

# GUÍA BREVE DE ABORDAJE DEL TABAQUISMO



Principado de  
**Asturias**

Consejería  
de Salud



José Manuel Iglesias Sanmartín  
Raquel García García  
Unidad Especializada Tabaquismo Área IV



# GUÍA BREVE DE ABORDAJE DEL TABAQUISMO



Principado de  
**Asturias**

Consejería  
de Salud



José Manuel Iglesias Sanmartín  
Raquel García García  
**Unidad Especializada Tabaquismo Área IV**



Edición 2025

### **Autoría**

José Manuel Iglesias Sanmartín

Médico de familia. Unidad Especializada Tabaquismo del Centro de Salud de Ventanielles.

Raquel García García

Enfermera. Unidad Especializada Tabaquismo del Centro de Salud de Ventanielles.

### **Revisión**

Inmaculada García Fernández

Enfermera. Consejería de Salud.

### **Edita & distribuye**

Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

### **Diseño & maquetación**

Marta Viera / [www.lapiladeproyectos.com](http://www.lapiladeproyectos.com)

### **Impreso en Gijón, Asturias**

Prismacolor

### **Papel Nautilus Classic**

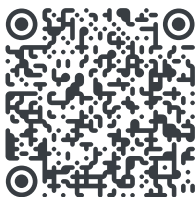


### **Depósito Legal**

AS 01029-2025

© La propiedad del presente material pertenece al Gobierno del Principado de Asturias, reconociendo en todo momento los derechos de los autores del documento.  
Los derechos de explotación de la obra quedan reservados al Gobierno del Principado de Asturias.

La versión electrónica de esta guía está disponible escaneando el QR.  
Es posible realizar nuevas descargas haciendo click en el siguiente botón Airbot.



ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	<b>4</b>
<b>2. Algoritmo de intervención en consulta</b>	<b>6</b>
<b>3. Consejo sanitario breve</b>	<b>9</b>
<b>4. Estrategias de intervención</b>	<b>11</b>
4.1 Estrategia de las 5 A	12
4.2 Modelo de las las 5 R	12
4.3 Entrevista motivacional	13
<b>5. Enfoque clínico en consulta</b>	<b>15</b>
5.1 Visita 1: Valoración de la persona fumadora	17
5.2 Visita 2: Voy a dejar de fumar	19
5.3 Visita 3: Preparando el día D	21
5.4 Visita 4: Ya no fumo. Prevención de recaídas	23
5.5 Visita 5 y sucesivas: Seguimiento a largo plazo	25
<b>6. Tratamiento farmacológico</b>	<b>26</b>
6.1 Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)	29
6.2 Vareniclina	36
6.3 Citisiniclina	38
6.4 Bupropión	39
<b>7. Tratamiento de nuevos productos de tabaco y nicotina y en poblaciones especiales</b>	<b>42</b>
7.1 Tratamiento de nuevos productos de tabaco y nicotina	43
7.2 Embarazo	43
7.3 Adolescentes	44
7.4 Personas fumadoras de menos de 10 cigarrillos	44
7.5 Pacientes con enfermedad mental	45
7.6 Pacientes con enfermedad cardiovascular	45
7.7 Pacientes con EPOC	45
7.8 Pacientes hospitalizados	45
7.9 Diferencias de género	45
<b>Bibliografía</b>	<b>46</b>



1

# Introducción

El tabaquismo es un trastorno crónico, adictivo y recurrente, caracterizado por la dependencia física y psicológica. Esta definición está basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11, código 6C4A.2) y en la Clasificación Internacional de Atención Primaria, 2ª edición (CIAP-2, código P17).



**AIR  
BOT**

**El tabaquismo  
no es un simple  
hábito, es una  
adicción que  
atrapa al fumador  
en un ciclo de  
dependencia física  
y psicológica.**

La nicotina es el principal componente del tabaco y nuevos productos relacionados con el mismo, responsable de su poder adictivo y del mantenimiento de su consumo.

Se sabe que 7 de cada 10 personas fumadoras quieren dejar de fumar y que cerca de la mitad lo han intentado por sí mismas. Estos datos reflejan que una proporción significativa de personas fumadoras está dispuesta a realizar un cambio, lo que supone una oportunidad clave para intervenir de manera efectiva ya que, si reciben ayuda profesional sanitaria, las probabilidades de éxito se multiplicarán hasta por 4.

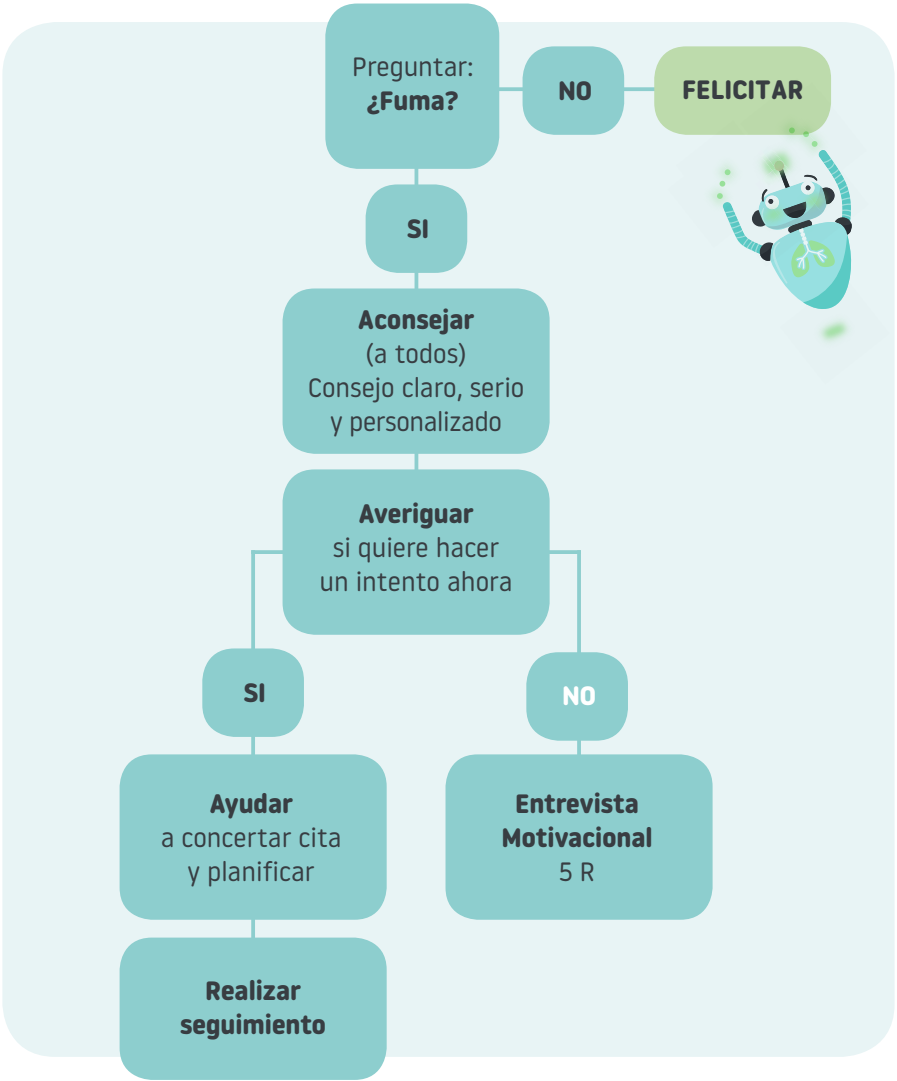
En este contexto, los profesionales sanitarios desempeñan un papel crucial como agentes de cambio, siendo a menudo el primer punto de contacto para personas fumadoras que buscan o necesitan ayuda para dejar de fumar.

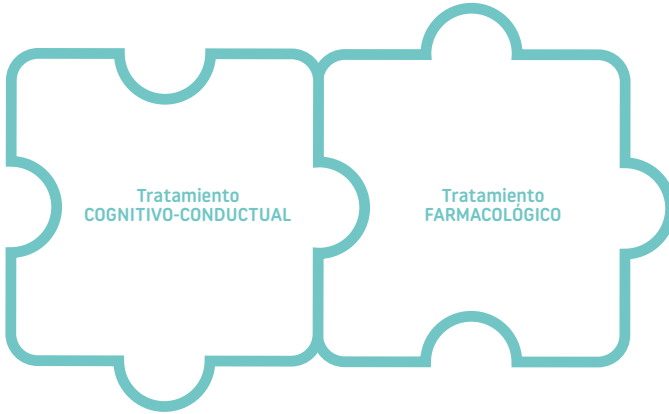


2

# Algoritmo de intervención en consulta

El algoritmo de intervención en consulta proporciona un marco estructurado para que los profesionales de la salud aborden el consumo de tabaco de manera sistemática. Basado en pasos clave como la identificación, la motivación y el apoyo al paciente.





## 2.2 Tratamiento multicomponente

El abordar el tabaquismo de manera efectiva va más allá de consejos generales o tratamiento farmacológico y demanda un enfoque estructurado, basado en la evidencia, que combine estrategias como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el tratamiento multicomponente.

