

# Guía de tratamiento del tabaquismo



EditorialRespira



Sociedad Española  
de **Neumología**  
y **Cirugía Torácica**  
SEPAR



# **GUÍA DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**

ISBN: 978-84-937553-1-7

Dep. Legal: M-17316-2010

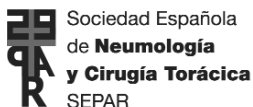
© Copyright 2010. SEPAR

Impreso en: EDEN ARTES GRAFICAS S.L.

Este documento es de dominio público y puede ser utilizado y reimpresso sin permiso especial. *Public Health Service* y la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR aprecian el uso de la cita original, y el formato sugerido se proporciona a continuación:

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, 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.

La lista completa de autores de la Guía se puede encontrar en la página del título.



# **GUÍA DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**

## **TREATING TOBACCO USE AND DEPENDENCE 2008 UPDATE**

### **GUIDELINE PANEL**

Michael C. Fiore, MD, MPH

(Panel Chair)

Carlos Roberto Jaén, MD, PhD, FAAFP

(Panel Vice Chair)

Timothy B. Baker, PhD

(Senior Scientist)

William C. Bailey, MD, FACP, FCCP

Neal L. Benowitz, MD

Susan J. Curry, PhD

Sally Faith Dorfman, MD, MSHSA

Erika S. Froelicher, PhD, RN, MA, MPH

Michael G. Goldstein, MD

Cheryl G. Healton, DrPH

Patricia Nez Henderson, MD, MPH

Richard B. Heyman, MD

Howard K. Koh, MD, MPH, FACP

Thomas E. Kottke, MD, MSPH

Harry A. Lando, PhD

Robert E. Mecklenburg, DDS, MPH

Robin J. Mermelstein, PhD

Patricia Dolan Mullen, DrPH

C. Tracy Orleans, PhD

Lawrence Robinson, MD, MPH

Maxine L. Stitzer, PhD

Anthony C. Tommasello, PhD, MS

Louise Villejo, MPH, CHES

Mary Ellen Wewers, PhD, MPH, RN

**GUIDELINE LIAISONS**

Ernestine W. Murray, RN, BSN, MAS, (Project Officer), Agency for Healthcare Research and Quality

Glenn Bennett, MPH, CHES, National Heart, Lung, and Blood Institute

Stephen Heishman, PhD, National Institute on Drug Abuse

Corinne Husten, MD, MPH, Centers for Disease Control and Prevention

Glen Morgan, PhD, National Cancer Institute

Christine Williams, MEd, Agency for Healthcare Research and Quality

**GUIDELINE STAFF**

Bruce A. Christiansen, PhD (Project Director)

Megan E. Piper, PhD (Project Scientist)

Victor Hasselblad, PhD (Project Statistician)

David Fraser, MS (Project Coordinator)

Wendy Theobald, PhD (Editorial Associate)

Michael Connell, BS (Database Manager)

Cathlyn Leitzke, MSN, RN-C (Project Researcher)

U.S. Department of Health and Human Services

Public Health Service May 2008

## **Comité científico de la traducción al español**

### **Coordinadores científicos**

Dr. Carlos Andrés Jiménez Ruiz  
Carlos Roberto Jaén MD, PHD, FAAFP

### **Grupo de trabajo**

Dr. José Eugenio Alonso Muñoz  
Dra. Neus Altet Gómez  
DUE Noelia Amor Besada  
Dr. Miguel Barrueco Ferrero  
Dr. José Ignacio de Granda Orive  
Dr. José Javier Lorza Blasco  
Dra. Ángela Ramos Pinedo  
Dr. Juan Antonio Riesco Miranda  
Dr. Juan Luis Rodríguez Hermosa  
Dr. Segismundo Solano Reina

Área de Tabaquismo  
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

### **Revisor lingüístico**

Dr. Antonio Díez Herranz



DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Agency for Healthcare  
Research and Quality

540 Gaither Road  
Rockville MD 20850  
www.ahrq.gov

MAY 11 2009

Carlos Jiménez-Ruiz, MD, PhD  
Unidad Especializada en Tabaquismo  
Sub-dirección General de Prevención y Promoción de la Salud  
C/Santa Cruz del Marcenado, 9,  
Madrid 28015, Spain

Dear Dr. Jiménez-Ruiz,

We are pleased to learn of your interest in translating the United States Public Health Service (PHS) Clinical Practice Guideline 2008 Update, *Treating Tobacco Use and Dependence*, into Spanish. We agree that this would be a valuable tool for Spanish-speaking clinicians in Spain, Latin America, and elsewhere, and would help to ensure that these clinicians have ready access to the evidence-based recommendations included in the PHS Guideline.

We support your proposal for the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR) to form a task force comprised of 7-10 Spanish health professionals with scientific expertise in smoking cessation to translate the guideline into Spanish. We understand that the translation would be supervised by a professional translator with a projected completion date by the end of 2009.

We are pleased to inform you that Carlos Roberto Jaén, MD, PhD, FAAFP, Vice Chair of the United States Public Health Service Guideline Panel, has agreed to review the translated document on behalf of the Panel. Ms. Christine Williams of the Agency for Healthcare Research and Quality will serve as the United States Department of Health and Human Services liaison.

On behalf of the Public Health Service of the United States Department of Health and Human Services and the administrative lead for the Clinical Practice Guideline 2008 Update, we appreciate the commitment by you and SEPAR, and look forward to receiving the translated Guideline that will result from this work.

