



GUÍA de Actuación Farmacéutica a pie de mostrador

La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)

Avalado por:

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

TRATAMIENTO

ABORDAJE DEL PACIENTE

TIPOS DE FUMADORES

TRAT. FARMACOLÓGICOS

TERAPIA CON NICOTINA

INTERACCIONES CON FÁRMACOS

TRAT. PSICOLÓGICO

BIBLIOGRAFÍA



GUÍA de Actuación Farmacéutica a pie de mostrador

La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)

Autores: Miguel C. Aguiló Juanola

Farmacéutico comunitario en Palma de Mallorca.
Farmacéutico especialista en análisis clínicos.
Máster en Prevención y Tratamiento del Tabaquismo por la Universidad de Barcelona.
Coordinador Farmacéutico de Tabaquismo del COFIB.
Responsable del Grupo de Respiratorio y Tabaquismo en SEFAC Illes Balears.

Luis Serantes García

Farmacéutico comunitario en Vigo.
Máster Especialista en Tabaquismo PIUFET 3.0. Universidad de Cantabria.
GAT de la Sociedad GRAP.
Grupo Berbés de Investigación y Docencia.
Miembro del Grupo de Respiratorio y Tabaquismo de SEFAC.

Avalado por:

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

TRATAMIENTO

ABORDAJE DEL PACIENTE

TIPOS DE FUMADORES

TRAT. FARMACOLÓGICOS

TERAPIA CON NICOTINA

INTERACCIONES CON FÁRMACOS

TRAT. PSICOLÓGICO

BIBLIOGRAFÍA

©

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

P.º de las Delicias, 31 - Esc. Izda. 4.º Dcha.
28045 Madrid

©

IMC INTERNATIONAL
MARKETING &
COMMUNICATION, S.A.

Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-7867-800-6

Ni los propietarios del copyright, ni el patrocinador pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

TRATAMIENTO

ABORDAJE DEL PACIENTE

TIPOS DE FUMADORES

TRAT. FARMACOLÓGICOS

TERAPIA CON NICOTINA

INTERACCIONES CON FÁRMACOS

TRAT. PSICOLÓGICO

BIBLIOGRAFÍA

Índice

Breve introducción al tabaquismo	5
El tabaquismo como enfermedad	5
Situación actual	5
Tratamiento del tabaquismo desde la farmacia comunitaria	7
Abordaje del paciente: ¿fuma? Podemos ayudarle	8
¿Cómo intervenir?	8
Tipos de fumadores y forma de intervenir en cada caso	11
Paciente que quiere dejar de fumar	11
Paciente que no quiere dejar de fumar, de momento	12
Paciente que lo ha dejado recientemente, hace menos de 6 meses	13
Paciente que ha recaído	13
Tratamientos farmacológicos de elección en tabaquismo	15
Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)	16
¿En qué consiste?	16
Seguridad y efectividad	16
Formas farmacéuticas de TSN disponibles en España	17
TSN combinada (parches + forma oral)	25
La TSN en estrategias alternativas al tratamiento farmacológico habitual	25
TSN en situaciones especiales	28
Interacciones tabaco-fármacos	30
El otro aspecto del tratamiento: el cognitivo-conductual	32
Bibliografía	34

Breve introducción al tabaquismo

El tabaquismo como enfermedad

El tabaquismo es una enfermedad, por lo que requiere prevención y tratamiento. Es conveniente no denominar deshabituación a la cesación tabáquica, ya que nos enfrentamos a una verdadera enfermedad, adictiva y crónica, de carácter pandémico, y que se considera la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. Como tal la define la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyéndola en la sección F-17 (trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco) del código internacional de clasificación de las enfermedades (ICD-10)¹.

Situación actual

La situación actual del consumo de tabaco en España produce un alto coste sanitario y social, a pesar de haberse observado una disminución en la carga que genera en la morbimortalidad española en comparación con las décadas anteriores. El consumo de tabaco produce también grandes costes económicos, empleando recursos que podrían utilizarse para otros fines. El incremento en la prevención del tabaquismo tiene que ser una de las prioridades sanitarias de primer orden para controlar eficazmente su consumo y reducir su morbimortalidad.

Según el informe de 2020 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones², el primer consumo de tabaco se produce a los 14,1 años, dato similar al obtenido en el año 2016. La iniciación a fumar diariamente comienza a los 14,7 años de media, algo más de medio año después de haberlo probado por primera vez. La prevalencia de mujeres fumadoras disminuye lentamente, y en cuanto a los jóvenes, la mayor prevalencia se sitúa sobre los 18 años, sin apenas variaciones en relación al sexo.

En cuanto a los nuevos sistemas para fumar, la industria tabacalera dirige su objetivo actualmente hacia la población juvenil, mediante los cigarrillos electrónicos o dispositivos susceptibles de liberar nicotina (DSLN, en inglés ENDS: *Electronic Nicotine Delivery Systems*) y los productos de tabaco calentado (PTC, en inglés HTP: *Heated Tobacco Products*). Prácticamente la mitad de los estudiantes de 14 a 18 años los ha utilizado en alguna ocasión (48,4 %), siendo más frecuente entre los chicos, con independencia de la edad².

Tratamiento del tabaquismo desde la farmacia comunitaria

Entre un 50 y un 70 % de fumadores desearían dejar el tabaco, lo que supondría una media de 324 fumadores por farmacia. Por otra parte, la escasez de recursos sanitarios y la dificultad de acceso a los mismos conlleva que apenas un 4 % de los pacientes estén tratados³. En general, los pacientes desconocen la existencia de métodos eficaces.

Desde la farmacia comunitaria, el abordaje de la cesación puede aportar un mejor posicionamiento respecto a un futuro basado en la farmacia de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA), la fidelización de pacientes y la diferenciación con otras farmacias, además de fomentar las relaciones con otros profesionales sanitarios, como médico o enfermero, y con el propio paciente.

Aunque el primer contacto se realice en el mostrador, en la medida en que el paciente esté interesado, la intervención breve y la intervención avanzada deben llevarse a cabo con suficiente confidencialidad, en la zona de atención individualizada o personalizada (ZAP) de la que toda farmacia debe disponer, según la legislación vigente en la práctica totalidad de las comunidades autónomas. El día de la cita con el farmacéutico comunitario se realizará la firma del consentimiento informado y la entrevista inicial para la recogida de datos (medicación, patologías, historia tabáquica), medida de parámetros (peso, talla, presión arterial, carboximetría, etc.), siguiendo protocolos bien adecuados y consensuados, como los del programa CESAR de la SEFAC, y registrando todos los datos recogidos. Posteriormente, se realizarán visitas de seguimiento durante 1 año desde el inicio de la cesación³.

Abordaje del paciente: ¿fuma? Podemos ayudarle

El farmacéutico debe detectar a los fumadores aprovechando cualquier consulta, y es importante que todo el equipo de la farmacia transmita el mismo mensaje en un primer contacto, personalizando la mejoría de dejar de fumar en cada caso concreto.

**¿Fuma?, ¿quiere dejar de fumar?,
¿lo ha dejado recientemente? Podemos ayudarle.
Dejar de fumar es la mejor decisión que puede tomar
para su salud actual y futura**

8

¿Cómo intervenir?

