillos, utilizando parches de hasta 42 mg<sup>28,38</sup>. Antes de utilizar esta terapia a altas dosis es preciso determinar los niveles de cotinemia antes y a los 3 días del tratamiento para ajustar la dosificación de una forma más estricta y menos empírica, basada en el concepto de porcentaje de sustitución (relación

Tabla VII

#### PAUTAS DE UTILIZACIÓN DE LA TSN

Número de cigarrillos/día	Test de Fagerström	CO (ppm)	Chicle	Terapia sustitutiva	
				Parches de 24 horas	Parches de 16 horas
10-19	3	<15	2 mg	21 mg (4 semanas)	15 mg (4-6 semanas)
			8-10 piezas 8-10 semanas	14 mg (4 semanas)	10 mg (2-4 semanas)
20-30	4-6	15-30	4 mg/90 minutos	21 mg (4 semanas)	15 mg + 10 mg (4 semanas)
			10-12 semanas	14 mg (4 semanas)	15 mg (4 semanas)
				7 mg (4 semanas)	10 mg (4 semanas)
> 30	7	>30	4 mg/60 minutos	21 mg (6 semanas)	15 mg + 10 mg (6 semanas)
			12 semanas	14 mg (4 semanas)	15 mg (4 semanas)
				7 mg (2 semanas)	10 mg (2 semanas)
<b>Terapia combinada</b> (parches como tratamiento de base + chicle a demanda)					

entre la cotinemia media observada con el consumo de tabaco y la alcanzada mediante la TSN), para conseguir un *porcentaje de sustitución* entre el 90 y el 100%. Algunos autores señalan porcentajes de éxito de hasta el 85% de abstinencia al año de seguimiento con la TSN a altas dosis<sup>39</sup>, siendo una forma terapéutica segura, bien tolerada y sin efectos adversos significativos<sup>40</sup>.

Se han recomendado distintas pautas de tratamiento con nicotina, dependiendo de la forma farmacéutica utilizada y de las características del hábito tabáquico del paciente. En la tabla VII se recogen algunas de las más utilizadas<sup>21</sup>.

Si bien el objetivo principal terapéutico de la TSN es el conseguir la abstinencia, debe contemplarse la reducción en el consumo como una alternativa en aquellos casos que sea imposible o muy difícil conseguir la total cesación del hábito tabáquico. La utilización de la TSN para reducir el consumo está justificada desde el momento en el que con la simple reducción, y mantenimiento a largo plazo, del consumo de tabaco en un 1% ya se obtienen beneficios<sup>41</sup>.

### Otra terapia farmacológica

Existen otros grupos de fármacos alternativos o complementarios a la nicotina, que se han utilizado en el tratamiento del tabaquismo. Son fármacos orientados a reducir los síntomas de la dependencia nicotínica, habiéndose utilizado ansiolíticos, antidepresivos, anticolinérgicos, tranquilizantes, betabloqueantes, mecamilamina, simpaticomiméticos y anticonvulsivantes<sup>42-44</sup>. Merece la pena comentar que puntualmente puede estar indicado el empleo de ansiolíticos (como la buspirona), y que recientemente se dispone en el mercado español del bupropión, fármaco con buenos resultados en el campo de la deshabituación tabáquica en experiencias previas realizadas en los EE.UU. y Canadá, cuyas características de uso se comentan a continuación.

### Terapia con bupropión

El bupropión (Zyntabac®, Quomen®) es el primer tratamiento farmacológico no nicotínico recomendado oficialmente para el tratamiento de la deshabituación tabáquica<sup>45</sup>.

—*Contraindicaciones.* El bupropión está contraindicado en aquellos fumadores que presenten trastornos convulsivos, en los que padezcan o refieran historia previa de bulimia o anorexia nerviosa, cirrosis hepática grave o historia de trastorno bipolar. También está contraindicado el uso concomitante de bupropión e inhibidores de la monoaminooxidasa<sup>45</sup>.

El riesgo de convulsiones puede aumentar en ciertas situaciones como las que se citan a continuación, en las que en el caso de decidir el uso de bupropión deberá emplearse con precaución:

—Antecedentes de traumatismo craneal o convulsiones.

—Consumo excesivo de alcohol.

—Uso concomitante de fármacos, como antidepresivos, antipsicóticos, teofilina o corticosteroides.

—Pautas farmacológicas que incluyan la discontinuidad brusca de benzodiazepinas.

—Diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina.

No se han definido los efectos de bupropión sobre el embrión humano por lo que el fármaco sólo se administrará a mujeres embarazadas si los beneficios esperados compensan los posibles riesgos. Las madres lactantes no deberán tomar bupropión mientras dure la lactancia.

Los efectos secundarios más comúnmente hallados son: rinitis, cefalea, boca seca e insomnio<sup>45</sup>.