La TCC ha demostrado ser una herramienta poderosa para identificar y modificar los patrones de pensamiento y comportamiento que perpetúan la adicción, mientras que un enfoque multicomponente —que integra apoyo psicológico, intervenciones farmacológicas y seguimiento continuo— maximiza las tasas de éxito al atender las múltiples dimensiones del tabaquismo.

La interdisciplinariedad en el tratamiento es clave para un enfoque integral y efectivo, ya que la colaboración entre profesionales de la medicina, enfermería, psicología y farmacia mejora los resultados del tratamiento ofreciendo una atención más personalizada.

# 3

## Consejo sanitario breve

El consejo sanitario breve es una intervención breve y efectiva para motivar y orientar a los fumadores a abandonar el tabaco. A través de mensajes claros, apoyo profesional y estrategias prácticas, se busca fomentar la decisión de dejar de fumar y proporcionar herramientas iniciales para lograrlo con éxito.

Muchas personas fumadoras cuando reciben una oferta de ayuda, incluso no pensando en dejar de fumar en esos momentos, responden positivamente.

Los profesionales sanitarios podríamos ser más efectivos para promover en nuestros pacientes intentos para dejar de fumar si ofrecemos ayuda a todos y no sólo a quienes expresan su intención de hacer un intento.

### Datos para reflexionar

En España el 75% de las personas fumadoras acuden a nuestra consulta de atención primaria al menos una vez al año. Si todos los profesionales sanitarios que trabajamos en atención primaria incorporásemos el consejo breve para dejar de fumar de manera sistemática a nuestra actividad de rutina, dejarían de fumar 450.000 personas cada año.

Esta cifra es similar a la que conseguirían 2000 unidades especializadas en tabaquismo y el triple de los que han dejado de fumar durante la última década del pasado siglo en nuestro país.

### ¿Por qué dar el consejo breve sanitario?

- ✓ Por ser una intervención muy coste-efectiva.
- ✓ Es de fácil aplicación a todas las personas fumadoras.
- ✓ Es una intervención adecuada cuando el tiempo es un factor crítico y determinante.

### Características:

Este consejo debe ser breve (menos de tres minutos de intervención), serio, veraz, sencillo y actual. Incluye elementos motivacionales y no culpabilizadores, y ofrece un enfoque personalizado en función del tipo de persona fumadora que atendemos. Debemos ser oportunistas y aprovechar cualquier situación en consulta para poder abordar el tema. Se puede complementar el consejo breve con folletos de ayuda.



Consejo breve,  
serio, veraz, sencillo,  
actual, firme,  
oportuno,  
no culpabilizador  
y personalizado.



# 4

## Estrategias de intervención

Las estrategias de intervención en tabaquismo buscan apoyar a las personas fumadoras en su proceso de abandono del tabaco mediante enfoques estructurados y basados en la evidencia. Este apartado presenta tres herramientas fundamentales: la estrategia de las 5 A; el modelo de las 5 R, orientado a aumentar la motivación en quienes no están listos para dejar de fumar; y la entrevista motivacional, un enfoque centrado en el paciente para reforzar el compromiso y la confianza en el cambio.

## 4.1 Estrategia de las 5 A

El modelo de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Analizar, Ayudar, Acordar) ofrece un enfoque sistemático y práctico para que los profesionales de la salud aborden el tabaquismo en la consulta.

Este marco permite identificar el consumo de tabaco, proporcionar recomendaciones claras, evaluar la disposición al cambio, ofrecer apoyo personalizado y establecer acuerdos para la cesación, promoviendo una intervención efectiva y centrada en el paciente. En la siguiente tabla te describimos el modelo de *las 5 A* utilizado en cesación tabáquica:

### LAS 5 A

**AVERIGUAR** / Averiguar si es una persona fumadora y registrarlo.

**ACONSEJAR** / Aconsejar de forma clara y personalizada dejar de fumar.

**ANALIZAR** / Preguntar si está dispuesto a hacer un intento. Se trata de evaluar la disposición del paciente para dejar de fumar en ese momento.

**AYUDAR** / Ofrecer ayuda y garantizar un tratamiento adecuado.

**ACORDAR** / Acordar una primera cita y las siguientes de seguimiento.

## 4.2 Modelo de las 5 R

El modelo de las 5 R (Relevancia, Riesgo, Recompensa, Resistencia, Repetición), recomendado por la Guía Americana de la US Public Health Service de 2008, proporciona un marco estructurado para la entrevista motivacional en personas fumadoras que no están listas para dejar de fumar. Este enfoque busca aumentar la motivación al explorar la importancia personal del cambio, los riesgos del tabaquismo, los beneficios de abandonarlo, las barreras percibidas y la reiteración del mensaje, adaptándose a las necesidades individuales del paciente.

### LAS 5 R

**RELEVANCIA** / ¿Por qué es relevante para nuestro paciente abandonar el tabaco?

**RIESGO** / Ayudar al paciente a identificar las consecuencias negativas del consumo de tabaco.

**RECOMPENSA** / Identificar los beneficios que tiene dejar de fumar, sugiriendo y enfatizando aquellos que son más relevantes para él o ella.

**RESISTENCIA** / Identificar las dificultades que puede tener durante el abandono. Pedir a la persona fumadora que identifique barreras, impedimentos y dificultades para dejar de fumar e intentar dar una solución apropiada.

**REPETICIÓN** / Repetir la intervención en cada visita.



## Principios básicos para recordar:

- Nadie está dispuesto a hacer un cambio si no ve claro el beneficio.
- Nadie empieza un cambio si no tiene claro que podrá con él.

### 4.3 Entrevista motivacional

Es una conversación de colaboración para fortalecer la propia motivación de la persona y el compromiso para cambiar (Miller y Rollnick).

Principios básicos:

- ✓ Nadie está dispuesto a hacer un cambio si no ve claro el beneficio.
- ✓ Nadie empieza un cambio si no tiene claro que podrá con él.

El enfoque motivacional se centra en estimular la reflexión en el paciente, promoviendo una toma de conciencia sobre su situación. Mediante preguntas e indagaciones, fomentamos la exploración personal, invitando al paciente a reconocer y comprender sus propios pensamientos y emociones.

Promovemos una toma de decisiones compartida para que se sienta empoderado y participe activamente en su proceso. Además, ofrecemos y facilitamos opciones que le ayuden a avanzar, adaptando el proceso a sus necesidades. Este enfoque se aplica de manera progresiva, permitiendo ajustes conforme el paciente avanza en su camino hacia el cambio.

#### Claves para conectar con nuestros pacientes

1. **Saber regular nuestras propias emociones:** aprender a estar presente y no tener prisas.
2. **La validación es fundamental** al abordar a una persona fumadora. Consiste en reconocer y expresar que su perspectiva es válida, incluyendo su comportamiento, resistencias, objeciones y temores.

#### Herramientas en la entrevista motivacional

1. **Preguntas abiertas.** En lugar de hacer preguntas cerradas, como *¿Quiere dejar de fumar?*, es mejor reformularlas para fomentar la reflexión. Por ejemplo: *¿Ha pensado alguna vez en dejar de fumar?* o *¿Hasta qué punto le preocupa seguir fumando?*
2. **Escucha reflexiva y atenta.** Es importante dejar hablar a la persona sin interrumpirla, evitar juzgar,

criticar o hacerla sentir culpable. También es clave no apresurarse a dar soluciones ni minimizar lo que está sintiendo.

3. **Afirmaciones motivadoras.** Reconocer y valorar los esfuerzos de la persona ayuda a reforzar su motivación. Destacar sus aspectos positivos puede animarla a expresar más razones para dejar de fumar.
4. **Hacer resúmenes.** Recoger las ideas y reflexiones de la persona demuestra que la hemos entendido y ayuda a organizar sus pensamientos sobre el cambio.

### Bases de la entrevista motivacional.

1. **Expresar empatía.** Es fundamental crear un ambiente de confianza donde la persona se sienta escuchada y comprendida.
2. **Desarrollar discrepancia.** Debemos intentar crear discrepancia entre las consecuencias de seguir fumando y las razones para dejar de hacerlo, siendo la persona fumadora la que debe presentar sus propias razones para el abandono del tabaco.
3. **Evitar la discusión.** Las discusiones con la persona que fuma son contraproducentes, el argumentar contra el tabaco en ocasiones hace aflorar resistencias.
4. **Vencer la resistencia.** El terapeuta debe sugerir nuevos puntos de vista sobre la conducta de fumar, sin imposiciones. La persona fumadora es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas de su propia conducta.
5. **Aumentar la autoeficacia.** Se refiere a fortalecer la confianza en su propia capacidad para dejar de fumar y mantener la abstinencia a largo plazo. Si un paciente no cree en su capacidad para dejar de fumar, es menos probable que lo intente o que persevere ante los desafíos. Por el contrario, cuando se incrementa su autoeficacia, se siente más motivado y preparado para actuar.