Básicamente, se presentan dos escenarios⁴:

¿Quiere dejar de fumar?: no

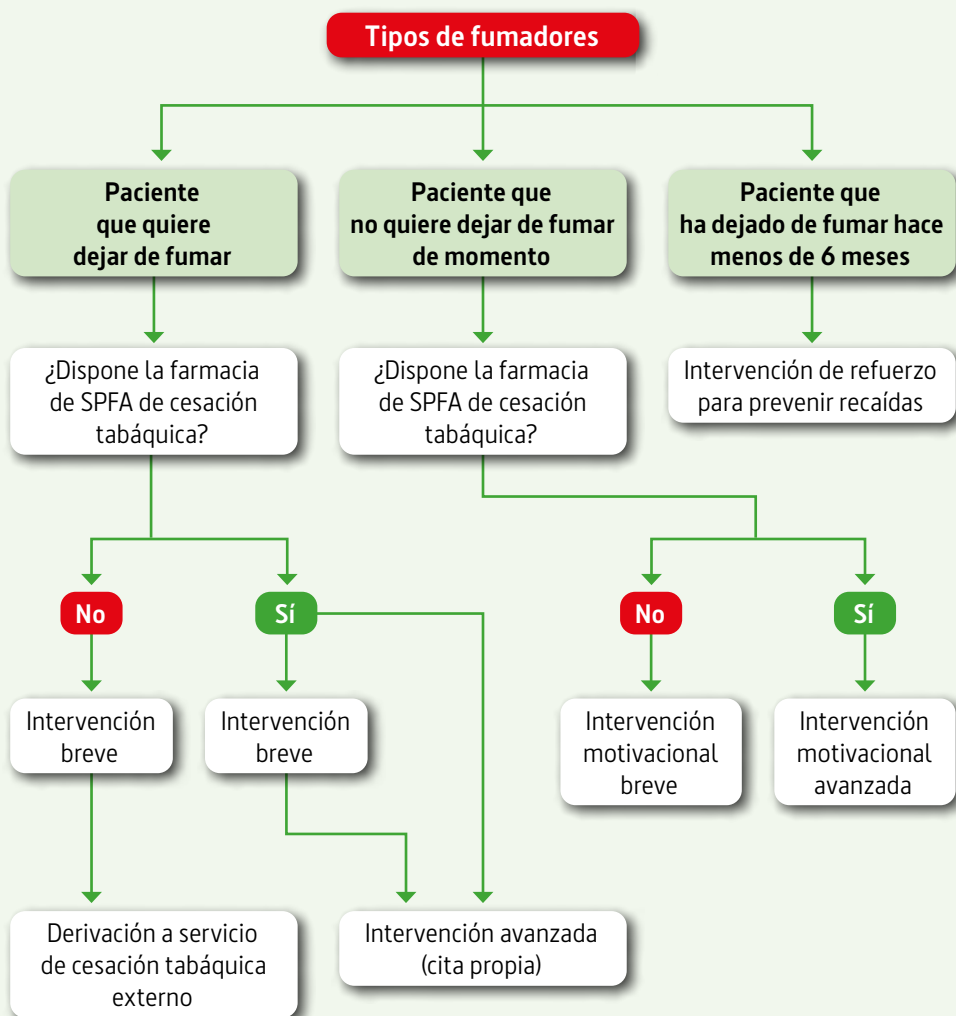
- ▶ Debemos ofrecer nuestra ayuda y entregar información al paciente: explicación del servicio propio de cesación (si se ofrece en la farmacia), beneficios de dejar de fumar y consejos generales para apoyar el proceso.
- ▶ Dar consejos de cesación motivadores para lograr que se plantee la necesidad de abandonarlo:
 - Quizás no sea el momento adecuado, pero como su farmacéutico, debo decirle lo que debe hacer para mejorar su salud. Cuando usted quiera, aquí estoy para ayudarle.
 - Dejar de fumar mejoraría todos sus problemas de salud, ¿ha pensado en dejarlo?

- Sabe que no le sienta muy bien, ¿ha pensado en que mejoraría si lo dejara?
- ¡Ánimo! Por supuesto que puede ser difícil, pero usted puede, como pudo con...
- ¿Qué les diría a sus hijos si empezaran a fumar? Si lo deja, es menos probable que ellos empiecen a fumar.
- Para tener un bebé sano y fuerte, sería importante que lo dejara cuanto antes.

¿Quiere dejar de fumar?: sí

- ▶ Debemos ofrecer nuestra ayuda y entregar información al paciente como la citada anteriormente.
- ▶ Realizar una propuesta para la elaboración de un plan de cesación tabáquica. Hay que crear un clima de confianza mediante empatía personal, hablando su mismo lenguaje y siendo realistas con las expectativas. Hay que establecer un vínculo terapéutico que facilitará la adherencia y la consecución de los objetivos establecidos.

Algoritmo de intervención según el tipo de paciente fumador



Elaboración propia a partir de la referencia 3.

Tipos de fumadores y forma de intervenir en cada caso

Paciente que quiere dejar de fumar³

- ▶ Captación e introducción: explicar en qué va a consistir la intervención breve. En apenas 10-15 minutos se valorará su situación como fumador, se le entregará información y se le derivará al servicio de cesación tabáquica propio o a otro profesional sanitario capacitado (si no se dispone de este).
- ▶ Hacer una breve introducción al tema: se trata de una enfermedad adictiva crónica que puede afectar al sistema cardiovascular, pulmonar o producir un cáncer, pero se ha de plantear la cesación en positivo y valorar, día a día, los beneficios que se consiguen al dejarlo.
- ▶ Indicar que no debe preocuparse si lo ha intentado varias veces y ha vuelto a fumar, la recaída forma parte del proceso y se debe contemplar en positivo: si aquella vez logró dejarlo es que es capaz de hacerlo. Además, existen dependencias física, psicológica, social, conductual y gestual, y es difícil conseguirlo solo, pero con el apoyo de un buen terapeuta sí será posible.
- ▶ Presentar el propio SPFA de cesación, si se dispone del mismo. Entregar información escrita.
- ▶ Recogida de datos: realizar una recogida breve de datos, a fin de poder continuar la cesación en otro momento y establecer el mejor curso de acción. Para ello se usarán los siguientes registros: protección de datos (en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales, LOPDGDD),

test de evaluación para la dependencia física (Fagerström) y test de motivación (Richmond, escala visual de la motivación). Historia tabáquica. Recoger datos y medida de parámetros tal como se indica en el apartado “Tratamiento del tabaquismo desde la farmacia comunitaria”.

- ▶ Plantear las diferentes opciones de tratamiento y su coste. El tratamiento conviene que sea farmacológico y cognitivo-conductual. Explicarlo brevemente, así como que dura unos 3 meses y que su coste es, aproximadamente, el de fumar un paquete al día, debiendo añadir la remuneración del propio servicio.
- ▶ Mencionar las opciones farmacológicas. Sin necesidad de prescripción médica, la terapia sustitutiva con nicotina (TSN): chicles, comprimidos, parches y spray bucal. Bajo prescripción: bupropión y vareniclina.
- ▶ Resolver dudas relativas al tabaquismo y entrega de material de apoyo, como el indicado en el apartado “Abordaje del paciente”.
- ▶ Comunicar que la resolución de problemas suele basarse en el entrenamiento en determinadas estrategias y procedimientos para hacer frente a dichas situaciones.
- ▶ Recomendar las aplicaciones para móvil, como “S’ACABO” de la SEDET (Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo) y “Respirapp” de la AECC (Asociación Española Contra el Cáncer), y desaconsejar libros, páginas web, métodos alternativos e iniciativas no avaladas por las sociedades científicas.