Sincerely,

Carolyn M. Clancy, MD

cc: Michael Fiore, MD, MPH  
Carlos Jaén, MD, PhD



## TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL DE LA ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2008 DE LA GUÍA DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO DEL “US PUBLIC HEALTH SERVICES”

Prof. Michael Fiore\*, Prof. Carlos Roberto Jaén\*, Dr. Carlos Andrés Jiménez Ruiz\*\*, Dr. Juan Ruiz Manzano\*\*\*, Carolyn M. Clancy MD\*\*\*\*

\* “US Public Health Services. US Department of Health and Human Services”

\*\* Coordinador del Área de Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

\*\*\* Presidente. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

\*\*\*\* Directora. “Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). US Department of Health and Human Services”

En el año 1996 el “US Public Health Service” publicaba la primera guía sobre el tratamiento del tabaquismo<sup>1</sup>. Este documento revisaba alrededor de 3.000 artículos que sobre ese tema habían aparecido entre los años 1975 y 1994. La guía tuvo un éxito arrollador y fueron muchos los profesionales sanitarios que se iniciaron en el tratamiento del tabaquismo tras la lectura de este documento. En el año 2000 se analizaron 3.000 artículos más que habían aparecido entre los años 1995 y 1999. Y también se realizó una actualización de la guía que había sido publicada, por primera vez, en el año 1992. Esta nueva versión se difundió aun más ampliamente que la inicial y tuvo un gran impacto para incrementar la sensibilización de los profesionales sanitarios en la prevención y el tratamiento del tabaquismo<sup>2</sup>. Hace apenas un año apareció una nueva actualización de la guía. Se trata de la “Actualización del año 2008 de la guía para el tratamiento del tabaquismo” del “US Public Health Service”<sup>3</sup>. Esta nueva edición es el resultado de una colaboración excepcional entre el Gobierno Federal y las organizaciones sin ánimo de lucro más importantes, entre las que se cuentan las siguientes: “The Agency for Healthcare Research and Quality”, “Centers for Disease Control and Prevention”, “National Cancer Institute”, “National Heart, Lung, and Blood Institute”, “National Institute on Drug Abuse”, “Robert Wood Johnson Foundation”, “American Legacy Foundation”, “University of Wisconsin School of Medicine” y “Public Health’s Center for Tobacco Research and Intervention”. Esta nueva guía incorpora la evidencia de 2.700 artículos más que, sobre tratamiento del tabaquismo, han aparecido entre los años 2000 y 2008. El resultado es un extraordinario documento científico, que aporta sugerentes recomendaciones de indudable valor, no sólo para la práctica clínica del tratamiento del tabaquismo, sino también para su docencia e investigación. Y no sólo para los profesionales sanitarios, sino también para los responsables de la administración de los sistemas sanitarios públicos o privados.

El Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) es consciente de la gran importancia que esta guía tiene para facilitar la buena práctica clínica de todos los profesionales sanitarios en sus actividades de prevención y tratamiento del tabaquismo. Está convencida que la mejor manera de reducir la enorme morbi-mortalidad atribuible al consumo del tabaco se basa en el reconocimiento del tabaquismo como una enfermedad crónica y en conseguir que todos los profesionales sanitarios utilicen los tratamientos, psicológicos y farmacológicos, que han demostrado su eficacia desde un punto de vista científico. Las razones que explican y que apoyan esta afirmación están magníficamente expuestas en esta guía. Por este motivo, la SEPAR ha querido traducir al español la “Actualización del 2008 de la guía de tratamiento del tabaquismo” del “US Public Health Service”. El Área de Tabaquismo de la SEPAR sabe que con ello va a contribuir a que un buen número de profesionales sanitarios hispano-hablantes tengan un más fácil acceso a este importante documento y que así puedan nutrir y acrecentar sus conocimientos científicos con la mejor información actualmente disponible.

El proceso se inició hace algunos meses cuando desde el Área de Tabaquismo de la SEPAR se entró en contacto con el profesor Michael Fiore y se le propuso llevar a cabo la traducción del documento. Se comenzaron entonces las gestiones en el “US Public Health Service” del “US Department of Health and Human Services”, gestiones que terminaron cristalizando con la aprobación por parte de este organismo para realizar una traducción oficial al español de la guía.

La traducción se ha realizado cumpliendo todos los requisitos necesarios para conservar el sentido original del documento y no introducir ningún tipo de cambio o desviación. En primer lugar, un grupo de expertos en tabaquismo, pertenecientes al Área de Tabaquismo de la SEPAR, completaron la traducción de la guía. Este grupo estuvo formado por el Dr. José Eugenio Alonso Muñoz (Zaragoza), la Dra. Neus Altet Gómez (Barcelona), la DUE Noelia Amor Besada (Madrid), el Dr. Miguel Barrueco Ferrero (Salamanca), el Dr. José Ignacio de Granda Orive (Madrid), el Dr. José Javier Lorza Blasco (Pamplona), la Dra. Ángela Ramos Pinedo (Madrid), el Dr. Juan Antonio Riesco Miranda (Cáceres), el Dr. Juan Luis Rodríguez Hermosa (Madrid) y el Dr. Segismundo Solano Reina (Madrid). Más tarde, el Dr. Carlos Roberto Jaén (MD, PhD, FAAFP), subdirector del panel de expertos que elaboró la guía original y que además es bilingüe, y el Dr. Carlos Andrés Jiménez Ruiz realizaron la revisión del documento final.

El primero de ellos actuó en nombre del panel de expertos del “US Public Health Services” y el segundo lo hizo en representación de la SEPAR. Por último, la traducción fue revisada por un médico neumólogo, el Dr. Antonio Díez Herranz, que además es traductor profesional especializado en inglés médico. El documento final fue aprobado tanto por el “US Public Health Services” como por la SEPAR.

Creemos que esta guía ha de servir y ayudar a muchos profesionales sanitarios hispano-hablantes interesados en el tratamiento del tabaquismo. El documento se publica tanto por la SEPAR (Editorial Respira) como por el “US Public Health Services” y se expondrá en las páginas de internet (“webs”) de ambas instituciones. Nuestro deseo es que sea útil y consiga que muchos profesionales sanitarios hispano-hablantes se inicien en la prevención y el tratamiento del tabaquismo, así como para que todos los responsables de las administraciones de los sistemas sanitarios públicos y privados de nuestro entorno se esfuercen por conseguir los cambios estructurales que hagan posible que todos los fumadores reciban el tratamiento que necesitan.