5

## Enfoque clínico en consulta

Se trata de una intervención multicomponente, que combina técnicas fundamentalmente psicológicas (cognitivo-conductual) y tratamiento farmacológico, y que es la que se ha demostrado como más eficaz para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.

**FELICITAR** / Por la decisión.

**ACONSEJAR** / Aconsejar de forma clara y personalizada dejar de fumar.

**OFRECER APOYO** / Cognitivo, conductual y farmacológico.

**BUSCAR** / Un día de abandono (día D).

**PLANIFICAR** / Una estrategia de acción personalizada.

## Fases del tratamiento

- a) **Fase de preparación:** se centra en la información sanitaria, con especial hincapié en los beneficios de dejar de fumar y en la eliminación de falsas expectativas y creencias erróneas. Se fomenta la motivación, la autoeficacia, el compromiso, la obtención de apoyo social, la autoobservación y el autocontrol, creando estrategias de afrontamiento para los problemas más comunes que puedan surgir a posteriori. Se intenta que los pacientes analicen su situación, consoliden su decisión mediante una evaluación personal y organicen su propio proceso de abandono.
- b) **Fase de abandono:** incide en el control del síndrome de abstinencia y en el refuerzo de habilidades y conocimientos enfocados al abordaje de los otros problemas que puedan surgir en las primeras fases del proceso de dejar de fumar.
- c) **Fase de mantenimiento o de prevención de recaídas:** aborda estrategias de afrontamiento, autocontrol y prevención de recaídas, con el objetivo de mantenerse sin fumar indefinidamente, incluyendo la promoción de hábitos saludables y el abordaje y reestructuración de las posibles recaídas.

En la práctica clínica podemos dividir las fases en varias visitas que describimos a continuación.

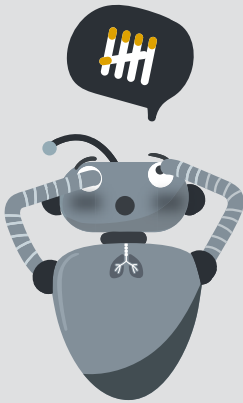
## VISITA 1

### LO QUE HACEMOS

*Valoración del consumo, escuchar sus motivos, reforzar su decisión, establecer metas claras y ofrecer estrategias personalizadas para mantener la motivación.*

### CUÁNDO

*15 días antes del cese*



## 5.1 Visita 1: valoración de la persona fumadora

### OBJETIVOS

- Reestructuración cognitiva: Pretendemos eliminar falsas expectativas y creencias erróneas que puedan interferir.
- Aumento de la motivación.
- Consolidación de la decisión.

### CONTENIDOS

- Valoración del consumo de tabaco. Edad inicio. Número de cigarrillos/día, número de años de fumador. Índice paquetes/año.
- Intentos previos de abandono: Número de intentos, método utilizado, máximo periodo de abstinencia, dificultades, cuáles cree que fueron la/s causas de las recaídas y qué cree que se debería hacer distinto ahora.
- Análisis de la motivación y autoeficacia.
  - Test de Richmond.
  - Escala analógica de motivación: tan fácil como formular la siguiente pregunta: puntúa de 1 a 10, ¿cuánto de motivado estás para dejar de fumar?
  - Escala analógica de autoeficacia: puntúa de 1 a 10 ¿cuánto de capaz te crees de dejar de fumar?
- Valoración de la dependencia:
  - Física: que es la debida a la falta de nicotina. Se valora con el test de Fagerström.
  - Psicológica: basada en las sensaciones psicológicas que ocasiona el consumo en la persona fumadora.
  - Gestual: tener un cigarrillo en las manos, jugar con el mechero, llevar el cigarrillo a la boca...
  - Social: asociada a ver fumar a nuestros padres, reuniones con amigos, pertenecer a un grupo de personas fumadoras...
- Exploración física:
  - Tensión arterial.
  - Medición de peso y talla.
  - Realizar carboximetría. Esta prueba tiene gran utilidad como marcador de exposición, grado de tabaquismo, para valorar el riesgo de desarrollar patologías, validar abstinencia y fundamental como factor motivador o refuerzo positivo.

- Consumo de alcohol y cafeína (a tener en cuenta al dejar de fumar porque el efecto de la cafeína se potencia en ausencia de la nicotina).
- Consumo de otras drogas.
- Hay que preguntar qué tipo de tabaco o nicotina en cualquiera de sus formas consume: cigarrillo convencional, tabaco calentado, cigarrillo electrónico o vaper, bolsitas de nicotina...etc.
- Aclarar mitos sobre el tabaco y su abandono.
- Reconocer a la nicotina como una droga.
- Preguntar los motivos por los que fuma y por los que quiere dejar de fumar.
- Indagar respecto a las preocupaciones y miedos en relación con el abandono: no conseguirlo, pasarlo mal, ganancia de peso, etc.
- Importancia de pedir ayuda y apoyo social (buscar un cómplice).
- Elección de la fecha de abandono (día D).

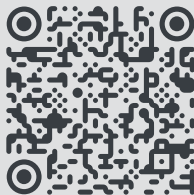
#### TAREAS PARA CASA

- Lista de motivos por los que fuma y por los que quiere dejar de fumar.
- Búsqueda y elección de un cómplice.

#### MATERIAL PARA PACIENTES

(Disponible en el botón Airbot)

- Beneficios de dejar de fumar.
- Mitos sobre el tabaco.
- Motivos para dejar de fumar.





- **Dar pautas de desautomatización.** Por ejemplo: no fumar en ayunas, no fumar en cuanto le apetezca, a lo largo de la semana elegir al menos tres lugares o situaciones en los que solía fumar e ir cambiándolos, mantener el tabaco lejos de su alcance y cambiar de marca de tabaco pueden ser algunos ejemplos de cómo cambiar sus rutinas.
- **Técnicas psicológicas:**
  - **Resolución de problemas.** Se trata de identificar el problema que le puede causar malestar y buscar recursos para afrontarlo.
  - **Control de estímulos.** Existen multitud de señales externas e internas asociadas a la conducta de fumar y que se repiten de manera automática en el tiempo. Se trata de identificarlos y una vez definidos, sustituir temporalmente los estímulos desencadenantes de la conducta de fumar por otros no asociados. Como, por ejemplo: cambiar el café por té o cambiar reposo en el sofá por paseo.
  - **Detención del pensamiento.** Es una técnica de autocontrol, cuyo objetivo es romper con aquellos pensamientos sobre el tabaco que pueden aumentar el riesgo de que vuelvas a fumar.
  - **Reestructuración cognitiva.** Consiste en identificar y cuestionar lo que pueden ser pensamientos erróneos, de modo que se puedan sustituir por otros más apropiados.
- **Ejercicios de respiración:** abdominal, clavicular o intercostal.
- **Explicación del tratamiento farmacológico:** qué es, para qué sirve y cómo se usa.
- **Pensar en darse un premio.**

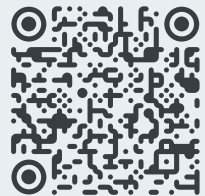
#### TAREAS PARA CASA

- **Autorregistro** (recalcar la importancia).
- **Comenzar pautas de desautomatización.**

#### MATERIAL PARA PACIENTES

(Disponible en el botón Airbot)

- **Hoja de autorregistro.**
- **Pautas de desautomatización.**
- **Hoja de explicación del tratamiento farmacológico,** si lo va a utilizar.



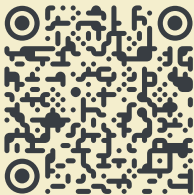
## VISITA 3

### LO QUE HACEMOS

*Enseñar habilidades de autocontrol y estrategias para superar la abstinencia y planificar el abandono del tabaco.*

### CUÁNDO

*1 día antes del cese.*



## 5.3 Visita 3: Preparando el día D

### OBJETIVOS

- Dotarles de estrategias y habilidades de autocontrol.
- Favorecer la superación del síndrome de abstinencia.
- Planificar el abandono.

### CONTENIDOS

- Revisión del autorregistro y puesta en común de los recursos utilizados.
- Repaso de las técnicas de autocontrol. Buscar recursos y alternativas al tabaco.
- Informar de la posible aparición de síntomas en relación con el síndrome de abstinencia, ayudar a identificarlos, haciendo hincapié en la brevedad de su duración y curso progresivamente descendente. Remarcar los riesgos de una sola calada esporádica. Entregar recomendaciones que ayuden a aliviar el síndrome de abstinencia.
- Repasar las técnicas de respiración y relajación.
- Incorporar rutinas saludables: Mantenerse activo y hacer ejercicio. Dieta variada y rica en fibra.
- Instrucciones para los primeros días sin fumar.

### TAREAS PARA CASA

- Dejar de fumar el día establecido (día D).
- Practicar técnicas de respiración y relajación y las alternativas al tabaco.
- Seguir recomendaciones para paliar el síndrome de abstinencia.
- Seguir pautas para los primeros días.