Es conveniente comenzar la toma de bupropión 7 días antes del día escogido para abandonar el consumo de tabaco. La pauta consiste en 150 mg por la mañana los días 1, 2 y 3; y 150 mg/12 horas a partir del 4º día, hasta completar 7 a 9 semanas de tratamiento. Se aconseja un intervalo mínimo entre dos tomas de 8 horas, siendo conveniente que la última toma del día sea al menos 4 horas antes de acostarse para evitar en lo posible el insomnio que con frecuencia se asocia a la toma de dicha medicación<sup>45,46</sup>. En caso de aparecer estaría indicada la utilización de un hipnótico inductor del sueño como pudiera ser el zolpidem.

Con la dosis terapéutica de 300 mg/día se han obtenido porcentajes de abstinencia de hasta el 44,2% frente al 19% en el grupo placebo, abstinencia que se mantuvo al año de seguimiento en un 23,1% y 12,4%, respectivamente<sup>47</sup>.

En todo caso tiene especial importancia, a la hora de establecer un tratamiento, la opinión del paciente, y en el caso concreto del tabaquismo, la forma de administrar la nicotina en caso de ser éste el fármaco elegido, debiéndose informar ampliamente de las ventajas y desventajas de cada una de las opciones terapéuticas, recomendando la que consideremos más oportuna en cada caso, pero permitiéndole participar activamente en la toma de la decisión final.

### CONCLUSIÓN

Cerca del 70% de los pacientes de un médico acuden a su consulta cada año, lo que permite que el médico contacte con la mayoría de la población que tiene a su cargo en un periodo corto de tiempo. Esta circunstancia ofrece una oportunidad inigualable al médico de Atención Primaria para la identificación, clasificación y tratamiento de sus pacientes

fumadores<sup>48</sup>. Esta mayor accesibilidad y cobertura que ofrece la Atención Primaria le otorga un protagonismo en el abordaje del tabaquismo, demostrado ya con el clásico estudio de Russell<sup>49</sup>, que debe compartir con los servicios especializados, cada uno en su lugar, sin establecer conflictos de competencias. No es lógico que un paciente fumador tenga que acudir a una unidad de tabaquismo para recibir consejo médico para abandonar el tabaco, ni que en Atención Primaria nos empeñemos en tratar a fumadores inveterados en los que se haya fracasado con tratamientos previos bien diseñados. Como en toda actividad asistencial la buena interrelación entre primaria y especializada será la clave para un abordaje global del problema del tabaquismo

mo y conseguir disminuir su prevalencia y consecuencias sociosanitarias, objetivo final de dicha actuación. En este sentido se orienta la colaboración cada vez más frecuente entre neumólogos y médicos de familia.

CORRESPONDENCIA:  
M. Torrecilla García  
Centro de Salud San Juan  
C/Valencia, 32  
37005 Salamanca  
e-mail: mtorrecillag@papps.org

## Bibliografía

1. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996; 275: 1270-80.
2. Barrueco M. Tratamiento del tabaquismo: situación actual y perspectiva de futuro. *Med Clin (Bar)* 2000; 115: 341-2.
3. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
4. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R, et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 49-53.
5. González J, Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-82.
6. Carrión F, Furest I, Pascual JM, Marín I. Intervención mínima en tabaquismo en España. *Arch bronconeumol* 2000; 36: 124-8.
7. Martín Zurro A, Cano JF. Atención Primaria de salud. En: Martín Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace de España, S.A. 1999; 3-15.
8. Torrecilla M. Valoración y prevención del tabaquismo en consulta especializada (neumología) y de Atención Primaria (tesis doctoral). Salamanca: Universidad de Salamanca, 1999.
9. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994; 13: 39-46.
10. Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. *N Engl J Med* 1995; 2: 1196-203.
11. Clarke PB, Pert A. Autoradiographic evidence for nicotine receptors on nigrostriatal and mesolimbic dopaminergic neurons. *Brain Res* 1985; 348: 355-8.
12. Hughes J, Higgins S, Hatsukami D. Effects of abstinence from tobacco: a critical review. En: Kozlowski, et al, eds. *Research advances in alcohol and drug problem*. New York: Plenum Press, 1990; 317-98.
13. Jiménez CA, Solano S, Flórez S, Arrate C, Zamora E, Steen B, et al. Tabaquismo. *Inflamación* 93. 1991; 1: 64-7.
14. Jiménez CA, Solano S, González JM, Ruiz MJ, Flórez S, Ramos A, et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 499-506.
15. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence: a review of the Fagerström Tolerance Nicotine Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-82.
16. Sachs DPL, Benowitz NL. Individualizing medical treatment for tobacco dependence. *Eur Resp J* 1996; 9: 629-31.
17. Ayesta J. Farmacología de la nicotina. En: Jiménez CA. Aproximación al Tabaquismo en España. Un estudio multifactorial. España: Pharmacia & Upjohn S.A., 1997; 51-65.
18. Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med* 1998; 319: 1318-30.
19. Hughes JR, Higgins ST, Bickel WK. Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. *Adicction* 1994; 89: 1461-70.
20. Jiménez CA, Solano S, González de Vega JM, Ruiz MJ, Flórez S, Ramos A, et al. Tratamiento del tabaquismo. En: Recomendaciones SEPAR. Barcelona: (Ed) Doyma, 1998; 421-36.
21. Burns D. Cigarettes and cigarette smoking. *Clin Chest Med* 1991; 12: 631-42.
22. González J, Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-82.
23. Timmreck TC, Randolph JF. Guía para dejar de fumar. *Modern Geriatrics*. Ed. Esp. 1993; 5: 294-9.
24. Becoña E. Programa para dejar de fumar. Santiago: Xunta de Galicia, 1995.
25. Fagerström KO, Sawe U, Tonnensen P. Therapeutic use of nicotine patches: efficacy and safety. *J Smoking Rel Dis* 1992; 3: 247-56.
26. Jiménez CA. Terapia sustitutiva con nicotina. En: Meana JJ, Márquez I, Pantoja L. Nicotina y tabaquismo. Nuevas perspectivas. Avances en farmacología de drogodependencias. Bilbao: Universidad de Deusto, 1999; 151-83.
27. Jiménez CA, Solano S. Tratamiento del tabaquismo. Terapia sustitutiva con nicotina. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 487-91.
28. Fiore Mc, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL. Tobacco Dependence and the nicotine patch. *Clinical Guidelines for effective use*. *JAMA* 1992; 268: 2687-94.