#### Bibliografía

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Smoking cessation. Clinical practice guideline no. 18. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication no. 96-0692. 1996.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2000.
3. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville: US Department of Health and Human Services. 2008. Disponible en [http:// www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic](http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic)

## **ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.**

### **GUÍA DE PRACTICA CLINICA.**

La actualización del año 2008 de la Guía de Tratamiento del tabaquismo, desarrollada y financiada por el US Public Health Service, es el resultado de una extraordinaria colaboración entre el Gobierno Federal y organizaciones no lucrativas entre las que se encuentran The Agency for Healthcare Research and Quality, los Centers for Disease Control and Prevention, el National Cancer Institute, el National Heart, Lung, and Blood Institute, el National Institute on Drug Abuse, la Robert Wood Johnson Foundation, la American Legacy Foundation y el University of Wisconsin School of Medicine and Public Health's Center for Tobacco Research and Intervention. Cada miembro de este consorcio tiene el compromiso de mejorar la salud pública de nuestra nación, y su participación en esta colaboración demuestra claramente un compromiso sólido con el abandono del tabaco.

Ésta es una versión actualizada de la Guía de Tratamiento del tabaquismo publicada en el año 2000. Es el producto de un panel de expertos representantes de los organismos públicos y privados integrantes del consorcio. Se ha elaborado la actualización para incluir nuevos tratamientos clínicos eficaces del tabaquismo que han estado disponibles con posterioridad a la publicación del año 2000. La actualización del año 2008 será una contribución importante a la calidad de la asistencia en los EE.UU. y a la salud de los estadounidenses.

El panel de expertos empleó una metodología de base científica para elaborar recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Se realizaron búsquedas extensas de la literatura, y se hicieron revisiones críticas y síntesis para evaluar los datos empíricos y los resultados significativos. Se emplearon revisiones externas y se pidieron comentarios del público para evaluar la validez, fiabilidad y utilidad de la Guía para la práctica clínica. Las recomendaciones del panel de expertos se han basado fundamentalmente en las publicaciones de base científica. Cuando los datos eran incompletos o heterogéneos en un área concreta, las recomendaciones reflejan el juicio profesional de los miembros del panel.

Las recomendaciones de este documento pueden no ser apropiadas en todas las circunstancias y se han diseñado particularmente para su empleo en escenarios clínicos. Las decisiones de adoptar cualquier recomendación en particular deben tomarlas los profesionales sanitarios a la luz de los recursos disponibles, las cir-

cunstances individuales de cada paciente y la nueva información clínica que pueda proporcionar la U.S. Food and Drug Administration (FDA).

Las recomendaciones actualizadas de esta Guía de Práctica Clínica, con el patrocinio del Public Health Service, ofrecen la esperanza de conseguir dejar el tabaco a 7 de cada 10 fumadores que visitan a un médico cada año. La Guía insta a todos los profesionales sanitarios, todos los planes de salud y todas las instituciones sanitarias a dar la máxima prioridad a la dependencia del tabaco durante estas visitas. Por favor, haga usted dos preguntas fundamentales a sus pacientes: ¿Fuma usted?” y ¿quiere usted dejar de fumar?, seguidas por la utilización de las recomendaciones de esta Guía.

## **RESUMEN**

Tratamiento del tabaquismo: Actualización de 2008, es una Guía de Práctica Clínica patrocinada por el Public Health Service, y es un producto de la comisión de la Guía de Tratamiento del Tabaquismo (“Panel”), integrada por representantes de consorcios, consultores y otras personas. A estas 37 personas se les asignó la responsabilidad de identificar las prácticas y los tratamientos eficaces del tabaquismo, validados experimentalmente. La Guía actualizada fue patrocinada por un consorcio de ocho organizaciones federales gubernamentales, sin fines de lucro: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Centers for Disease Control and Prevention (CDC); National Cancer Institute (NCI); National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI); National Institute on Drug Abuse (NIDA); American Legacy Foundation; Robert Wood Johnson Foundation (RWJF); y University of Wisconsin School of Medicine and Public Health’s Center for Tobacco Research and Intervention (UW-CTRI). Esta guía es una versión actualizada de la Guía de Tratamiento del tabaquismo del 2000: Guía de práctica clínica, que fue patrocinado por el U.S. Public Health Service, U. S. Department of Health and Human Services.

Un impulso para esta actualización de la Guía fue la creciente literatura sobre el tratamiento del tabaquismo. La Guía original de 1996 se basó en unos 3.000 artículos sobre tratamiento del tabaquismo publicados entre 1975 y 1994. La Guía de 2000 supuso la compilación y el análisis de unos 3.000 artículos adicionales, publicados entre 1995 y 1999. La actualización de la Guía de 2008 revisó 2.700 artículos adicionales; por lo tanto, la presente actualización de la Guía refleja la

destilación de una literatura de más de 8.700 artículos de investigación. Por supuesto, se realizó un análisis adicional de estos estudios para identificar un grupo mucho menor de artículos que sirvieran como base para el análisis y la revisión focalizada de los datos para la Guía.

Esta guía contiene estrategias y recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales sanitarios, los especialistas en el tratamiento del tabaquismo y los administradores sanitarios, las aseguradoras y los compradores, en la entrega y el apoyo de tratamientos eficaces del tabaquismo. Se formularon las recomendaciones como resultado de una revisión sistemática y metanálisis de 11 temas específicos, identificados por el grupo de expertos (línea telefónica proactiva de abandono; asesoramiento combinado con medicación en comparación con el asesoramiento o la medicación sola; vareniclina; diversas combinaciones de medicamentos; medicamentos a largo plazo; intervenciones de abandono para personas con bajo nivel socioeconómico/educativo; intervenciones de abandono en fumadores adolescentes; intervenciones de abandono en fumadoras embarazadas; intervenciones de abandono en personas con trastornos psiquiátricos, incluyendo trastornos por consumo de sustancias; proporcionar intervenciones de abandono como beneficio para la salud; e intervenciones en los sistemas sanitarios, incluyendo la combinación de formación de los proveedores e intervenciones en los sistemas). El nivel de solidez de los datos que sirvieron como base para cada recomendación se indica claramente en la actualización de la Guía. Un borrador de la actualización de la Guía fue evaluado por expertos antes de su publicación, y el panel consideró las aportaciones de 81 revisores externos antes de preparar el documento final. Además, el público tuvo la oportunidad de comentar mediante un proceso de revisión del Registro Federal. Las recomendaciones claves de la Guía actualizada, Tratamiento del tabaquismo. Actualización 2008, basada en la revisión de la literatura y la opinión del panel de expertos, son las siguientes:

## **DIEZ RECOMENDACIONES CLAVES DE LA GUÍA**

El objetivo general de estas recomendaciones es que los profesionales sanitarios promuevan la utilización de tratamientos eficaces, tanto medicamentos como asesoramiento, para ayudar a dejar de fumar a sus pacientes fumadores, y que los sistemas de salud, aseguradoras y compradores ayuden a los profesionales sanitarios a ofrecer dichos tratamientos.