### MATERIAL PARA PACIENTES

(Disponible en el botón Airbot)

- Recomendaciones para afrontar el síndrome de abstinencia.
- Pautas para los primeros días sin fumar.
- Consejos dietéticos.



### Recomendaciones para paliar el síndrome de abstinencia

#### Deseo muy fuerte de fumar o craving

- Esperar y no ponerse nervioso, las *ganas de fumar* solo duran unos minutos, y cada vez serán menos intensas y frecuentes.
- Cambiar de lugar o situación.
- Respirar profundamente 2 o 3 veces seguidas.
- Practicar algún ejercicio de relajación.
- Beber agua, el agua fresca es un potente inhibidor de las ganas de fumar.
- Utilizar un chicle o caramelo sin azúcar.

#### Insomnio

- Evitar el café y otras bebidas estimulantes.
- Tomar infusiones relajantes (tila, poleo).
- Hacer más ejercicio. Intentar técnicas de relajación.
- Establecer una rutina de sueño.
- Limitar el uso de pantallas.

#### Cefalea

- Darse una ducha o baño templado.
- Utilizar alguna técnica de relajación: respiraciones, meditación...

#### Estreñimiento

- Consumir una dieta rica en fibra, beber mucha agua.
- Establecer horarios para ir al baño.

#### Dificultad de concentración

- No exigir un alto rendimiento durante 1 o 2 semanas.
- Evitar bebidas alcohólicas.
- Programar pautas de descanso.
- Hacer deporte y mantenerse activo.

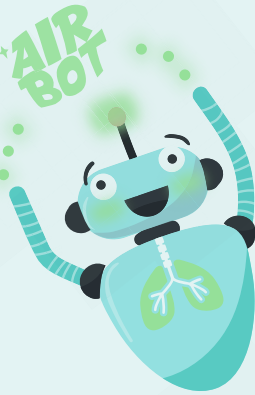
## VISITA 4

**LO QUE HACEMOS**

*Celebrar la abstinencia, afianzar habilidades, destacar avances y prevenir recaídas.*

**CUÁNDO**

*7 días después del cese.*

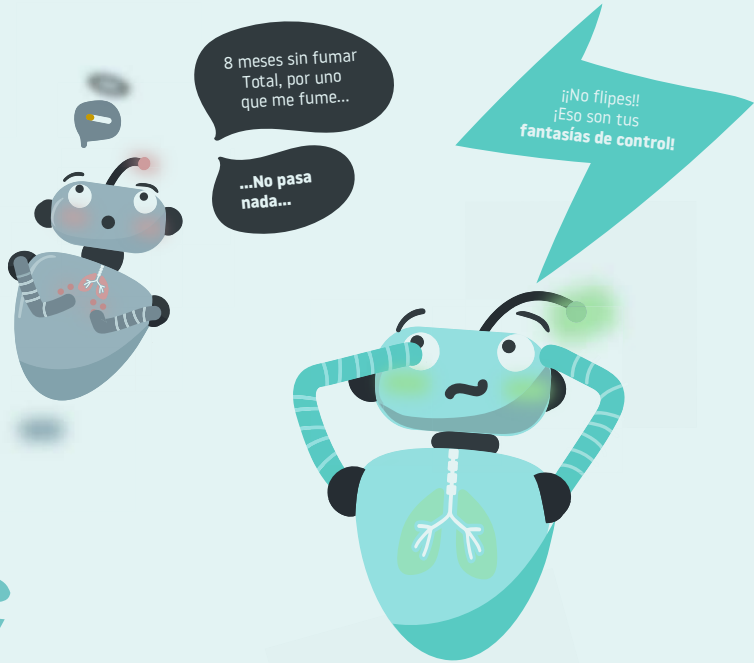


## 5.4 Visita 4: Ya no fumo. Prevención de recaídas.

- Reforzar la abstinencia.
- Felicitar por sus logros.
- Reforzar habilidades.
- Resaltar y fortalecer los cambios positivos logrados por cada persona al dejar de fumar.
- Prevenir y detectar recaídas.

## CONTENIDOS

- **Refuerzo de la abstinencia.** Felicitar por los logros.
- **Preguntar por las dificultades y síntomas del síndrome de abstinencia.**
- **Explicar las fases del proceso de abandono:** euforia, duelo, normalización y consolidación.
- **Identificar las situaciones de riesgo y planificar estrategias de afrontamiento,** visualizándose en esos escenarios para prepararse de manera efectiva.
- **Estrategias de prevención de recaídas:** evitar situaciones de riesgo, especialmente durante las primeras semanas; adoptar nuevos comportamientos, como realizar actividad física y ejercicios de relajación; cambiar actitudes, valorando positivamente el abandono del tabaco y reflexionando sobre los beneficios obtenidos; y solicitar ayuda en situaciones de riesgo, como cuando se presenta un aumento de peso o estados de ánimo negativos.
- Para mantenerse abstinentes a largo plazo, es fundamental **estar alerta ante las fantasías de control**, que son completamente falsas y muy engañosas. Expresiones como "*por uno no pasa nada*", "*solo unas caladas*" o "*únicamente algún cigarrillo de vez en cuando*" pueden llevar a recaídas.
- Realizar **Carboximetría y control de peso** si procediera.
- **Control y dudas sobre los tratamientos.**
- **Repasar ejercicios de respiración,** así como otras **técnicas de relajación,** y resolvermos cualquier duda que surja al respecto.



**AIR  
BOT**

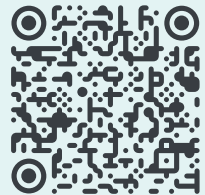
Mantenerse libre de tabaco a largo plazo requiere vigilancia, nuevas rutinas y una mentalidad positiva.

#### TAREAS PARA CASA

- Mantener la abstinencia.
- Practicar las habilidades aprendidas: respiración, actividades distractoras, alternativas al tabaco.
- Evitar o planificar las estrategias en las situaciones de riesgo en las próximas semanas.

#### MATERIAL PARA PACIENTES (Disponible en el QR)

- Prevención de recaídas.
- Actuación ante una recaída.
- Excusas y autoengaños diversos que nos pueden hacer volver a fumar.





## VISITAS SUCESIVAS

### LO QUE HACEMOS

*Reforzar la abstinencia, consolidar habilidades, celebrar avances y prevenir recaídas en cada etapa.*

### CUÁNDO

*Al mes del día D  
3 y 6 meses y al año.*

## 5.5 Visita 5 y sucesivas: Seguimiento a largo plazo

### OBJETIVOS

- Reforzar la abstinencia.
- Reforzar habilidades y cambios positivos.
- Prevenir y detectar recaídas.

### CONTENIDOS

- **Motivar y reforzar la abstinencia**, estrategias de afrontamiento y autocontrol.
- **Preguntar sobre las dificultades**, escuchar atentamente y resolver los problemas que puedan haber surgido, como el aumento de peso, la tristeza u otros desafíos emocionales.
- Fortalecer la actitud de alerta frente a posibles situaciones de riesgo.
- **Promover hábitos saludables**: ejercicio físico, alimentación sana.
- **Control y dudas de tratamientos** mientras los tome.
- **Dotar de conocimientos y reforzar habilidades** que permitan un enfoque positivo en caso de recaída.
- Las **consultas de seguimiento** a los 3, 6 meses y al año pueden ser realizadas de forma presencial, telefónica o telemática.

### ¿Qué hacer ante una recaída?

- **No culpabilizar**. Forma parte del proceso de abandono del tabaco.
- **Analizar los motivos de recaída** y profundizar en ella: dónde fue, con quién estaba, qué pensamientos y sentimientos le acompañaron. Reconocer el problema ayuda a solucionarlo.
- **Animar a hacer un nuevo intento lo antes posible**.



6

## Tratamiento farmacológico

Las guías de práctica clínica recomiendan a los profesionales a sanitarios ofrecer tratamiento farmacológico a los fumadores que desean dejar de fumar, salvo en casos donde esté contraindicado o en poblaciones específicas sin datos suficientes de eficacia

La eficacia de este tratamiento se incrementa significativamente cuando se combina con una intervención conductual de base, la cual es esencial en el abordaje del tabaquismo. Se ha demostrado que los fármacos duplican la tasa de éxito del tratamiento estándar. Mientras que la tasa de abandono sin intervención se sitúa en torno al 5%, el tratamiento farmacológico la eleva al 10%. Por su parte, la intervención conductual puede aumentar esta cifra hasta el 15%, y su combinación con fármacos mejora las probabilidades de éxito, superando el 30%.



El uso de tratamiento farmacológico reduce los síntomas del síndrome de abstinencia, aumenta las tasas de éxito y ayuda a prevenir recaídas.

### ¿En qué nos basamos para elegir el tratamiento?

Fundamentalmente nos basamos en la evidencia científica, experiencia previa, enfermedades previas del fumador, condiciones de embarazo y lactancia, efectos adversos y contraindicaciones de los fármacos.

### ¿Cuáles son los fármacos eficaces?

Se consideran fármacos de primera línea: Bupropión, Citisiniclina, Vareniclina y la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) que en España se encuentra en presentaciones de parches, chicles, comprimidos y spray bucal.