Paciente que no quiere dejar de fumar, de momento³

- ▶ Aconsejar que se plantee dejar de fumar en algún momento, indicando que es la mejor decisión que puede tomar para su salud actual y futura.
- ▶ Explicar la trascendencia para los demás: fumadores pasivos y humo de 3.ª mano (contaminación del entorno del fumador) y 4.ª mano (contaminación ambiental). Explicar los beneficios de dejar de fumar y entregar la información escrita ya mencionada. Ofrecerse para ayudarle en cualquier momento en que tome esa decisión.
- ▶ Si se encuentra en fase contemplativa (se plantea seriamente dejar el tabaco, sin compromiso firme de cambio todavía, pero buscando información), sugerir eliminar los que fuma de rutina y sustituirlos por una forma oral de TSN, ya que

no hay nivel seguro para fumar (según los últimos datos, fumar 1 único cigarrillo al día ya produce la mitad del daño cardiovascular que fumar 20)⁵.

- ▶ Si el paciente quiere, se puede hacer la entrevista de la intervención breve o incluso una mínima parte (por ejemplo: test de Fagerström y carboximetría), al menos para valorar su situación actual.

Paciente que lo ha dejado recientemente, hace menos de 6 meses³

Hay que reforzar las ventajas de haber dejado de fumar a través de mensajes positivos:

- ▶ Valorar mejoras del estado físico: mejora del olfato y el gusto, respira mejor, se cansa menos, desaparición de toses y sibilancias nocturnas, mejora de la piel y el aspecto, la ropa no huele mal...
- ▶ Valorar el esfuerzo realizado, el tiempo que lleva sin fumar y hacerlo día a día, a corto plazo. Valorar el impacto en su entorno familiar, de trabajo, amigos.
- ▶ Fumar no está de moda, y hoy en día dificulta las relaciones sociales, así como antes las facilitaba.
- ▶ Recordar y reforzar las recomendaciones que le hizo su terapeuta en el enfoque cognitivo-conductual:
 - ¿Ha modificado su estilo de vida? Pasear, hacer ejercicio suave, cambiar de hábitos y vigilar todo lo que asociaba con fumar, buscando alternativas.
 - Coger el teléfono con la mano contraria a la habitual.
 - Mantener la vigilancia sobre las situaciones de riesgo. ¿Han surgido problemas?, ¿los ha superado bien?
 - Si había dependencia gestual, mantener las manos ocupadas.

Paciente que ha recaído⁶

La existencia de uno o varios intentos serios y dirigidos por un profesional sanitario que no han logrado la cesación puede indicar la existencia de algún tipo de ambivalencia o barrera que lo bloquee y requerir un análisis más detallado de la conducta de fumar antes de programar un nuevo intento (esto supone una mayor disponibilidad de tiempo y un mayor dominio de las herramientas cognitivo-conductuales necesarias).

Hay que conocer qué ha pasado en los intentos previos y qué originó la recaída:

- ▶ No fue el momento adecuado.
- ▶ No se usó el tratamiento ajustado a sus necesidades.
- ▶ No tenía, el paciente, la motivación adecuada.

Hay que preguntarle sobre su conducta al fumar, para que la conozca mejor y reconocer las características de esta conducta que dificultan la cesación o su mantenimiento. Las recaídas son buenas oportunidades para aprender y encontrar dificultades percibidas en el/los intento/s previo/s para establecer nuevas estrategias y enfocarlas en positivo, como se ha comentado.

Tratamientos farmacológicos de elección en tabaquismo

Vareniclina, bupropión y TSN son los tratamientos farmacológicos considerados como de primera línea, y los dos primeros, de prescripción médica, son financiados por el Sistema Nacional de Salud para el abandono del tabaquismo. La TSN no está financiada hasta la fecha, a excepción de los parches de nicotina, y solamente en la Comunidad Foral de Navarra y en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Una revisión reciente⁵ justifica que vareniclina y la TSN combinada son las opciones de elección. Según se indica en dicha revisión, en el metaanálisis de Fiore de 2008⁷ ya aparecían vareniclina 2 mg/día y la TSN combinada (parches, junto con una forma oral) como los tratamientos con mayor tasa de abstinencia estimada (33,2 y 36,5 %, respectivamente) y el algoritmo actualizado de Hugues en 2013⁸ establecía como tratamientos de primera línea la vareniclina y la TSN combinada y, como segunda línea, bupropión y TSN simple (parche o forma oral)⁹.

Una revisión Cochrane de 2019, a partir de 63 estudios con más de 41.000 participantes concluye que la TSN combinada es tan efectiva como vareniclina, siendo entre un 15 y un 36 % más efectiva que las formas únicas de TSN, y que existe evidencia alta de que la TSN es segura y efectiva para dejar de fumar, apoyando pautas de dosis elevadas, como 25 mg con los parches de 16 horas, en fumadores altamente dependientes¹⁰.

Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)

¿En qué consiste?

El tratamiento sustitutivo con nicotina se basa en la administración de nicotina por una vía distinta y segura a la inhalada, y en cantidad suficiente para controlar o evitar la clínica asociada al síndrome de abstinencia nicotínico. Son tres los mecanismos mediante los cuales actúa la TSN:

- ▶ En primer lugar, su uso reduce el síndrome de abstinencia nicotínico.
- ▶ En segundo lugar, reduce los efectos reforzadores de los cigarrillos.
- ▶ En tercer lugar, reduce algunos efectos de la cesación tabáquica que inciden sobre posibles recaídas, como la ganancia de peso o los cambios de estados de ánimo. Produce un efecto disociativo al separar la administración de nicotina del uso del tabaco.

Actualmente, con la mejora del conocimiento de las bases neurobiológicas de la adicción a la nicotina, se ha establecido que el principal mecanismo de acción de la TSN es la estimulación de los receptores nicotínicos del área ventral cerebral, con la secreción secundaria de dopamina en el núcleo accumbens que conlleva dicha estimulación¹¹.

Seguridad y efectividad

Los medicamentos de la TSN tienen la consideración de “medicamentos no sujetos a prescripción médica” y, por tanto, un perfil de seguridad acreditado, pudiéndose utilizar en la indicación farmacéutica. Presentan escasos efectos secundarios, normalmente leves, como se indica más adelante.

A los 7-10 segundos de la primera calada a un cigarrillo, la nicotina alcanza el sistema nervioso central (SNC) y estimula los receptores neuronales del sistema dopaminér-

gico mesolímbico. Esta rapidez de acción le dota de una altísima capacidad adictiva. Por tanto, no basta con que se suministre nicotina por vía distinta a la de fumar, sino que se produzca con menor velocidad de absorción, con lo que los receptores no se van sustituyendo por otros nuevos, sino que se van extinguiendo¹¹.

Con todas las formas de TSN se suministra nicotina en una cantidad suficiente para obtener unos niveles medios de nicotinemia (nicotina en sangre) entre los 7-10 ng/mL, cantidad mínima necesaria para producir una disminución de los síntomas del síndrome de abstinencia en el fumador que está en cesación, pero en cantidad insuficiente como para facilitar el desarrollo de dependencia, que se produciría con picos superiores a 30-35 ng/mL, los que se producen al fumar¹².

Administrada como tratamiento y por vía diferente a la de fumar, las posibilidades de generar un trastorno adictivo sustitutivo (que sería mucho menos tóxico) son mucho menores, al alcanzar niveles en sangre inferiores al 50 % del producido fumando, y también porque los picos de nicotinemia son menores y más diferidos¹¹. Todos los profesionales sanitarios deben conocerlo y explicarlo de forma sencilla al paciente, para evitar la creencia de que se va a sustituir la dependencia al tabaco por una dependencia a la TSN.