1. El tabaquismo es una enfermedad crónica que a menudo requiere intervenciones repetidas y múltiples intentos de abandono. Sin embargo, existen tratamientos eficaces que pueden aumentar significativamente las tasas de abstinencia a largo plazo.
2. Es esencial que los profesionales sanitarios y los sistemas sanitarios identifiquen y documenten de forma consistente el estado de consumo de tabaco y traten a todo fumador visto en el entorno de la atención sanitaria.
3. Los tratamientos del tabaquismo son eficaces en una amplia gama de poblaciones. Los profesionales sanitarios deben alentar a todos los pacientes que estén dispuestos a hacer un intento para dejar de fumar a que utilicen los tratamientos de asesoramiento y medicación recomendados en esta Guía.
4. El tratamiento breve del tabaquismo es eficaz. Los profesionales sanitarios deben ofrecer a todos los fumadores, al menos, los tratamientos breves cuya eficacia se ha mostrado en esta Guía.
5. El asesoramiento individual, grupal y telefónico es eficaz, y su efectividad aumenta con la intensidad del tratamiento. Dos componentes del asesoramiento son especialmente eficaces, y los profesionales sanitarios deben utilizarlos cuando los pacientes asesorados hacen un intento para dejar de fumar:
  - Asesoramiento práctico para la resolución de situaciones de alto riesgo y formación en habilidades.
  - Apoyo social como parte del tratamiento.
6. Se dispone de numerosos medicamentos para el tratamiento del tabaquismo, y los profesionales sanitarios deberían recomendar su uso a todos los pacientes que intentan dejar de fumar, excepto cuando estén contraindicados o en poblaciones específicas para las cuales los datos de su eficacia son insuficientes (por ejemplo, mujeres embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes).
  - Siete medicamentos de primera línea (5 nicotínicos y 2 no nicotínicos) incrementan de manera fiable las tasas de abstinencia a largo plazo:
    - Bupropión SR
    - Chicle de nicotina
    - Inhalador de nicotina
    - Pastilla de nicotina
    - Spray nasal de nicotina
    - Parche de nicotina
    - Vareniclina

- Los profesionales sanitarios también deben considerar el uso de ciertas combinaciones de medicamentos identificados como eficaces en esta Guía.
7. El asesoramiento y la medicación son eficaces cuando se utilizan de forma aislada para tratar la dependencia del tabaco. La combinación de asesoramiento y medicamentos, sin embargo, es más eficaz que cualquiera de ellos por sí solo. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben alentar a todos los individuos que hacen un intento para dejar de fumar a que utilicen el asesoramiento y la medicación.
  8. El asesoramiento telefónico para el abandono del tabaco es eficaz en diversas poblaciones y tiene un amplio alcance. Por ello, tanto los profesionales sanitarios como los sistemas sanitarios deberían garantizar el acceso del paciente a las líneas telefónicas de ayuda al fumador y promover la utilización de éstas.
  9. Si un fumador habitual no está dispuesto a hacer un intento para dejar de fumar, los profesionales sanitarios deben usar los tratamientos motivacionales identificados como eficaces en esta Guía, para incrementar futuros intentos de abandono.
  10. Los tratamientos del tabaquismo son clínicamente eficaces y muy coste/eficaces en relación con las intervenciones para otras enfermedades. Proporcionar cobertura para estos tratamientos aumenta las tasas de abandono. Las aseguradoras y los compradores deben velar porque todos los planes de seguros incluyan como prestaciones cubiertas el asesoramiento y la medicación identificados como eficaces en esta Guía.

La Guía actualizada se divide en siete capítulos que incluyen generalidades, incluyendo métodos (capítulo 1); información sobre la evaluación del uso del tabaco (capítulo 2); intervenciones clínicas, tanto para los pacientes dispuestos como para los que renuncian al intento de abandono en este momento (capítulo 3); intervenciones intensivas (capítulo 4); intervenciones en los sistemas sanitarios, las aseguradoras y los compradores (capítulo 5); los datos científicos que apoyan las recomendaciones de la Guía (capítulo 6); y la información pertinente sobre poblaciones específicas y otros temas (capítulo 7).

Una comparación de los hallazgos de la Guía actualizada con la Guía de 2000 revela el considerable progreso alcanzado en la investigación sobre el tabaquismo durante el breve período de tiempo que separa estas dos publicaciones. Cada vez se reconoce más el tabaquismo como una enfermedad crónica, que normalmente requiere evaluación continua e intervenciones repetidas. Además, la Guía



actualizada ofrece al profesional sanitario muchas más estrategias de tratamiento eficaces que las que se identificaron en la Guía original. Ahora hay siete fármacos eficaces diferentes en la farmacopea de primera línea para el tratamiento del tabaquismo, lo que permite que el sanitario y el paciente tengan muchas opciones con diferentes medicamentos. Además, datos recientes constituyen un apoyo más fuerte aún para el asesoramiento (tanto cuando se utiliza por sí solo como combinado con otros tratamientos) como una estrategia eficaz de abandono del tabaco; el asesoramiento se añade a la eficacia de la medicación para el abandono del tabaco, el asesoramiento a través de las líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar es una intervención efectiva con un alcance amplio, y el asesoramiento aumenta el abandono entre los adolescentes fumadores.