### ¿Qué fármaco es más eficaz?

La TSN, bupropión, vareniclina y citisiniclina han demostrado que son más eficaces que placebo. El bupropión y el parche de nicotina duplicarían las posibilidades de abandono frente a placebo y la vareniclina casi las triplicaría. La citisiniclina parece tener una eficacia similar a la vareniclina. Sin embargo, la vareniclina no fue más eficaz que la terapia sustitutiva combinada, es decir, el empleo de parche con nicotina acompañado de una formulación de liberación rápida como el chicle, el comprimido o el spray bucal de nicotina (Ver tabla).

### Comparativa entre los diferentes tratamientos farmacológicos del tabaquismo

Tratamientos	Risk ratio IC 95%
Vareniclina vs. placebo	2,32 (2, 15-2,51)
Citisiniclina vs. placebo	1,30 (1, 15-1,47)
Vareniclina vs. bupropión	1,36 (1, 25-1,49)
Vareniclina vs. TSN	1,25 (1, 14-1,37)
Vareniclina vs. TSN combinada	1,02 (0,87-1,20)
Vareniclina vs. cigarrillo electrónico	3,25 (1,21-8,71)
Citisiniclina vs. TSN	1,43 (1,13-1,80)
Citisiniclina vs. vareniclina	1,00 (0,79-1,26)
TSN vs. placebo	1,55 (1,49-1,61)
TSN combinada vs. TSN simple	1,27 (1,17-1,37)
Bupropión vs. placebo	1,60 (1,49-1,72)
Bupropión vs. TSN combinada	0,74 (0,55-0,98)
Bupropión vs. TSN simple	1,03 (0,93-1,13)

## Criterios de financiación de los tratamientos para dejar de fumar.

El Ministerio de Sanidad estableció las siguientes condiciones para la financiación de fármacos destinados a cesación tabáquica:

- ✓ **Inclusión en un programa de apoyo.** Los pacientes deben participar en un programa de cesación tabáquica, ya sea individual o grupal, implementado por la comunidad autónoma, INGESA o mutualidades.
- ✓ **Motivación y antecedentes.** Se requiere que los pacientes tengan una motivación expresa para dejar de fumar, evidenciada por al menos un intento de cesación en el último año.
- ✓ **Nivel de dependencia.** Los pacientes deben **consumir 10 o más cigarrillos al día** y presentar un alto nivel de dependencia, determinado por una puntuación igual o superior a 7 en el **test de Fagerström**.
- ✓ **Límite de intentos financiados.** Se financia un **intento anual por paciente** para dejar de fumar con apoyo farmacológico.
- ✓ **Prescripción médica.** La prescripción de estos medicamentos está restringida a los profesionales sanitarios designados en el programa de cesación tabáquica de cada comunidad autónoma, INGESA o mutualidad.
- ✓ **Dispensación y seguimiento.** Cada prescripción corresponde a un solo envase. Antes de emitir una nueva receta, se debe evaluar la efectividad del tratamiento.
- ✓ **Duración del tratamiento.** La duración máxima del tratamiento financiado es de un envase para la citisiniclina, de 7 a 9 semanas para bupropión y hasta 12 semanas para vareniclina, según indicaciones de la ficha técnica de cada medicamento.
- ✓ **Sistema de receta electrónica.** La dispensación de estos medicamentos se realiza a través del sistema de receta electrónica del Sistema Nacional de Salud.



Los fármacos que disponen de mayor evidencia científica son la **TSN, vareniclina, citisiniclina y bupropión**.



### **6.1. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)**

La TSN consiste en la administración de nicotina por una vía distinta a la del consumo de cigarrillos. Las personas fumadoras suelen presentar concentraciones plasmáticas de nicotina entre 10 y 40 ng/ml. Ninguna de las modalidades de TSN genera picos de nicotinemía tan elevados ni tan rápidos como los que se obtienen con el cigarrillo (la nicotina inhalada tarda en alcanzar el sistema nervioso central entre 7 y 10 segundos); sin embargo, se logran niveles superiores a 10 ng/ml, suficientes para mantener una ocupación significativa de los receptores nicotínicos y reducir notablemente la aparición de síntomas de abstinencia.

#### **Mecanismo de acción**

La nicotina actuaría estimulando los receptores nicotínicos en el área tegmental ventral, liberando dopamina en el núcleo accumbens. Esta y otras acciones de la nicotina podrían disminuir los síntomas de abstinencia en las personas fumadoras, los efectos reforzadores de los cigarrillos y algunos efectos relacionados con el abandono del tabaco como la ganancia de peso o los cambios en el estado de ánimo.

La combinación de TSN, es decir, la utilización de un preparado de liberación sostenida como el parche, con uno de liberación rápida como chicle, comprimido o spray bucal, sería más eficaz que cada uno de ellos por separado e igualaría la eficacia de la vareniclina.

## Formas farmacéuticas de TSN disponibles en España

### A. Vía transdérmica. Parches de Nicotina

Se trata de un dispositivo de administración transdérmica que libera nicotina de forma lenta y continua, permitiendo que se alcancen niveles de nicotina en sangre (nicotinemias) estables. Los niveles terapéuticos se alcanzan a las 2-4 horas.

Disponemos de parches de 24 y de 16 horas. Los de 24 horas liberan dosis de 21, 14 y 7 mg de nicotina y se colocan, a partir del día que se deja de fumar, por la mañana y se retiran al día siguiente. Los parches de 16 horas liberan dosis de 15 y 10 mg de nicotina y se colocan preferiblemente por la mañana y se retiran por la noche.

#### Normas de correcta utilización

- Airearlo antes de su uso, para evitar los efectos irritantes de los alcoholes del pegamento.
- Los parches se deben aplicar una vez al día, a la misma hora cada día, preferiblemente después de levantarse.
- Colocar sobre una zona de piel limpia, seca y sin vello como la cara anterior del antebrazo, cadera y tronco.
- Evitar zonas grasas como las mamas, nalgas y muslos, donde la absorción del fármaco será mucho más errática.
- Evitar aplicar sobre piel lesionada, enrojecida o irritada.
- Se recomienda cambiar diariamente la región donde se aplica el parche, no repetir hasta pasados 7 días.

No se han encontrado diferencias de eficacia entre los parches de 16 y 24 h, la elección de unos o de otros deberá basarse en el criterio del terapeuta en función del patrón de persona fumadora, preferencias o existencia previa de insomnio importante (en cuyo caso se utilizarían los de 16 horas).



La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) ofrece una forma segura y controlada de administrar nicotina que permite disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia sin mantener la adicción.

#### PARCHES DE NICOTINA / Pauta habitual

Parches de 24 h		Parches de 16 h	
mg	semanas	mg	semanas
21 mg	4	15 mg	4
14 mg	2	10 mg	4
7 mg	2	-	-

**AIR  
BOT**

Los parches de nicotina tienen la ventaja de su comodidad y facilidad de uso y mantener unos niveles estables de nicotina en sangre.



Los parches deben de ser utilizados durante un periodo mínimo de 6-8 semanas. Las pautas más prolongadas, de incluso 16 semanas, no parece ser más eficaces. En casos de personas fumadoras muy dependientes o de muchos cigarrillos al día, es conveniente individualizar la pauta.

#### ¿Se pueden utilizar antes de la fecha de abandono?

La precarga consiste en comenzar a ponerse los parches días o semanas antes del día D con el objetivo de disminuir la satisfacción de fumar.

#### Efectos adversos

Los efectos secundarios más frecuentes son: picor, eritema, sensación de quemazón y hormigueo en la zona de aplicación del parche (hasta en el 35% de los pacientes), raramente se observa edema. Estas reacciones se minimizan rotando el sitio de aplicación. También pueden producir trastornos del sueño: insomnio (12%) y sueños anormales (5%); quizá aparezcan más con los parches de 24 horas, aunque hay que tener presente que los trastornos de sueño también son sintomatología frecuente de la abstinencia tabáquica. Con menor frecuencia se encuentran la cefalea (4%), náuseas (4%) y vértigo (4%) y aún menos frecuentes son dispepsia, parestesias, tos y palpitaciones.

#### Contraindicación específica

Algunas patologías dérmicas extensas.

## B. Vía oral (formas de TSN de absorción rápida).

### 6.1.1. Chicles de nicotina

Disponemos de chicles de 2 y 4 mg. La absorción de la nicotina se debe hacer en la boca y el café, los zumos y bebidas ácidas dificultan su absorción, por lo que no deben tomarse al menos 15 minutos antes de utilizar el chicle. Cada chicle se debe utilizar durante 15-20 minutos.



#### ¿Cómo utilizarlos?

Uno de los principales problemas con el tratamiento con chicles de nicotina es su uso de forma incorrecta, empleándolos como un chicle convencional. Por ello, debemos instruir al paciente sobre cómo usarlos de manera correcta.