Además de este menor riesgo de generar dependencia, hay que considerar que la mayoría de las enfermedades derivadas del tabaquismo no se deben a la nicotina, sino al gran número de sustancias tóxicas contenidas en el humo del tabaco.

Formas farmacéuticas de TSN disponibles en España

Vía transdérmica

Los parches de nicotina están constituidos por una capa que se adhiere a la piel junto con una membrana que va a permitir la difusión de la nicotina depositada en la matriz del parche a través de la misma. Al liberarla de forma lenta y continua, permite que se alcancen niveles de nicotina en sangre estables¹².

Los parches se deben poner una vez al día, a la misma hora, preferiblemente después de levantarse por la mañana (o en su defecto al comenzar la jornada). Al retirar la protección, conviene ventilarlo ligeramente, ya que, en ocasiones, es el disolvente del adhesivo el causante de la irritación dérmica. El parche se debe colocar sobre una zona de piel limpia, seca y sin vello (como en la cara anterior del antebrazo, cadera y tronco) y no debe rasurarse. Mejor no colocarlos en zonas grasas (como la mama), ya que la

absorción es muy errática; por el mismo motivo, se aconseja también no utilizarlos en muslos o nalgas.

Hay que evitar pegar el parche sobre piel lesionada, enrojecida o irritada; tampoco en zonas de flexión o roce. Se recomienda cambiar diariamente la región donde se aplica el parche y no aplicar otro en la misma zona de la piel hasta pasados 7 días, para evitar erosiones, prurito o eritema.

Una vez transcurrido el tiempo de aplicación, el parche se retira. Se debe tener cuidado durante la manipulación del mismo y en particular evitar el contacto con los ojos y la nariz. Una vez retirado el parche, se dobla por la mitad con la parte adhesiva hacia dentro y se lleva al punto SIGRE (Sistema Integrado de Gestión y Recogida de Envases). Después de manipular el parche, al aplicarlo o al retirarlo, se tienen que lavar las manos solamente con agua, ya que el jabón puede incrementar la absorción cutánea de nicotina.

Dependiendo de la pauta de liberación y de la cantidad de nicotina que contienen, existen dos tipos de parches, los de 16 horas y los de 24 horas:

- **Parches de 16 horas:** la cantidad de nicotina liberada es constante y la biodisponibilidad de la nicotina absorbida es del 100 %. Se colocan preferiblemente por la mañana y se retiran por la noche, liberando dosis de 15 o 10 mg de nicotina/16 h.
- **Parches de 24 horas:** la cantidad de nicotina liberada es constante y la biodisponibilidad de la nicotina absorbida es del 100 %. Se colocan preferiblemente por la mañana y se retiran a la mañana siguiente, liberando dosis de 21, 14 o 7 mg de nicotina/24 h.

La elección de parches de 16 o 24 horas deberá basarse en el criterio del terapeuta en cuanto al patrón de fumador del paciente, así como a sus preferencias o a la existencia previa de alteraciones del sueño. Los parches de 24 horas parecen estar más indicados en pacientes que tengan horarios de trabajo en los que rotan, incluyendo horario nocturno, o los que se levanten para fumar durante la noche. En el caso de los demás pacientes, los parches de 16 horas suelen ser suficientes. En cuanto a su eficacia, no se han observado diferencias utilizando uno u otro tipo¹².

En las tablas siguientes se indican, para las diferentes presentaciones de TSN, unas pautas posológicas orientativas que deberán adaptarse a las características de cada paciente como fumador.

Tabla 1. Posología orientativa de los parches de nicotina

Pauta de administración	
Parches de 24 horas	
Parches de 21 mg	3-4 semanas
Parches de 14 mg	3-4 semanas
Parches de 7 mg	3-4 semanas
Parches de 16 horas	
Parches de 15 mg	8 semanas
Parches de 10 mg	4 semanas

Elaboración propia a partir de la referencia **11**.**Reacciones adversas¹³:**

Las más frecuentes son:

- ▶ Picor y eritema en la zona de aplicación del parche.
- ▶ Sensación de quemazón y hormigueo también en la zona de aplicación.

Estos efectos adversos ocurren, aproximadamente, en un 35 % de los pacientes, aunque suelen ir remitiendo, y solamente el 10 % de ellos abandonan el tratamiento. También, aunque más raramente, se observa edema. Estas reacciones se minimizan rotando la zona de aplicación del parche.

También pueden producirse trastornos del sueño, como insomnio (12 %) y sueños anormales (5 %), apareciendo más a menudo con los parches de 24 horas, aunque los trastornos de sueño son también síntomas de la abstinencia tabáquica. Menos frecuentes son cefalea, náuseas, vértigo, dispepsia, parestesias, tos, palpitaciones y sudoración.

Precauciones principales (ampliar con ficha técnica)¹³:

- ▶ Al ir pegados en la piel, debe evitarse su uso en algunas enfermedades dermatológicas extensas, como atopias cutáneas o psoriasis.
- ▶ Úlcera gastroduodenal activa.
- ▶ Hipertensión arterial no controlada.
- ▶ Infarto agudo de miocardio reciente (menos de 4 semanas) y angina inestable.
- ▶ Embarazo y lactancia (ver subapartado “Embarazo y lactancia”).

Vía oral (formas de TSN de absorción rápida)

Chicles

Son un sistema de liberación aguda de nicotina formado por un complejo resinoso de nicotina y polacrilex tamponado con bicarbonato sódico. Actualmente, en el mercado se dispone de dos presentaciones distintas: 2 mg y 4 mg por chicle.

Cuando el paciente mastica el chicle, la nicotina se libera y se absorbe por la mucosa orofaríngea. Después llega al torrente sanguíneo y, finalmente, a los receptores nicotínicos del SNC¹¹.

Debe tenerse en cuenta que por esta vía solamente se absorbe un 60-70 % de la nicotina contenida en el chicle y eso ocurre durante la primera media hora de masticación, cuando alcanza su concentración máxima. El resto del principio activo se ingiere y se inactiva por el efecto de primer paso, de forma que la cantidad que alcanza el torrente sanguíneo por vía digestiva, diferente de la absorción oral, puede considerarse despreciable.

El chicle contiene un tampón de carbonato o bicarbonato sódico que permite mantener la boca en un pH alcalino (aproximadamente 8,5), lo que facilita la absorción de la nicotina a nivel de la mucosa bucal. Las bebidas ácidas, como el café, los zumos de frutas o los refrescos, pueden modificar el pH de la saliva y dificultar su absorción, y deben evitarse 15 minutos antes de cada toma y mientras se esté masticando el chicle.

La mayoría de metaanálisis realizados han demostrado que el chicle de nicotina es más eficaz que el placebo para dejar de fumar. Algunos fumadores prefieren la nicotina oral porque les permite controlar la dosis autoadministrada y su uso en los momentos de *craving* (intenso deseo de fumar) o como sustituto oral del cigarrillo.

El chicle ayuda a calmar muchos de los síntomas del síndrome de abstinencia, disminuyendo las ganas de fumar si se utiliza correctamente, reduciendo también los cuadros de ansiedad e irritabilidad. Puede ayudar a quitar las ganas de fumar en situaciones concretas.

Su dosificación en monoterapia debe basarse en la cantidad de tabaco consumida (tabla 2).