Por último, hay cada vez más datos de que el éxito de cualquier estrategia de tratamiento del tabaquismo no se puede separar del sistema sanitario en el que está incluido. La Guía actualizada contiene nuevos datos de que las políticas sanitarias afectan significativamente la probabilidad de que los fumadores reciban el tratamiento del tabaquismo efectivo y tengan éxito. Por ejemplo, hacer del tratamiento del tabaquismo un beneficio cubierto por los planes de seguros aumenta la probabilidad de que los fumadores reciban tratamiento y tengan éxito en el abandono del tabaco. Los datos indican firmemente que las intervenciones eficaces deben estar coordinadas. De la misma forma que el profesional sanitario debe intervenir sobre sus pacientes, el administrador sanitario, las aseguradoras y los compradores deberían fomentar y apoyar la intervención sobre el tabaco como un elemento integral de la prestación sanitaria. Los administradores sanitarios y las aseguradoras deben velar porque los profesionales sanitarios tengan formación y apoyo para brindar intervenciones homogéneas y eficaces a los fumadores.

Una conclusión importante de esta actualización de la Guía es que la manera más eficaz para llevar a los profesionales sanitarios a intervenir es proporcionarles información sobre las múltiples opciones terapéuticas eficaces y garantizar que tengan un amplio apoyo institucional para utilizar estas opciones. Las acciones conjuntas de profesionales sanitarios, administradores, aseguradoras y compradores pueden fomentar una cultura de asistencia sanitaria en la que la ausencia de intervención con el fumador sea incompatible con una asistencia sanitaria de calidad.

Este documento es de dominio público y puede ser utilizado y reimpresso sin permiso especial. Public Health Service aprecia el uso de la cita original, y el formato sugerido se proporciona a continuación:

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, 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.

La lista completa de autores de la Guía se puede encontrar en la portada.

### **Agradecimientos.**

Esta Guía no hubiera sido posible sin la colaboración de muchos individuos y organizaciones. Cada uno de ellos realizó significativas contribuciones durante el proceso de ejecución de este documento. Aunque son demasiado numerosos para ser nombrados aquí, existe una sección especial en esta publicación donde se pueden encontrar la lista de colaboradores, revisores y otros. No obstante, algunos individuos y organizaciones merecen especial mención.

El panel quiere agradecer la colaboración y ayuda prestada por el consorcio de organizaciones y la dedicación y buen trabajo realizado por sus representantes. Además de estos, el panel quiere agradecer la extraordinaria ayuda y la sustancial colaboración prestada por Jean Slutsky, Director, Center for outcomes and evidence, AHQR, y el grupo de Office of Communications and Knowledge Transfer, AHQR; Sandra Cummings, Deputy Director of Operations, Publishing Team; Harriet Bennett, Public Affairs and Marketing Specialist; y Julius Patterson, Guideline Managing Editor.

El panel, también, quiere agradecer Victor Hasselblad, PhD, quien sirvió al proyecto como estadístico.

# Í N D I C E

<b>Resumen principal</b>	1
<b>1. Visión general y métodos</b>	13
<b>Introducción</b>	13
Fundamento del desarrollo de la Guía y de las actualizaciones periódicas	15
El tabaquismo como enfermedad crónica	17
Coordinación de la asistencia: institucionalización del tratamiento del tabaquismo	19
Metodología del desarrollo de la Guía.	19
Organización de la actualización de la Guía	36
<b>2. Apreciación del consumo del tabaco</b>	41
<b>3. Intervenciones clínicas sobre el tabaquismo</b>	45
<b>Introducción</b>	45
A. Para el paciente motivado para dejar de fumar	49
B. Para el paciente que no quiere dejar de fumar	73
C. Para el paciente que ha abandonado el tabaco recientemente	78
<b>4. Intervenciones intensivas en el tratamiento del tabaquismo</b>	83
<b>Introducción</b>	83
Estrategias para las intervenciones intensivas en el tratamiento del tabaquismo	84
<b>5. Intervenciones en los sistemas sanitarios. Importancia de los administradores de sistemas sanitarios, las compañías aseguradoras privadas, los empresarios y los consumidores</b>	89
<b>Introducción</b>	89
Coste-efectividad de los tratamientos del tabaquismo	91
Recomendaciones para los administradores sanitarios, las compañías aseguradoras privadas, los empresarios y los consumidores	91
Estrategias para los administradores, las compañías aseguradoras privadas, los empresarios y los consumidores	93

<b>6.- Evidencias y recomendaciones</b>	99
<b>Introducción</b>	99
A. Datos sobre el consejo y las intervenciones psico-sociales	105
B. Datos sobre la medicación	142
C. Datos sobre los sistemas	169
<b>7. Poblaciones específicas y otros temas</b>	185
<b>Introducción</b>	185
Tratamientos eficaces para poblaciones específicas	186
Problemas clínicos en poblaciones específicas	191
Otros temas y poblaciones específicas	202
<b>Glosario</b>	227
<b>Apéndices.</b>	
<b>Apéndice A.</b> Declaración económica (posibles conflictos de interés) de los miembros del equipo, coordinadores y revisores	247
<b>Apéndice B.</b> Direcciones útiles en internet	253
<b>Apéndice C.</b> Codificación de la información referente al diagnóstico y la facturación del tratamiento del tabaquismo	255
<b>Apéndice D.</b> Cambios fundamentales de las recomendaciones de la “Guía de práctica clínica del 2000: tratamiento del tabaquismo”	265
<b>Índice alfabético</b>	275



## RESUMEN PRINCIPAL

### Contexto

La guía *Smoking Cessation Clinical Practice Guideline*<sup>1</sup> de 1996 resaltaba las consecuencias perjudiciales del consumo y la dependencia del tabaco, la existencia de tratamientos eficaces y la importancia de incitar a más fumadores al uso de dichos tratamientos. Todas estas cuestiones siguen siendo pertinentes. Sin embargo, desde entonces se han hecho muchos avances en el control del tabaquismo, y estos avances forman parte de un patrón de cambio más general que ha ocurrido en los últimos 40 años. Este avance refleja el éxito de los profesionales sanitarios, la salud pública comunitaria, los científicos, las agencias gubernamentales, las organizaciones sanitarias, las aseguradoras y los fumadores que han logrado el abandono. En consecuencia, la actual prevalencia de consumo de tabaco en adultos en los EE.UU. (alrededor del 20,8%) es menos de la mitad de la que había en la década de 1960 (alrededor del 44%)<sup>2,3</sup>.