El paciente debe introducir la pieza de chicle en la boca y masticarla lentamente hasta que perciba un fuerte sabor picante o amargo de nicotina (indica que la nicotina comienza a liberarse).

En ese momento, se detiene la masticación y se aparta la pieza de chicle entre la mejilla y las encías, esperando a que el sabor desaparezca (señal de que la nicotina que había sido liberada del chicle ya ha sido absorbida), algo que sucede en pocos minutos. Cuando esto ocurra, se vuelve a masticar hasta que de nuevo sienta el sabor picante o amargo en la boca.

Los chicles pueden utilizarse a demanda (cuando surge un craving intenso o en situaciones de alto riesgo de recaída) o en pautas fijas a lo largo de 2 o 3 meses con disminución progresiva de la cantidad. Con más frecuencia se utilizan como complemento a una pauta estándar de parches, en este caso se usan a demanda.

#### Efectos adversos

Los efectos adversos que con mayor frecuencia se asocian al consumo del chicle de nicotina son los siguientes: hipo, náuseas, flatulencia, molestias dentarias, dolor en la articulación temporomandibular, sequedad y mal sabor de boca, dolor de boca o garganta, úlceras en la boca y dolor en el epigastrio.

#### CHICLES DE NICOTINA / Pauta fija

Dosis	Nº máximo de chicles al día	Posología orientativa
2 mg	24	1 y 2ª semana: A demanda
4 mg	15	3ª y 4ª semana: 1 chicle cada 2 horas
		5ª y 6ª semana: 1 chicle cada 4 horas
		7ª y 8ª semana: Solo si deseos intensos de fumar



Los chicles y los comprimidos para chupar tienen la ventaja de cubrir el componente bucal y la posibilidad de administrarlos a demanda o en combinación.



### 6.1.2 Comprimidos de nicotina

Comercializados en España en el año 2002 en presentaciones de 1, 1,5, 2 y 4 mg., siendo los más utilizados los comprimidos de 1 mg y 2 mg que equivalen a los chicles de 2 mg y 4 mg respectivamente.

#### ¿Cómo utilizarlos?

Se utilizan de la misma manera que el chicle, pero en lugar de masticar dejaremos que el comprimido se disuelva en la boca. Es igual de importante instruir al paciente para a su uso correcto.

#### Efectos adversos

En general son bien tolerados, se han descrito como efectos adversos: aumento de la salivación, irritación de garganta y ligeros trastornos digestivos. Suelen ser leves, suceden al inicio del tratamiento y suelen mejorar al disolver el comprimido de manera más lenta. Comparte resto de contraindicaciones con los chicles y aquí sí que podemos recomendarlos a pacientes con problemas articulación temporo-mandibular y portadores de prótesis dental.

#### COMPRIMIDOS DE NICOTINA / Pauta fija

Dosis	Nº comprimidos al día	Posología orientativa
1 mg	15 comprimidos	1 comprimido de 1 mg cada 1.5 a 2 horas (respetando las horas de sueño) • Duración: 8 a 12 semanas. • Reducir la dosis de manera progresiva a partir de la 6ª - 8ª semana
1.5 mg		
2 mg		
4 mg		



### 6.1.3 Spray de nicotina

Es un spray que libera 1 mg de nicotina en cada pulverización bucal. En 30 segundos alivia las ganas de fumar.

#### ¿Cómo utilizarlo?

- 1 pulsación = 1 mg de nicotina.
- Preparación del dispositivo: Apuntar con la boquilla hacia un lugar seguro. Disparar 3 pulverizaciones. Si no se utiliza en varios días se repetiría la operación la primera vez.
- Apuntar la boquilla hacia la boca abierta a poca distancia.
- Presionar firmemente la parte superior del dispensador efectuando una pulverización dentro de la boca, evitando el contacto con los labios.
- No inhalar al utilizarlo para evitar la entrada del medicamento en el aparato respiratorio.
- No tragar saliva durante varios segundos para que los resultados sean óptimos.

**AIR  
BOT**

El spray bucal de nicotina ofrece una absorción rápida y alivio en pocos minutos del deseo de fumar.

#### ESPRAV DE NICOTINA / Pauta habitual

Dosis	Nº pulverizaciones	Posología orientativa
1 mg	Máximo 4 pulv. / hora Máximo 64 pulv. / día	1ª a 6ª semana: 1- 2 pulvs. cuando tenga ganas de fumar. 7ª a 9ª semana: Disminuir pulverizaciones al 50%. 10ª a 12ª semana: Disminuir hasta suspenderlas.

## Pauta de TSN combinada



**AIR  
BOT**

¿Qué TSN  
es más eficaz?  
Todas las formas  
de TSN son igual de  
eficaces utilizadas  
de forma correcta.

### C. Terapia combinada con Nicotina (parches + forma oral)

La terapia combinada consiste en la combinación de dos sistemas de TSN con diferente velocidad de liberación de nicotina. Uno de ellos (siempre el parche) liberará lentamente la sustancia, manteniendo unos niveles en sangre más o menos estables y el otro sistema será de liberación rápida, lo que permitirá obtener picos de nicotemia elevados en los momentos de *craving*.

#### Contraindicaciones generales de la TSN

Úlcera gastroduodenal activa, hipertensión arterial no controlada, infarto agudo de miocardio o ACV reciente (menos de 4 semanas). Este tipo de contraindicaciones son relativas, ya que lo que realmente está contraindicado en estos casos sería fumar.

Los chicles y los comprimidos para chupar tendrían la ventaja de cubrir un componente bucal (la necesidad de tener algo en la boca) y la posibilidad de administrarlos a demanda (cuando la persona fumadora sienta deseo de fumar) o en combinación con parches u otro tratamiento para dejar de fumar.

Por su parte, el spray bucal incorpora un componente manual significativo y puede utilizarse tanto a demanda como en asociación con parches u otros enfoques terapéuticos.

## 6.2 Vareniclina

La vareniclina es un agonista parcial de los receptores nicotínicos  $\alpha 4\beta 2$  de la acetilcolina. Su eficacia tiene que ver con su actividad agonista-antagonista en los receptores nicotínicos cerebrales, especialmente los del núcleo accumbens. Gracias a este efecto, por un lado, apetece menos fumar y, por otro, los cigarrillos resultan menos gratificantes.

Se administra por vía oral, lo que le confiere una alta biodisponibilidad. Se elimina renalmente, con una metabolización hepática mínima (alrededor del 8%), lo que reduce significativamente el riesgo de interacciones clínicas.

### Formas de presentación:

Primer envase:

0,5 mg + 1 mg (53 comprimidos)

Segundo y tercer envase:

1 mg (56 comprimidos)

### ¿Cómo tomar la vareniclina?

Se pueden utilizar dosis menores: 1 mg al día o 0.5 mg dos veces al día, que se ha demostrado que son eficaces y que puede ser útil en casos de mala tolerancia a la medicación.

Solo es necesario ajustar la dosis de la vareniclina en casos de insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min).



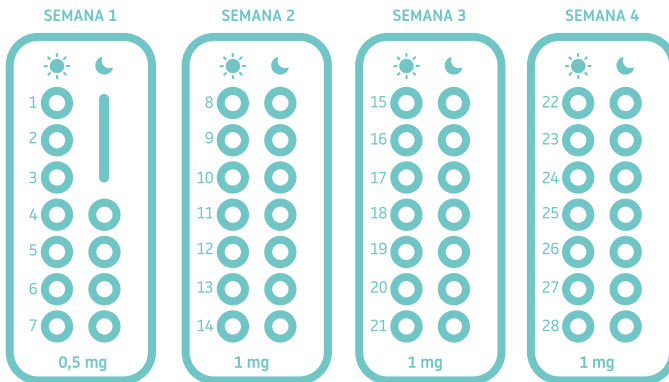
Los fármacos orales como vareniclina, citisiniclina y bupropión reducen los síntomas de abstinencia actuando sobre los receptores nicotínicos cerebrales.

### VARENICLINA / Posología recomendada

Días de tratamiento	Dosis	Utilización
Del día 1 al 3	0,5 mg	1 vez al día
Del día 4 al 7	0,5 mg	2 veces al día
Del día 8 al final del tratamiento	1 mg	2 veces al día

Se puede fumar los 7 primeros días de tratamiento. Se recomienda ingerir el comprimido con un gran vaso de agua y con el estómago lleno.

## Formas de presentación de vareniclina



**Primer envase:** vareniclina 0,5 mg + 1 mg (53 comprimidos)  
**Segundo y tercer envase:** vareniclina 1 mg (56 comprimidos)

La duración del tratamiento es de 12 semanas. Su uso combinado con formas de TSN de acción corta (chicles, comprimidos y spray) se tolera bien y podría ser empleado en la práctica clínica.

También es importante saber que continuar con el tratamiento, pese a presentar consumos puntuales iniciales, puede ayudar a obtener mayores tasas de abstinencia.

### Efectos adversos

Es un fármaco bien tolerado, y como efectos adversos más frecuentes tendremos en cuenta las náuseas (25-30% de los pacientes), cefalea, insomnio, sueños anormales, estreñimiento y flatulencia, vómitos, diarrea, dispepsia, sequedad de boca,

somnolencia, aumento del apetito, mareos y disgeusia.