Tabla 2. Posología orientativa de los chicles de nicotina

1.ª y 2.ª semanas	3.ª y 4.ª semanas	5.ª y 6.ª semanas	7.ª y 8.ª semanas
A demanda	1 chicle/2 horas siempre que existan deseos muy fuertes de fumar	1 chicle/4 horas siempre que existan deseos muy fuertes de fumar	Usarlos solamente si existen deseos muy grandes de fumar
En ficha técnica se indica no superar los 24 chicles/día. Es aconsejable no superar los 15 chicles/día en los de 4 mg ¹⁴			

Elaboración propia a partir de la referencia 11.

Es muy importante instruir al paciente en el momento de la dispensación sobre el uso correcto de los chicles para conseguir una buena absorción de la nicotina y para evitar posibles efectos indeseables. El paciente debe introducir el chicle en su boca y mastcarlo lentamente hasta que perciba un fuerte sabor picante y/o amargo de la nicotina (indica que comienza a liberarse); en ese momento hay que detener la masticación, manteniendo el chicle entre la mejilla y las encías hasta que el sabor desaparezca (señal de que la nicotina ya ha sido absorbida), lo que sucede en pocos minutos. Cuando esto ocurre, se vuelve a masticar hasta que de nuevo se siente el sabor picante y/o amargo en la boca (figura 1).

Figura 1. Ciclo de masticación del chicle de nicotina



Elaboración propia a partir de la referencia **11**.

Este proceso se repite de forma cíclica hasta que no se obtenga el sabor, lo cual indica que ya no existe sustancia activa para ser liberada. Aproximadamente el 90 % de la nicotina se libera después de 20-30 minutos de masticación del chicle.

Al masticar el chicle de nicotina, esta se libera, produciéndose su absorción por la mucosa orofaríngea, lo que facilita su llegada a los receptores nicotínicos y, en consecuencia, su acción terapéutica. Hay que explicarle al paciente que la nicotina del chicle tarda unos 2 minutos en hacer efecto (con el cigarrillo, la nicotina llega a los receptores nicotínicos en unos 7-10 segundos); por ello tiene que esperar un par de minutos antes de sentir los efectos.

Si se mastica continuamente el chicle, la nicotina se libera rápidamente y no puede absorberse, por lo que es ingerida y metabolizada en el hígado (efecto del primer paso), convirtiéndose en cotinina y N-óxido-nicotina, sustancias farmacológicamente inactivas. Además, de esta manera puede producir ardor y otras molestias gástricas en el paciente.

Al igual que el resto de las presentaciones de TSN, los chicles pueden indicarse en todas las personas fumadoras, aunque esta forma de administración resulta especialmente adecuada para quienes precisan altas concentraciones de nicotina en sangre de manera relativamente rápida.

Es importante que el paciente utilice el chicle de acuerdo con la dosificación recomendada, teniendo en cuenta que su administración puede ser a demanda cuando surjan los deseos de fumar, o bien de forma pautada, por ejemplo, uno cada hora o cada 2 horas (y algún chicle más en los momentos de *craving* o de gestión de estados de ánimo negativos).

Los fumadores con consumos no muy altos (< 20 cigarrillos) pueden usar chicles de 2 mg cada 1-2 horas durante un periodo de 8-10 semanas, reduciendo la dosis de forma progresiva a partir de la sexta u octava semana. Quienes presenten consumos mayores (> 20 cigarrillos) o una mayor dependencia pueden usar chicles de 4 mg cada hora u hora y media durante 10-12 semanas (reduciendo la dosis de forma progresiva en las últimas semanas)¹¹.

La duración del tratamiento depende de cada fumador, siendo la más adecuada entre 8 y 12 semanas.

Reacciones adversas:

- ▶ Hipo.
- ▶ Náuseas.
- ▶ Flatulencia.
- ▶ Molestias dentarias.
- ▶ Dolor en la articulación temporo-mandibular.
- ▶ Sequedad y mal sabor de boca.
- ▶ Dolor de boca o garganta.
- ▶ Úlceras en la boca.
- ▶ Ardor epigástrico.

Precauciones principales (ampliar con ficha técnica):

- ▶ Problemas de la articulación temporo-mandibular.
- ▶ Infecciones orofaríngeas.
- ▶ Usuarios de prótesis dentales.
- ▶ Úlcera gastroduodenal, infarto agudo de miocardio reciente, angina inestable o arritmias.
- ▶ Embarazo y lactancia (ver subapartado “Embarazo y lactancia”).

Comprimidos

Una alternativa al chicle de nicotina son los comprimidos, en presentaciones de 1, 1,5, 2 y 4 mg de nicotina. Esta cantidad es la que se libera progresivamente al ser chupados, absorbiéndose a través de la mucosa orofaríngea.

Esta forma de administración es similar a la del chicle, pero no debe masticarse, sino dejar que se disuelva lentamente en la boca como si fuese un caramelo.

Se recomienda aplicar la misma posología que para los chicles: administrar un comprimido cada 1,5 a 2 horas y durante un periodo de 10 a 12 semanas, reduciendo progresivamente la dosis a partir de la sexta u octava semana¹¹.

Reacciones adversas:

- ▶ Hipo.
- ▶ Náuseas.
- ▶ Flatulencia.
- ▶ Sequedad y mal sabor de boca.
- ▶ Dolor de boca o garganta.
- ▶ Úlceras en la boca.
- ▶ Ardor epigástrico.

Precauciones principales (ampliar con ficha técnica):

- ▶ Infecciones orofaríngeas.
- ▶ Úlcera gastroduodenal, infarto agudo de miocardio reciente, angina inestable o arritmias.
- ▶ Embarazo y lactancia (ver subapartado “Embarazo y lactancia”).

Espray bucal

Libera 1 mg de nicotina en cada pulverización bucal¹⁵. Tiene una posición de seguridad que debe ser modificada apretando una membrana y elevando un pulsador. Se debe disparar al aire un par de veces cuando se empieza hasta que salga la primera dosis. Se acerca la boquilla hacia la boca abierta y, sobre la cavidad oral (evitando el contacto con los labios), se hace una pulverización (cada *puff* proporciona 1 mg de nicotina). No se debe inhalar mientras se realiza la pulverización ni tragar durante unos segundos tras pulverizar. Se pulveriza una o dos ocasiones hasta un máximo de 4 *puff*/hora y de 64 *puff*/día (tabla 3).

Tabla 3. Posología orientativa del espray bucal de nicotina

Semanas 1. ^a a 6. ^a	Semanas 7. ^a a 9. ^a	Semanas 10. ^a a 12. ^a
1-2 <i>puff</i> cuando ganas de fumar	↓ los <i>puff</i> al 50 %	↓ hasta dejarlo

Elaboración propia a partir de la referencia 11.

En 30 segundos alivia los deseos irrefrenables de consumo (*craving*), siendo hasta tres veces más rápido que otros productos de nicotina, pero demasiado potente para determinados pacientes.

Reacciones adversas¹⁵:

- ▶ Suele ser frecuente el hipo al comienzo de su uso.
- ▶ Irritación de boca, garganta y labios.
- ▶ Tos tras la inhalación.
- ▶ Molestias gástricas.
- ▶ Dolor de cabeza.

Precauciones principales (ampliar con ficha técnica)¹⁵:

- ▶ Infecciones orofaríngeas.
- ▶ Úlcera gastroduodenal, infarto agudo de miocardio reciente, angina inestable o arritmias.
- ▶ Embarazo y lactancia.