Esta Guía concluye que el consumo de tabaco presenta una extraña confluencia de circunstancias: (1) una gravísima amenaza para la salud<sup>4</sup>; (2) gran desinterés entre los profesionales sanitarios para intervenir de modo coherente<sup>5</sup>; y (3) la presencia de intervenciones eficaces. Este último punto se apoya en los datos que indican que las intervenciones sobre la dependencia del tabaco, si se llevan a cabo en el momento oportuno y de forma eficiente, reducen significativamente el riesgo de los fumadores de padecer enfermedades atribuibles al consumo de tabaco<sup>6,13</sup>. En realidad, es difícil identificar cualquier otra enfermedad que presente tal mezcla de letalidad, prevalencia, y abandono, a pesar de disponerse de intervenciones seguras y eficaces.

Aunque el tabaco constituye todavía una enorme amenaza, la historia de los

esfuerzos dirigidos al control del tabaquismo durante los últimos 50 años forma parte de uno de los avances más notables y prometedores. En 1965 los fumadores superaban a los exfumadores en la proporción de tres a uno<sup>14</sup>. Durante los últimos 40 años el porcentaje de abandonos ha superado tanto la tasa de inicio que actualmente hay más exfumadores que fumadores activos<sup>15</sup>. Por otra parte, hace 40 años fumar era visto más como un hábito que como una enfermedad crónica. No se disponía de tratamientos validados científicamente para el tratamiento del tabaquismo, y este ocupaba un lugar insignificante en la práctica clínica. Actualmente hay numerosos tratamientos eficaces, y se considera que la valoración y las intervenciones encaminadas al control del tabaquismo son una obligación de los profesionales sanitarios y las entidades sanitarias. Finalmente, cada estado dispone actualmente de una línea telefónica de “ayuda al fumador”, lo que incrementa el acceso a tratamientos eficaces.

En los apenas doce años transcurridos desde la publicación de la primera Guía también se han producido cambios impresionantes. En 1997 tan sólo el 25% de los planes de asistencia sanitaria gestionada cubría alguna iniciativa de tratamiento del tabaquismo; esta cifra se aproximaba al 90% en el año 2003<sup>16</sup>, aunque este incremento de protección a menudo incluye obstáculos para su uso. Desde la publicación de la primera Guía numerosos estados añaden la cobertura del tratamiento del tabaquismo a su asistencia pública sanitaria, por lo que desde 2005 el 72% ofrece cobertura para al menos un tratamiento de los recomendados en la Guía<sup>16,18</sup>. En 2002, la *Joint Commission* (JCAHO), que acredita a unos 15.000 hospitales y programas asistenciales, instauró el requisito de acreditación para ofrecer intervenciones destinadas al tratamiento del tabaquismo basadas en datos científicos a pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva o neumonía ([www.coreoptions.com/new\\_site/jcahore.html](http://www.coreoptions.com/new_site/jcahore.html); resultados específicos de hospital: [www.hospitalcompare.hhs.gov](http://www.hospitalcompare.hhs.gov)). Finalmente, la asistencia pública sanitaria estadounidense, la *Veterans Health Administration*, y *United States Military* ofrecen actualmente cobertura para el tratamiento del tabaquismo. Estas pólizas y cambios de sistemas están dando fruto en relación con el incremento de los porcentajes de valoraciones y tratamiento del tabaquismo.

Los datos muestran que el porcentaje de fumadores que refieren haber sido aconsejados para dejar de fumar ha aumentado casi hasta el doble desde el comienzo de la década de 1990<sup>19-22</sup>. Datos recientes también indican un notable aumento de la proporción de fumadores que reciben tratamientos más intensivos para el abandono

del tabaco<sup>23,24</sup>. El *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) refiere incrementos continuos para las aseguradoras privadas y la asistencia sanitaria pública en la discusión de fármacos y otras estrategias para el abandono del tabaco<sup>25</sup>. Finalmente, desde la publicación de la primera Guía en 1996, la prevalencia de tabaquismo en los adultos estadounidenses ha descendido desde el 25% hasta aproximadamente el 21%<sup>26</sup>.

Un examen de la Guía actualizada de 2008 muestra que se han hecho importantes avances también en el desarrollo y la prestación de tratamientos. Las líneas telefónicas de “ayuda al fumador” han sido efectivas al aportar un amplio acceso a asesoramiento para el abandono del tabaco de base científica<sup>27,28</sup>. Actualmente se dispone de siete fármacos autorizados por la US Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento del tabaquismo, y nuevos datos indican que algunos fármacos tanto en monoterapia como en combinación son especialmente eficaces. La Guía actualizada también señala las áreas en las que son necesarios más avances. Existe la necesidad de disponer de estrategias de asesoramiento innovadoras y más eficaces. Además, si bien los adolescentes parecen beneficiarse del asesoramiento, se necesitan intervenciones y opciones más homogéneas y eficaces destinadas a niños, adolescentes y adultos jóvenes. La prevalencia del tabaquismo sigue siendo decepcionantemente alta en determinadas poblaciones, como estratos socioeconómicos bajos, bajo nivel sociocultural y educativo, algunas poblaciones de indios estadounidenses, y pacientes con enfermedades psiquiátricas, incluyendo trastornos por consumo de sustancias<sup>3</sup>. Pueden ser necesarias nuevas técnicas y estrategias de prestación del tratamiento antes de que se puedan abordar adecuadamente las necesidades de estos grupos. Por otra parte, aunque muchos de los datos disponibles proceden de estudios aleatorizados que se desarrollan en centros de investigación, es obligatorio que las nuevas investigaciones examinen la aplicación de tratamientos efectivos en la práctica clínica diaria. Finalmente, se necesitan nuevas estrategias para crear una demanda de tratamientos eficaces entre los fumadores; ha habido un ligero aumento de la proporción de fumadores que hacen intentos de abandono, y demasiados pocos fumadores que lo intentan utilizando tratamientos de base científica que pueden duplicar o triplicar los porcentajes de éxito<sup>29</sup>. Nuevas investigaciones y esfuerzos de comunicación deben transmitir más esperanza y confianza, y aumentar el acceso a los tratamientos para que los fumadores, cada vez en mayor número, intenten dejarlo y consigan la abstinencia. Para conseguirlo, todas estas áreas requieren una financiación adecuada.