La mayor parte de los efectos secundarios son dosis-dependientes. La reducción a 1 mg/día (en una sola toma o en dos tomas de 0,5 mg) reduce o elimina alguno de los síntomas.

### Contraindicaciones

La única contraindicación existente es la hipersensibilidad a vareniclina y en caso de insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina menor de 50 ml/min), se aconseja no superar la dosis de 1 mg.

No existe ninguna evidencia acerca de la relación causal entre la prescripción de medicación para dejar de fumar y el agravamiento de sintomatología psiquiátrica.

### 6.3. Citisiniclina

La citisiniclina es un alcaloide natural que actúa como agonista parcial de los receptores nicotínicos, en particular del subtipo  $\alpha 4\beta 2$  aliviando los síntomas de abstinencia y reduciendo el deseo de fumar. Además, al competir con la nicotina por el mismo sitio de unión, disminuye los efectos gratificantes del tabaco. Su eliminación es renal (90-95%) y no presenta metabolización hepática.

#### ¿Cómo tomar la citisiniclina?

La duración habitual del tratamiento es de 25 días, los 4 primeros días está permitido fumar y a partir del 5º día debe abandonar el consumo de tabaco, puesto que seguir fumando podría empeorar las reacciones adversas debidas sobre todo a la nicotina.

#### Efectos adversos

Normalmente los efectos secundarios son leves y desaparecen solos. Los más frecuentes son: náuseas y vómitos, boca seca, alteración del gusto, mareos, cefaleas, mialgias, astenia, trastornos de frecuencia cardiaca, hipertensión, cambios de humor y trastornos del sueño.

#### Advertencias

- Fumar o usar productos con nicotina simultáneamente puede provocar reacciones adversas a la nicotina más graves (Deberían dejar de fumar a más tardar al 5º día de inicio del tratamiento con citisiniclina).
- Evitar en insuficiencia renal o hepática (no experiencia clínica).
- Evitar en menores de 18 años y mayores de 65 (escasa experiencia).
- Evitar con fármacos antituberculosos.
- Puede reducir eficacia de anticonceptivos orales, aconsejar utilizar un método de barrera.

#### Contraindicaciones

Hipersensibilidad al principio activo, angina inestable, antecedentes de infarto de miocardio reciente, arritmias con relevancia clínica, antecedente reciente de accidente cerebrovascular, embarazo y lactancia.

#### CITISINICLINA / Posología recomendada

Días de tratamiento	Dosis/comprimidos	Dosis diaria máxima
Del día 1 al 3	1 cada 2 horas	6
Del día 4 al 12	1 cada 2,5 horas	5
Del día 13 al 16	1 cada 3 horas	4
Del día 17 al 20	1 cada 5 horas	3
Del día 21 al 25	1-2 al día	Hasta 2 comprimidos

## 6.4 Bupropión

Es un fármaco que se usa también como antidepresivo desde hace muchos años. Su mecanismo de acción no se conoce totalmente. Se cree que actúa como:

- Antagonista no competitivo de los receptores nicotínicos disminuyendo el refuerzo positivo asociado con el consumo de cigarrillos y hace que fumar sea menos gratificante.
- Inhibiendo la recaptación de dopamina asociada con la sensación de placer y recompensa, lo que ayuda a mitigar la necesidad de nicotina al simular los efectos placenteros de fumar.
- Inhibiendo la recaptación de noradrenalina lo que ayuda a mejorar el estado de ánimo y reducir los síntomas de abstinencia como irritabilidad y ansiedad.

### ¿Cómo tomar el bupropión?

Como ocurría con la vareniclina el tratamiento se comienza 1 o 2 semanas antes de la fecha de dejar de fumar.

La duración del tratamiento es de 7 a 9 semanas.

Aunque la pauta estándar del bupropión es de 150 mg dos veces al día, los resultados a largo plazo de la dosis de solo 150 mg al día son similares, por lo que

un solo comprimido diario podría ser una opción de tratamiento.

### Efectos adversos

El efecto adverso de mayor relevancia es la aparición de crisis convulsivas, por lo que se debe usar con precaución en pacientes con antecedentes o riesgo de convulsiones. El efecto secundario más frecuente es el insomnio.

Otros efectos menos frecuentes son: cefalea, sequedad de boca y alteraciones sentido del gusto, reacciones cutáneas/hipersensibilidad, temblor, cefalea, alteración de la concentración, vómitos, dolor abdominal, agitación, ansiedad, vértigos, depresión, tristeza, boca seca, estreñimiento, rash, prurito, sudoración, urticaria y fiebre.

### Contraindicaciones

Pacientes epilépticos, antecedentes de convulsiones o tumor del sistema nervioso central, bulimia y anorexia nerviosa, antecedentes de trastorno bipolar, cirrosis hepática, diabéticos con riesgo hipoglucemias, uso concomitante con IMAO y personas en proceso de deshabitación brusca del alcohol o de retirada repentina de cualquier medicamento que esté asociado con riesgo de convulsiones.

### BUPROPIÓN / Posología recomendada

Días de tratamiento	Dosis/comprimidos	Cuándo tomar
Del día 1 al 6	1	Por la mañana
Del día 7 al final	1	2 al día, separadas al menos por 8 horas

\* Se puede fumar los 7 primeros días de tratamiento.  
Se recomienda ingerir el comprimido con un gran vaso de agua y con el estómago lleno.



### Otras terapias combinadas

El uso de terapias combinadas con más de un fármaco está indicado en fumadores con una alta dependencia, aquellos que no han logrado dejar de fumar con un tratamiento único y en personas con trastornos mentales graves o antecedentes de abuso de sustancias.

Las combinaciones que resultaron más efectivas son las siguientes:

- ✓ Parche de nicotina + TSN de acción corta.
- ✓ Vareniclina + Parche nicotina.
- ✓ Vareniclina + Bupropion.

### Seguridad de los fármacos para dejar de fumar

La principal preocupación con la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) ha sido su posible impacto cardiovascular, dado que puede aumentar la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Sin embargo, a diferencia del tabaco, no posee efectos trombóticos ni proagregantes y provoca una menor estimulación simpática. Se recomienda precaución en la fase inmediata tras un infarto de miocardio, ya que algunos ensayos clínicos excluyeron su uso en las dos semanas posteriores al evento. No obstante, el uso de parches de nicotina tras un síndrome coronario agudo ha demostrado ser seguro tanto a corto como a largo plazo.



Recordar:  
Los fármacos aprobados para la cesación tabáquica (TSN, vareniclina, citisiniclina y bupropión) son seguros y eficaces con beneficios que superan ampliamente los riesgos.



En 2008, la FDA alertó sobre una posible asociación entre el uso de vareniclina y la aparición de ideación o eventos suicidas. Sin embargo, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios observacionales de cohortes y el ensayo clínico EAGLES, con más de 8000 pacientes, no han encontrado evidencia que relacione TSN, vareniclina o bupropión con efectos neuropsiquiátricos adversos.

También la seguridad cardiovascular de la vareniclina ha estado en entredicho. En el estudio EAGLES, algunos pacientes accedieron a continuar seguimiento durante un año para conocer resultados sobre eventos cardiovasculares, tampoco hubo diferencias entre las distintas ramas de tratamiento, si bien los eventos totales fueron escasos.

Revisiones Cochrane (2023) confirman que la citisiniclina tiene un perfil de seguridad comparable a vareniclina, con menos eventos adversos graves reportados y eficacia similar.



7

## Tratamiento de nuevos productos de tabaco y nicotina y en poblaciones especiales

La aparición de nuevos productos de tabaco y nicotina, como cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentado, junto con las necesidades específicas de poblaciones vulnerables, plantea nuevos desafíos para los profesionales de la salud. Este apartado tiene como objetivo ofrecer una guía práctica y actualizada sobre los tratamientos disponibles para el abandono del tabaquismo, con un enfoque en fumadores de productos emergentes y en poblaciones especiales.



Los nuevos productos de tabaco y nicotina son la puerta de entrada a nuevos adictos, perpetúan la adicción a la nicotina y los profesionales no los debemos indicar como ayuda para dejar de fumar.



### 7.1 Tratamiento de nuevos productos de tabaco y nicotina

El consumo de nuevas formas de tabaco y productos de nicotina ha aumentado, y más de una cuarta parte de sus usuarios que acuden a consulta manifiestan su intención de abandonarlos.

El abordaje terapéutico se centrará en informar sobre los daños que estos productos pueden causar, aclarando que no constituyen una estrategia eficaz para la reducción del daño del tabaco. Su uso prolonga la dependencia de la nicotina, dificulta el abandono del tabaquismo y aumenta el riesgo de recaídas.

El tratamiento incluirá terapia cognitivo-conductual junto con apoyo farmacológico mediante terapia sustitutiva con nicotina (TSN), vareniclina, citisiniclina o bupropión. Según la revisión de la literatura, la vareniclina es el fármaco más estudiado en este grupo de consumidores.