29. Greenland S, Satterfield MH, Lanes SF. A meta-analysis to assess the incidence of adverse effects associated with the transdermal nicotine patch. *Drug Saf* 1998; 18: 297-308.
30. Huhtasaari F, Asplund K, Lundberg V, Stegmayr B, Wester PO. Tobacco and myocardial infarction. Is snuff less dangerous than cigarettes? *Br Med J* 1992; 305: 1252-6.
31. Benowitz NL. Nicotine replacement therapy during pregnancy. *JAMA* 1991; 266: 3174-7.
32. Jiménez CA. Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 181-5.
33. Rich JD. Transdermal nicotine patch for smoking cessation. *N Engl J Med* 1992; 326: 344-5.
34. Tonnesen P, Norregaardj, Mikkelsen K, Jorgensen S, Nilson F. A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. *JAMA* 1993; 269: 1268-71.
35. Fagerström KO, Säwe U. The pathophysiology of nicotine dependence: treatment options and the cardiovascular safety of nicotine. *Cardiovascular risk factors* 1996; 3: 135-43.
36. Tang JL, Law M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *Br Med J* 1994; 308: 21-6.
37. Sachs DP. Effectiveness of the 4 mg dose of nicotine polacrilex for the initial treatment of high-dependent smokers. *Arch Inter Med* 1995; 155: 1973-80.
38. Jiménez CA, González de la Vega JM, Escudero C, García A, Roca J, Solano S, et al. Tabaquismo. *Manuales SEPAR* 1995; 1: 1-109.
39. Dale LC, Hurt RD, Offord KP, Lauson GM, Croghan IT, Schroeder DR. High-dose nicotine patch therapy. Percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995; 274: 1353-8.
40. Fredrickson PA, Hurt RD, Lee GM, Wingender L, Croghan IT, Lauger G, et al. High dose transdermal nicotine therapy for heavy smokers: safety, tolerability and measurement of nicotine and cotinine levels. *Psychopharmacology* 1995; 122: 215-22.
41. Jiménez CA, Kunze M, Fagerström KO. Nicotine replacement: a new approach to reducing tobacco-related harm. *Eur Respir J* 1998; 11: 473-9.
42. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. In: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D, editores. *Tobacco Addiction Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews* [updated 01 December 1997]. Available in The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford: Update Software; 1998. Updated quarterly.
43. Sachs DP, Leischow SJ. Pharmacologic approaches to smoking cessation. *Clin Chest Med* 1991; 12: 769-91.
44. Schwartz JL. Methods for smoking cessation. *Clin Chest Med* 1991; 12: 737-53.
45. Holm KJ, Spencer CM. Bupropión. Revisión de su empleo en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. *Drugs* 2000; 59: 1007-26.
46. Benowitz NL. Treating tobacco addiction. Nicotine or no nicotine? *N Engl J Med* 1997; 337: 1230-1.
47. Hurt RD, Sachs D, Glover E, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-202.
48. Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit. United States, 1991. *Morb Mortal Wkly Rep (MMWR)* 1993; 42: 854-7.
49. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-5.