TSN combinada (parches + forma oral)

Consiste en la utilización conjunta de parches de nicotina junto con una forma oral, que puede tratarse de chicles, comprimidos o spray bucal, a elegir según las circunstancias del fumador. Con el parche se consigue una liberación sostenida de nicotina, mientras que con la forma oral se consiguen picos de nicotinemia, ajustando el tratamiento al patrón de fumador del paciente, lo que facilitará la cesación. Con los parches de 16 h, la forma oral al despertar combate el *craving* matutino hasta que se coloca el parche. Las siguientes administraciones deberán ajustarse a los momentos en los que la persona fumadora relata que fuma con más intensidad, como, por ejemplo, tras las comidas, y se permite que la utilice, además, a demanda¹⁴.

Hasta hace algunos años esta forma de terapia no aparecía especificada en las fichas técnicas de los productos, a pesar de la evidencia científica que sustenta esta combinación¹⁶. Se considera también más efectiva que la monoterapia en el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar, al disminuir el *craving*¹⁷.

La terapia combinada aparece actualmente en la ficha técnica de los parches de 16 h, pero solamente como indicada en fumadores altamente dependientes, los que experimentan ansias irresistibles de fumar o aquellos que no pudieron dejar de fumar solamente con la TSN en monoterapia¹⁸.

La TSN en estrategias alternativas al tratamiento farmacológico habitual

Reducción hasta la cesación

La reducción del consumo de tabaco como paso previo a la cesación consiste en suprimir progresivamente dicho consumo hasta el día D, el que se ha marcado para dejarlo definitivamente. Debe traducirse en una reducción progresiva hasta, al menos, un 50 % del tabaco diario que se fumaba, a las 6 semanas, y mantener esta reducción al menos 4 meses, validándolo, si es posible, mediante carboximetría. Si no se ha conseguido el objetivo en este tiempo, se deberá abandonar esta estrategia. Tras el día D se procederá al tratamiento con TSN durante 2-3 meses o el tiempo que sea necesario. Pero la reducción es difícil si no se utiliza un tratamiento farmacológico, por lo que es fundamental ir sustituyendo cigarrillos por una forma rápida de TSN, preferiblemente chicles, también de forma progresiva. Diferentes estudios demuestran que la utilización de esta forma de TSN para esta función es segura y efectiva, y aumenta la motivación y las posibilidades de éxito a partir del día D¹⁶.

Con este planteamiento se persigue abordar un número mayor de fumadores, principalmente aquellos que no desean dejarlo y se plantean reducir, los que no quieren dejarlo bruscamente y los que encuentran dificultades y tienen poca motivación para hacerlo, en muchos casos por haber sufrido recaídas, y consiguiendo aumentar su motivación, al ver que pueden prescindir de muchos de sus cigarrillos. En todo caso, el apoyo del terapeuta es fundamental, ya que algunos pacientes prefieren el método abrupto, por haber fracasado, precisamente, la reducción por su cuenta^{16,19}.

Una reciente revisión Cochrane, incluyendo 51 estudios y más de 23.000 personas, concluye que es difícil determinar que la tasa de abandono a largo plazo en estos pacientes fuera superior a la de quienes lo dejaron abruptamente, pero sí fue similar, con evidencia moderada, igualmente que utilizar una TSN de acción rápida o vareniclina puede ayudar en el proceso, y todo ello permite considerar esta estrategia una opción de tratamiento alternativa a la tradicional¹⁹. Otro metaanálisis con un número de pacientes menor (1.607), también reciente, aun concluyendo que el método gradual presenta una tasa de abandono menor que el cese abrupto, sugiere que los estudios pueden tener sesgos importantes por cuestiones metodológicas, y es fundamental considerar que el apoyo recibido en los del método gradual fuera menor, ya que las pautas de tratamiento en las guías clínicas tradicionales no incluían el cese gradual, y que se pudiera haber producido una autoselección adversa, es decir, que quienes eligieran este método procedieran de fracasos con el método abrupto tradicional²⁰.

Precarga

A diferencia de la estrategia anterior, la precarga se realiza en fumadores motivados y sin planificar una reducción del número de cigarrillos/día. Se trata de suministrar dosis progresivas del fármaco antes del día D. La precarga de nicotina podría mejorar las tasas de abandono al reducir la satisfacción de fumar (recompensa positiva) antes de la cesación, rompiendo la asociación entre fumar y la recompensa, aumentando la confianza de los fumadores, que podrían disminuir el número de cigarrillos fumados, reduciéndose, además, los episodios de *craving* tras el día D, principal causa de recaída temprana. Sin embargo, una revisión de la literatura hasta la fecha sugiere que mientras que la precarga de 6 semanas con vareniclina sí dispone de un reciente estudio convincente²¹, la evidencia de la efectividad de la precarga con TSN no es concluyente, como se desprende del estudio de Aveyard en 2018, realizado con 1.792 personas, mediante parches de nicotina, ofreciendo datos positivos, pero con evidencia insuficiente, concluyendo que sería necesario realizar más estudios al respecto²².

Día D flexible

Se trata de seguir fumando tras el primer día fijado hasta el cese total el día D definitivo. Sin embargo, no debe ser una opción a considerar con la TSN. Así como con vareniclina es posible flexibilizar el día D hasta 1 mes tras el marcado inicialmente con la misma eficacia y seguridad²³, con la TSN es importante que se cese ese día y no se vuelva a fumar, de cara a la abstinencia a largo plazo. Datos como los del estudio CEASE, con parches de nicotina, demuestran que un 25 % de los que no fumaron la primera semana tras el día D permanecieron abstinentes al cabo de 1 año, contra solamente un 2,7 % de los que sí lo hicieron²⁴.

TSN combinada con vareniclina

En principio, la combinación de vareniclina y TSN pudiera parecer inadecuada por tratarse de combinar un agonista parcial de los receptores de nicotina con otro fármaco agonista puro de estos mismos receptores. Sin embargo, vareniclina ejerce su acción de forma selectiva sobre los receptores $\alpha 4$ - $\beta 2$, principales mediadores de la dependencia de la nicotina, con mayor afinidad que esta, pero sin saturarlos completamente y, por otra parte, según muchos autores, no tiene actividad sobre los otros tipos de receptores nicotínicos, no reemplazando completamente el efecto dopaminérgico del tabaquismo. La nicotina de la TSN, con farmacocinética significativamente más lenta que la del humo del tabaco, actúa sobre los mismos receptores que esta^{9,25,26}.

Se han publicado algunos estudios combinando vareniclina con TSN en parches, con número de pacientes y nivel de evidencia moderados. El metaanálisis de Chang en 2015, a partir de tres ensayos clínicos controlados aleatorizados, con un total de 904 pacientes, concluye que la terapia combinada de vareniclina con TSN es más eficaz que la vareniclina sola para dejar de fumar, que este efecto es más evidente si se administra un tratamiento previo con parche de nicotina (precarga) 2 semanas antes al día D, que los eventos adversos de la terapia combinada son comparables a los de la monoterapia con vareniclina, con la excepción de las reacciones cutáneas, y que se necesitan estudios con mayor número de pacientes para llegar a conclusiones más sólidas²⁶.

En cuanto a la TSN oral, el uso combinado con vareniclina es bien tolerado y se puede utilizar en las fases iniciales de ajuste de dosis para controlar el síndrome de abstinencia y cuando el peligro de recaída sea alto, así como en el caso de personas preocupadas por el incremento de peso¹⁴.

TSN combinada con bupropión

Esta combinación aparece ya en el metaanálisis de Fiore de 2008⁷ con parches de nicotina y con una tasa de abstinencia estimada de un 28,9 %, ligeramente superior a bupropión como monofármaco (24,2 %) y nivel de evidencia A.