### 7.2 Embarazo

La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de primera elección para la cesación tabáquica en mujeres embarazadas. En caso de no lograr el abandono del tabaco, se puede considerar el uso de terapia sustitutiva con nicotina (TSN) de acción corta (chicles o comprimidos de nicotina), ya que el riesgo



asociado al consumo de tabaco durante el embarazo es significativamente mayor que el derivado del uso de nicotina farmacológica.

La Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) recomienda la TSN en mujeres embarazadas que no han logrado dejar de fumar con terapia cognitivo-conductual. No existe suficiente evidencia sobre la seguridad y eficacia de vareniclina, citisiniclina o bupropión en esta población.

### 7.3 Adolescentes

Los adolescentes y menores de 18 años suelen estar excluidos de los ensayos clínicos, por lo que la decisión de utilizar tratamiento farmacológico debe ser individualizada. Algunos estudios sugieren que el bupropión podría ser más eficaz que placebo en este grupo etario. Sin embargo, no se dispone de datos concluyentes sobre la efectividad de la TSN, vareniclina o citisiniclina en adolescentes.

### 7.4 Personas fumadoras de menos de 10 cigarrillos

Existen pocos estudios o ensayos en este grupo de personas fumadoras. La vareniclina parece ser el fármaco más efectivo en este grupo, mientras que, si se opta por TSN, se recomienda el uso de parches de 14 mg como estrategia terapéutica.

**AIR  
BOT**

El tratamiento en poblaciones especiales requiere enfoques personalizados con el objetivo de maximizar la eficacia y minimizar riesgos.

### **7.5 Pacientes con enfermedad mental**

En pacientes con depresión, se ha demostrado la eficacia de la TSN, vareniclina y bupropión para la cesación tabáquica. Sin embargo, el uso de bupropión no está recomendado en pacientes con trastorno bipolar debido al riesgo de desestabilización del estado de ánimo.

En individuos con enfermedad mental grave, diversos estudios han evidenciado la eficacia de la vareniclina, especialmente en pacientes con esquizofrenia, donde ha mostrado una mayor efectividad en comparación con el bupropión, aunque similar a la TSN.

### **7.6 Pacientes con enfermedad cardiovascular**

En pacientes con enfermedad cardiovascular estable, la TSN, el bupropión y la vareniclina han demostrado ser eficaces a medio y largo plazo sin asociarse con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares adversos.

### **7.7 Pacientes con EPOC**

En fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la primera línea de tratamiento recomendada es la vareniclina o la combinación de TSN. El bupropión y la citisiniclina pueden considerarse como opciones de segunda línea en estos pacientes.

### **7.8 Pacientes hospitalizados**

El uso de TSN en combinación con terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser una estrategia eficaz y segura en pacientes hospitalizados, especialmente cuando se realiza un seguimiento posterior en las primeras cuatro semanas tras el alta. La vareniclina en monoterapia también ha mostrado eficacia en este contexto, mientras que no hay suficiente evidencia sobre la efectividad de la citisiniclina y el bupropión en pacientes hospitalizados.

### **7.9 Diferencias de género**

Los tratamientos de primera línea, incluyendo la TSN, la vareniclina y el bupropión, han demostrado ser más eficaces que el placebo tanto en hombres como en mujeres. En los hombres, la eficacia de la TSN, la vareniclina y el bupropión es similar, mientras que en las mujeres la vareniclina ha mostrado una mayor efectividad en comparación con la TSN y el bupropión.

# Bibliografía

Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al. Grupo Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2022 [PAPPS expert group: Lifestyle recommendations]. Aten Primaria. 2022 Oct;54 Suppl 1(Suppl 1):102442.

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017;3(3):CD001292. Published 2017 Mar 31. doi:10.1002/14651858.CD001292.pub3.

Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;2013(5):CD000165. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4. PMID: 23728631; PMCID: PMC7064045.

Jorenby DE, Fiore MC. The Agency for Health Care Policy and Research smoking cessation clinical practice guideline: basics and beyond. Prim Care. 1999 Sep;26(3):513-28. doi: 10.1016/s0095-4543(05)70115-9. PMID: 10436285).

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update - NCBI Bookshelf [Internet]. [citado 3 de marzo 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>.

Jiménez Ruiz CA, Jaén CR, et al. Guía de tratamiento del tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.

Miller, WR, Rollnick S. (2015). La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar.(3ª ed). Barcelona: Paidós

Camarelles F, Barchilon V, Clemente L, Iglesias JM, Martín C, Minué C, et al. Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo y productos relacionados. Barcelona: semFYC; 2024.

Marlatt GA y Gordon JR. Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of

addictive behaviours. Nueva York: The Guilford Press; 1985.

Secades, R. Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. Psicothema 1997; 9: 259-70.

Rábade-Castedo C, Granda-Orive JI, Riesco-Miranda JA, Higes-Martínez E, Ramos-Pinedo A, Cabrera-César E, Signes-Costa J, García M, Pastor-Esplá E, Jiménez-Ruiz C. Clinical Practice Guideline of Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) on Pharmacological Treatment of Tobacco Dependence 2023. Arch Bronconeumol. 2023;59:651-61.

Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 31 de 2018;5:CD000146.

Theodoulou A, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J, et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 19 de junio de 2023 [citado 11 de abril de 2024];2023(6). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013308.pub2>.

Livingstone-Banks J, Fanshawe TR, Thomas KH, Theodoulou A, Hajizadeh A, Hartman L, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 28 de junio de 2023 [citado 11 de abril de 2024];2023(6). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006103.pub9>.

De Santi O, Orellana M, Di Niro CA, Greco V. Evaluation of the effectiveness of cytosine for the treatment of smoking cessation: A systematic review and metaanalysis. Addiction [Internet]. abril de 2024 [citado 11 de abril de 2024];119(4):649-63. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.16399>.

Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet Lond Engl*. 18 de junio de 2016;387(10037):2507-20.

Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, Prochazka AV, Westman EC, Steele BG, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med*. 12 de diciembre de 1996;335(24):1792-8.

Meine TJ, Patel MR, Washam JB, Pappas PA, Jollis JG. Safety and effectiveness of transdermal nicotine patch in smokers admitted with acute coronary syndromes. *Am J Cardiol [Internet]*. abril de 2005 [citado 18 de abril de 2024];95(8):976-8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002914905001220>.

Benowitz NL, Pipe A, West R, Hays JT, Tonstad S, McRae T, et al. Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med [Internet]*. 9 de abril de 2018 [citado 20 de abril de 2024]; Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamainternmed.2018.0397>.

Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, Weaver NA, Petrie D, Mendelsohn CP, et al. Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA [Internet]*. 6 de julio de 2021 [citado 12 de diciembre de 2024];326(1):56. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2781643>.

Fouz-Rosón N, Montemayor-Rubio T, Almadana-Pacheco V, Montserrat-García S, Gómez-Bastero AP, Romero-Muñoz C, et al. Effect of 0.5 mg versus 1 mg varenicline for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Addict Abingdon Engl*. septiembre de 2017;112(9):1610-9.

Secades-Villa R, González-Roz A, García-Pérez Á, Becoña E. Psychological, pharmacological, and combined smoking cessation interventions for smokers with current depression: A systematic review and meta-analysis. Fleckenstein J, editor.

PLOS ONE [Internet]. 5 de diciembre de 2017 [citado 7 de julio de 2024];12(12):e0188849. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0188849>.

Peckham E, Brabyn S, Cook L, Tew G, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental ill health: what works? an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry [Internet]*. diciembre de 2017 [citado 7 de julio de 2019];17(1). Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1419-7>.

Thomas RH, Dalili MN, López-López JA, Keeney E, Phillipppo DM, Munafó MR, et al. Comparative clinical effectiveness and safety of tobacco cessation pharmacotherapies and electronic cigarettes: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, 117 (2022), pp. 861-876.

R. Claire, C. Chamberlain, M.-A. Davey, S.E. Cooper, I. Berlin, J. Leonardi-Bee, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 3 (2020), pp. CD010078.

T.R. Fanshawe, W. Halliwell, N. Lindson, P. Aveyard, J. Livingstone-Banks, J. Hartmann-Boyce. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*, 11 (2017), pp. CD003289.

Van Eerd EAM, Van der Meer RM, Van Schayck OCM, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016 (2016), pp. CD010744.

Rigotti NA, Clair C, Munafó MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 5 (2012), pp. CD001837.

Smith PH, Zhang J, Weinberger AH, Mazure CM, McKee SA. Gender differences in the real-world effectiveness of smoking cessation medications: Findings from the 2010–2011 Tobacco Use Supplement to the Current Population Survey. *Drug Alcohol Depend [Internet]*. septiembre de 2017 [citado 13 de marzo 2025];178:485-91. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871617303253>.



Principado de  
**Asturias**

Consejería  
de Salud



José Manuel Iglesias Sanmartín  
Raquel García García  
Unidad Especializada Tabaquismo Área IV