Así, esta Guía actualizada de 2008 sirve como punto de referencia del progreso realizado. Debe asegurar a los profesionales sanitarios, los elaboradores de políticas sanitarias, las agencias de financiación y al público que el consumo de tabaco es susceptible tanto al análisis científico como a las intervenciones clínicas. Esta historia de notable progreso debería animar a realizar esfuerzos renovados a todos los profesionales sanitarios, elaboradores de políticas sanitarias e investigadores para ayudar a los pacientes que siguen teniendo dependencia del tabaco.

### **Orígenes de la Guía**

Esta Guía, Tratamiento del tabaquismo: Actualización de 2008, una Guía de práctica clínica patrocinada por el *Public Health Service*, es el producto del Panel de la Guía de Tratamiento del Tabaquismo (“El Panel”), coordinadores gubernamentales, especialistas y otros empleados. A estas personas se les encargó la responsabilidad de identificar tratamientos clínicos y prácticas efectivas y homologadas experimentalmente destinadas al abandono del tabaquismo. Esta Guía actualizada es la tercera guía de práctica clínica publicada por el *Public Health Service* sobre el consumo de tabaco. La primera guía, *Smoking Cessation Clinical Practice Guideline N° 18*, de 1996, fue patrocinada por la *Agency for Healthcare Policy and Research* (AHCPR, ahora *Agency for Healthcare Research and Quality* [AHRQ]), *US Department of Health and Human Services* (HHS). Aquella Guía reflejaba la literatura publicada entre 1975 y 1994. La segunda Guía, publicada en el año 2000, *Treating Tobacco Use and Dependence*, fue patrocinada por un consorcio del *US Public Health Service* (PHS) y diversas agencias (AHRQ, *Centers for Disease Control and Prevention* [CDC]; *National Cancer Institute* [NCI]; *National Heart, Lung, and Blood Institute* [NHLBI]; *National Institute on Drug Abuse* [NIDA]), así como por la *Robert Wood Johnson Foundation* (RWJF) y el *University of Wisconsin Center for Tobacco Research and Intervention* (UW-CTRI). Esa Guía reflejaba la literatura científica publicada desde 1975 hasta 1999. La actual Guía de 2008 incluye la literatura científica publicada de 1975 hasta 2007.

La Guía actualizada se ha escrito en respuesta a los nuevos tratamientos clínicos eficaces para el tabaquismo que se han identificado desde 1999. Estos tratamientos prometen elevar los porcentajes de éxito del abandono del tabaco. La Guía original

de 1996 se basó en unos 3000 artículos relacionados con el tratamiento del tabaquismo publicados entre 1975 y 1994. La Guía del año 2000 se basó en la recogida y evaluación de unos 3000 artículos adicionales publicados entre 1995 y 1999. La Guía actualizada de 2008 ha revisado unos 2700 artículos adicionales; así, la presente actualización de la Guía refleja el estudio de más de 8700 artículos de investigación. Por supuesto, se sometió a este conjunto de artículos científicos a un análisis adicional con el fin de identificar un grupo más reducido de artículos, basados en rigurosos criterios de inclusión, que han servido como base para la revisión y el análisis de datos

La Guía actualizada de 2008 ha sido patrocinada por un consorcio de ocho organizaciones, unas pertenecientes al Gobierno Federal y otras privadas sin ánimo de lucro: AHRQ, CDC, NCI, NHLBI, NIDA, *American Legacy Foundation*, RWJF, y UW-CTRI. Todas estas organizaciones tienen como objetivo reducir los costes sociales del consumo de tabaco. Dada la importancia de este asunto para la salud de todos los estadounidenses, la Guía actual ha sido publicada por el PHS del HHS.

### **Estilo y estructura de la Guía**

La actual Guía fue redactada para que se pudiera aplicar como ayuda para todos los consumidores de tabaco, los que consumen cigarrillos y los que consumen cualquier producto derivado del tabaco. Por lo tanto, se utilizarán preferentemente los términos “consumidor de tabaco” y “dependencia del tabaco”, y no “fumador” y “dependencia del cigarrillo”. En algunos casos, sin embargo, los datos a favor de una recomendación particular, procederán totalmente de estudios que hayan utilizado a fumadores de cigarrillos como participantes. En estos casos, la recomendación y los datos científicos se refieren a los “fumadores” para comunicar la naturaleza concreta de los datos. En la mayoría de los casos, sin embargo, las recomendaciones de la Guía se aplican a todos los tipos de consumidores de tabaco. Finalmente, la mayoría de los datos examinados en esta Guía se basa en fumadores adultos, aunque los correspondientes datos en relación con los adolescentes fumadores se exponen en el capítulo 7.

La Guía actualizada se divide en siete capítulos que integran las recomendaciones previas con hallazgos actualizados.

**Capítulo 1.** Visión general y Métodos, incluye el contexto de práctica clínica y científico del proyecto de la actual Guía y describe la metodología utilizada para elaborar las recomendaciones.

**Capítulo 2.** Apreciación del consumo del tabaco, describe cómo se debe determinar el hábito tabáquico de todos los pacientes que acuden a un centro sanitario, y cómo se debe evaluar la motivación de hacer un intento de abandono en todos los consumidores de tabaco.

**Capítulo 3.** Intervenciones clínicas sobre el tabaquismo, resume las intervenciones breves eficaces que se pueden aplicar fácilmente en atención primaria. En este capítulo se describen intervenciones diferentes para los pacientes que *están preparados* para intentar el abandono en este momento, para aquellos otros que todavía *no están preparados* y para los que han dejado el tabaco recientemente.

**Capítulo 4.** Intervenciones intensivas en el tratamiento del tabaquismo, describe un prototipo de tratamiento intensivo para el abandono del tabaco que engloba las estrategias cuya eficacia se ha demostrado en esta Guía. Como los tratamientos intensivos consiguen los más altos porcentajes de éxito, son un componente importante de las intervenciones destinadas al abandono del tabaco.

**Capítulo 5.** Intervenciones en los sistemas sanitarios, va dirigido a gestores sanitarios, aseguradoras y compradores, y ofrece estrategias para el cambio en la prestación de la asistencia y en cobertura a fin de que las valoraciones y las intervenciones sobre el tabaquismo se conviertan en una asistencia estándar en todos los niveles de la atención sanitaria.