La revisión Cochrane de Stead *et al.* de 2012 contempla cuatro ensayos clínicos sobre la eficacia de esta combinación, concluyendo que fue un 24 % más eficaz que bupropión como monofármaco²⁷.

Aunque no existen razones neurofisiológicas que avalen dicha combinación, se podría pensar que la utilización de bupropión y chicles de nicotina podría ayudar a combatir el *craving* a determinados genotipos de fumadores y, en general, en fumadores de elevado consumo y alto grado de dependencia física, y especialmente en personas preocupadas por el aumento de peso al dejar de fumar, ya que los chicles de nicotina y bupropión parecen mostrarse más eficaces en este aspecto²⁸.

TSN en situaciones especiales

Embarazo y lactancia

Fumar es el más importante factor de riesgo modificable durante el embarazo y evitar la ingesta de multitud de sustancias tóxicas que se produce al fumar debería ser un objetivo prioritario. Sin embargo, siendo un periodo especialmente indicado para intervenir sobre el tabaquismo, no suele implementarse en las rutinas de las visitas prenatales¹⁴.

El tratamiento cognitivo-conductual es el de elección y, cuando no es suficiente, en embarazadas con alta dependencia puede utilizarse la TSN oral o parches de 16 h a dosis bajas bajo supervisión médica, estando bupropión contraindicado y vareniclina desaconsejada por precaución. Igualmente durante la lactancia, con TSN en formas orales tras las tomas y evitando las 2 h previas¹⁷.

Además, en el caso de la púérpera, con TSN su bebé recibirá menos nicotina que si fuma (aproximadamente, 17 ng/ml con parches, frente a 44 ng/ml fumando) y no estará expuesto al humo del tabaco¹⁴.

Una muy reciente revisión Cochrane concluye que la TSN es más eficaz que el placebo para la cesación durante el embarazo, principalmente en la última etapa, y parece no afectar al feto, aunque menciona que el nivel de evidencia es bajo en ambos casos y son necesarios nuevos estudios y con dosis superiores. Es una actualización de una re-

visión anterior, de Coleman, Tim *et al.*, de 2015, que indicaba una abstinencia del 41 % en embarazo avanzado con TSN junto con abordaje psicológico²⁹.

Comorbilidades y conducción de vehículos

Son limitadas las precauciones principales de la TSN, como se ha descrito, y resulta de elección en patologías o situaciones en las que están contraindicados o no existe certeza de uso para los otros fármacos de primera línea, aunque el médico deberá evaluar el beneficio-riesgo en algunos casos contemplados en la propia ficha técnica de los medicamentos de la TSN: cardiopatías, enfermedades gastrointestinales, insuficiencia renal o hepática, y en las patologías con tratamiento farmacológico, por las razones que se exponen en el apartado siguiente.

Puede utilizarse, con matices, en la mayoría de patologías psiquiátricas¹⁷, y se confirma de nuevo en el conocido estudio EAGLES (*Evaluating Adverse Events in a Global Smoking Cessation Study*)³⁰, que concluye que vareniclina y bupropión no suponen un riesgo de seguridad neuropsiquiátrica y pueden utilizarse, como la TSN, en el tratamiento de cesación de fumadores con trastorno psiquiátrico estable³¹.

Actualmente existe suficiente evidencia para asegurar que la TSN es segura en pacientes con cardiopatía estable o hipertensión controlada. En los otros casos, siempre es mejor esta terapia que fumar, controlando su efecto vasoconstrictor, y utilizando formas orales, de rápida reversibilidad si fuera el caso de tener que suprimir el tratamiento^{14,17}.

No es de primera elección en úlcera gastroduodenal y, en caso de utilizarse, deben elegirse los parches¹⁸. Sí lo es en el caso de la conducción o uso de maquinaria pesada¹⁷.

Interacciones tabaco-fármacos

Las interacciones del tabaco con los tratamientos farmacológicos han sido estudiadas durante los últimos años. Pueden ser de tipo farmacocinético, propiciadas por el potente efecto inductor de diferentes componentes del humo del tabaco sobre isoenzimas del citocromo P450, y farmacodinámicas, esencialmente debidas a efectos de la nicotina³¹.

Aunque las más significativas corresponden a fármacos utilizados en patologías psiquiátricas, con las que el tabaquismo presenta elevada comorbilidad, se pueden producir con otros fármacos de diversos grupos terapéuticos, con mayor o menor significación clínica, dependiendo del propio fármaco y de la posología planteada o de la genética del individuo y sus circunstancias personales, incluyendo el nivel de fumador, y requiriendo ajustes posológicos cuando el paciente inicia la cesación o comienza a fumar⁵ y al finalizar el tratamiento con la TSN, cuando pueden establecerse interacciones farmacodinámicas, aunque no en el caso de las farmacocinéticas³¹.

Es remarcable que las fichas técnicas actuales de los medicamentos de la TSN incluyen ya advertencias relativas a la modificación de la respuesta a algunos fármacos al dejar de fumar, y en algunas se citan ejemplos relevantes. Se considera necesario, tanto por parte del prescriptor como del farmacéutico comunitario, conocer este extremo y disponer de alguna revisión actualizada para su consulta, como la citada en la bibliografía³¹.

En la tabla 4 se reflejan algunos de los fármacos implicados, a efectos meramente ilustrativos, pudiéndose destacar que aparecen fármacos con estrecho margen terapéutico o que se utilizan en patologías de especial gravedad. Se deberá consultar la bibliografía para valorar cada caso concreto y, por parte del médico, ajustar la pauta, vigilar la clínica y adaptar la intervención a la situación del paciente.

Tabla 4. Algunas interacciones tabaco-fármacos y su relevancia

Fármaco	Tipo de interacción	Relevancia
Clozapina y olanzapina	Farmacocinética	Alta
Clorpromazina	Farmacocinética	Moderada
Opioides, metadona	Farmacocinética	Moderada
Fluvoxamina	Farmacocinética	Moderada
Imipramina	Farmacocinética	Moderada-alta
Risperidona, aripiprazol, ziprasidona, quetiapina	Farmacocinética	Moderada-baja
Zopiclona	Farmacodinámica	Baja
Lamotrigina	Incierta	Baja
Acenocumarol, warfarina	Farmacocinética	Moderada
Clopidogrel	Farmacocinética	No establecida-moderada
Teofilina, aminofilina	Farmacocinética	Alta
Bendamustina, erlotinib, riociguat	Farmacocinética	Moderada-alta
Cafeína	Farmacocinética	Alta
Litio	Farmacocinética	Baja
Betabloqueantes liposolubles: metoprolol, propranolol	Farmacocinética y farmacodinámica	Moderada-baja
Benzodiazepinas	Farmacodinámica	Baja
Insulina	Farmacodinámica y otras	Moderada-alta
Heparinas	Farmacodinámica	Moderada-alta
Anticonceptivos estrogénicos	Farmacodinámica y farmacocinética	Moderada-alta
Corticoides inhalados	Farmacodinámica y otras	Moderada

Elaboración propia a partir de la referencia 31.

El otro aspecto del tratamiento: el cognitivo-conductual

La combinación del tratamiento psicológico con el tratamiento farmacológico es considerada la mejor opción, con el mayor grado de evidencia científica⁵.

El tratamiento cognitivo-conductual es, por tanto, fundamental, y debemos potenciar, guiar y desarrollar una conversación en la que el paciente sea el centro del proyecto y la cesación sea la meta del mismo. El objetivo de esta terapia es conseguir identificar y cambiar los procesos cognitivos y conductuales que mantienen el consumo del tabaco y luego enseñar a usar herramientas o estrategias que puedan ayudar a abandonar el consumo y mantener la cesación³². Algunas de estas herramientas son³³:

- ▶ **Reestructuración cognitiva:** el farmacéutico debe formular una serie de preguntas y proponer a los pacientes cambios de conducta para que evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos.
- ▶ **Modificación de conducta:** promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas fumadoras: extinguir los antecedentes del consumo, reforzar la conducta de no fumar y enseñar técnicas que faciliten no fumar en las situaciones de alto riesgo.
- ▶ **Detención del pensamiento:** técnica de autocontrol, cuyo objetivo es romper con aquellos pensamientos sobre el tabaco que pueden aumentar el riesgo de que se vuelva a fumar. Se utiliza para controlar esos pensamientos y cuando el paciente se cuestiona la decisión de no fumar.

- ▶ **Control de estímulos:** debilitar y/o extinguir la asociación entre los estímulos (ya sean internos o externos) y la conducta de fumar, facilitando así la cesación.
- ▶ **Trataremos de averiguar qué obstáculos nos vamos a encontrar** tanto el paciente como nosotros y, además, el paciente tratará de ser consciente de su problema, tomar partido y ejecutar el plan de acción que iremos elaborando.

Bibliografía

1. The World Health Organization. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva: WHO; 2010.
2. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2020 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 2020. [Consultado el 30/12/20]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>.
3. Gaztelurrutia L, Gómez JC, Aguiló MC, Ríos J, Sicilia PL, Satué E, et al. Rol del farmacéutico comunitario como agente de salud en la cesación tabáquica. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2020. [Consultado el 30/12/20]. Disponible en: https://www.sefac.org/system/files/2020-02/CESACION_DIGITAL.pdf.
4. Ayesta FJ, Galán MD. PIUFET 3.0. Tema B01. Visión general del abordaje y del tratamiento. En: Programa Interuniversitario de Formación de Especialistas en Tabaquismo. Universidad de Cantabria. Santander; 2018.
5. Aguiló MC. Tabaquismo: aspectos novedosos para su abordaje y revisión actualizada de conceptos. Pharm Care Esp. 2020;22(5):353-66.
6. Martín F, Veiga SF. PIUFET 3.0. Tema B09. La atención especializada en tabaquismo; criterios de derivación. En: Programa Interuniversitario de Formación de Especialistas en Tabaquismo Universidad de Cantabria. Santander; 2018.
7. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.
8. Hughes JR. An updated algorithm for choosing among smoking cessation treatments. J Subst Abuse Treat. 2013;45:215-21.
9. Jiménez CA, Granda JI, Cicero A, Perera L, Mayayo M, Cristóbal M, et al. Combinación de fármacos para el tratamiento del tabaquismo. Rev Patol Respir. 2014;17(3):87-9.
10. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;(4):CD013308.
11. Ayesta FJ, Martín F. PIUFET 3.0. Tema B27. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN). En: Programa Interuniversitario de Formación de Especialistas en Tabaquismo. Universidad de Cantabria. Santander; 2018.

12. Jiménez-Ruiz, CA. Tratamiento Farmacológico para ayudar a dejar de fumar. En: Curso Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: Pharma Academy Johnson & Johnson; 2012.
13. Olano E, Minué C, Ayesta FJ. Tratamiento farmacológico de la dependencia de la nicotina: revisión de la evidencia científica y recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre su elección e individualización. Med Clin (Barc). 2011;136(2):79-83.
14. López-González AA, Gayá M (coords.). Guía de intervención individual para el tratamiento del tabaquismo. Palma: Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut, Govern de les Illes Balears. 2017.
15. Ficha técnica de Nicorette® BucoMist 1 mg/pulsación solución para pulverización bucal. 2021. [Consultado el 3/01/2021]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/76185/FT_76185.pdf.
16. Díaz-Maroto JL, Jiménez-Ruiz CA. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. Inf Ter Sist Nac Salud. 2008;32:71-82.
17. Callejas FJ, Cruz J, Tornero AI. Abordaje del tabaquismo en situaciones especiales. En: De Higes EB, Perera L (coords.). Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. Manual SEPAR de procedimientos nº 32. Madrid: RESPIRA-Fundación Española del Pulmón-SEPAR Editores; 2015:76-86. [Consultado el 3/01/2021]. Disponible en: <https://www.sogapar.info/wp-content/uploads/2016/12/12-Diagnostico-y-tratamiento-tabaquismo-SEPAR.pdf>.
18. Ficha técnica de Nicorette® Clear 15 mg/16 h parches transdérmicos. 2021. [Consultado el 3/01/2021]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/75830/FT_75830.html.
19. Lindson N, Klemperer E, Hong B, Ordóñez-Mena JM, Aveyard P. Smoking reduction interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;(9):CD013183.
20. Tan J, Zhao L, Chen H. A meta-analysis of the effectiveness of gradual versus abrupt smoking cessation. Tob Induc Dis. 2019;17:09.
21. Bohadana A, Freier-Drorb Y, Pelesa V, Babaib P, Izbicik G. Extending varenicline preloading to 6 weeks facilitates smoking cessation: A single-site, randomised controlled trial. EclinicalMedicine. 2020;19:100228.
22. Aveyard P. Effects on abstinence of nicotine patch treatment before quitting smoking: parallel, two arm, pragmatic randomised trial. BMJ. 2018;361:k2164.
23. Rennard S, Hughes J, Cinciripini, PM, Kralikova E, Raupach T, Arteaga C, et al. A Randomized Placebo-Controlled Trial of Varenicline for Smoking Cessation Allowing Flexible Quit Dates Nicotine & Tobacco Research. 2012;14(3):343-50.
24. Tønnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. European Respiratory Society. Eur Respir J. 1999;13(2):238-46.
25. Koegelenberg CFN, Noor F, Bateman ED, Van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, et al. Efficacy of Varenicline Combined with Nicotine Replacement Therapy vs Varenicline Alone for Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2014;312(2):155-61.
26. Chang PH, Chiang CH, Ho WC, Wu PZ, Tsai JS, Guo FR. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Public Health. 2015;15:689.
27. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(11):CD000146.

28. Jiménez CA, Guerrero AC, Mayayo ML, López G, Cristóbal M. Resultados de un programa de tratamiento combinado con bupropion más chicles de nicotina. *Prev Tab.* 2010;12(4):144-9.
29. Claire R, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Berlin I, Leonardi-Bee J, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;3(3):CD010078.
30. 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 a without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet.* 2015;387(10037):2507-20.
31. Aguiló MC. Actualización en el abordaje del tabaquismo. Interacciones del tabaco con los tratamientos farmacológicos. *Medicina Balear.* 2018;33(3):35-40.
32. Callejas FJ, Cruz J, Genovés M, Godoy R. Abordaje al tabaquismo. Fundación BIOTYC. 2020. [Consultado el 30/12/20]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/333058574_Abordaje_del_Tabaquismo.
33. Benito BM, Otero M, Veiga SF. PIUFET 3.0. Tema B21. Estrategias psicológicas específicas. En: Programa Interuniversitario de Formación de Especialistas en Tabaquismo Universidad de Cantabria. Santander; 2018.



Patrocinado por:

Johnson+Johnson

CONSUMER HEALTH

ES-NI-2100003

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

TRATAMIENTO

ABORDAJE DEL PACIENTE

TIPOS DE FUMADORES

TRAT. FARMACOLÓGICOS

TERAPIA CON NICOTINA

INTERACCIONES CON FÁRMACOS

TRAT. PSICOLÓGICO

BIBLIOGRAFÍA