**Capítulo 6.** Evidencias y Recomendaciones, presenta los resultados de los análisis estadísticos y de la revisión de la literatura, y las recomendaciones que surgen de estas observaciones. La Guía analiza temas tales como la eficacia de diferentes estrategias de asesoramiento psicológico y tratamientos farmacológicos, la relación entre la intensidad del tratamiento y el éxito del mismo, si el cribado del consumo de tabaco en la práctica clínica mejora la identificación de los fumadores y si los cambios de los sistemas pueden incrementar la prestación de intervenciones eficaces, intentos de abandono y porcentajes de abandono reales.

El Panel de la Guía también hace recomendaciones específicas en relación con futuras necesidades de investigación.

**Capítulo 7.** Poblaciones específicas y otros temas, valora los datos de las intervenciones sobre el tabaquismo y su eficacia en poblaciones específicas: fumadores positivos para el VIH, fumadores hospitalizados, fumadores homosexuales (masculinos o femeninos)/bisexuales/transexuales, fumadores con bajo nivel socioeconómico/bajo nivel educativo, fumadores con comorbilidades médicas, fumadores ancianos, fumadores con enfermedades psiquiátricas (incluyendo trastornos por consumo de sustancias), minorías étnicas y raciales, mujeres fumadoras, niños y adolescentes fumadores, fumadores leves, fumadoras embarazadas y consumidores de tabaco distinto al cigarrillo. El Panel de la guía hace recomendaciones específicas para investigaciones futuras sobre temas relevantes en estas poblaciones. Este capítulo también presenta información y recomendaciones relativas al aumento de peso después de dejar de fumar, con recomendaciones concretas en relación con futuras investigaciones sobre este tema.

### **Hallazgos y recomendaciones**

Las recomendaciones fundamentales de la Guía Actualizada, Tratamiento del tabaquismo: Actualización de 2008, basadas en la revisión de la literatura y en la opinión del Panel de expertos, son las siguientes:

#### **Diez recomendaciones fundamentales de la Guía**

El objetivo que se persigue con estas recomendaciones es que los profesionales sanitarios recomienden intensamente el uso de asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico a todos los pacientes fumadores y que las organizaciones sanitarias, las aseguradoras y los compradores ayuden a los profesionales sanitarios a hacer que estos tratamientos eficaces estén disponibles.

1. El tabaquismo es una enfermedad crónica que a menudo requiere intervenciones repetidas y múltiples intentos de abandono. Sin embargo, existen tratamientos eficaces que pueden aumentar significativamente las tasas de abstinencia a largo plazo

2. Es esencial que los profesionales sanitarios y los sistemas sanitarios identifiquen y documenten de forma consistente el estado de consumo de tabaco y traten a todo fumador visto en el entorno de la atención sanitaria.
3. Los tratamientos del tabaquismo son eficaces en una amplia gama de poblaciones. Los profesionales sanitarios deben alentar a todos los pacientes que estén dispuestos a hacer un intento para dejar de fumar a que utilicen los tratamientos de asesoramiento y medicación recomendados en esta Guía.
4. El tratamiento breve del tabaquismo es eficaz. Los profesionales sanitarios deben ofrecer a todos los fumadores, al menos, los tratamientos breves cuya eficacia se ha mostrado en esta Guía.
5. El asesoramiento individual, grupal y telefónico es eficaz, y su efectividad aumenta con la intensidad del tratamiento. Dos componentes del asesoramiento son especialmente eficaces, y los profesionales sanitarios deben utilizarlos cuando asesoran a los pacientes para que hagan un intento para dejar de fumar:
  - Asesoramiento práctico para la resolución de situaciones de alto riesgo y formación en habilidades.
  - Apoyo social como parte del tratamiento.
6. Se dispone de numerosos medicamentos para el tratamiento del tabaquismo, y los profesionales sanitarios deberían recomendar su uso a todos los pacientes que intentan dejar de fumar, excepto cuando estén contraindicados o en poblaciones específicas para las cuales los datos de su eficacia son insuficientes (por ejemplo, mujeres embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes).
  - Siete medicamentos de primera línea (5 nicotínicos y 2 no nicotínicos) incrementan de manera fiable las tasas de abstinencia a largo plazo:
    - Bupropión SR
    - Chicle de nicotina
    - Inhalador de nicotina

Pastilla de nicotina

Spray nasal de nicotina

Parche de nicotina

Vareniclina

- Los profesionales sanitarios también deben considerar el uso de ciertas combinaciones de medicamentos identificados como eficaces en esta guía.
7. El asesoramiento y la medicación son eficaces cuando se utilizan de forma aislada para tratar el tabaquismo. La combinación de asesoramiento y medicamentos, sin embargo, es más eficaz que cualquiera de ellos por sí solo. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben alentar a todos los individuos que hacen un intento para dejar de fumar a que utilicen el asesoramiento y la medicación.
  8. El asesoramiento telefónico para el abandono del tabaco es eficaz en diversas poblaciones y tiene un amplio alcance. Por lo tanto, tanto los profesionales sanitarios como los sistemas sanitarios deberían garantizar el acceso del paciente a las líneas telefónicas de ayuda al fumador y promover la utilización de éstas.
  9. Si un fumador habitual está dispuesto a hacer un intento para dejar de fumar, los profesionales sanitarios deben usar los tratamientos motivacionales identificados como eficaces en esta guía, para incrementar futuros intentos de dejar de fumar.
  10. Los tratamientos para la dependencia son clínicamente eficaces y muy coste/eficaces en relación con las intervenciones para otras enfermedades. Proporcionar cobertura para estos tratamientos aumenta las tasas de abandono. Las aseguradoras y los compradores deben velar porque todos los planes de seguros incluyan como prestaciones cubiertas el asesoramiento y la medicación identificados como eficaces en esta guía.

### **Actualización de la Guía: Avances**

Una comparación de los hallazgos de la guía actualizada con la guía de 2000 revela el progreso considerable alcanzado en la investigación sobre el tabaquismo durante

el breve período de tiempo que separa estas dos publicaciones. De las múltiples diferencias entre los dos documentos, merecen la pena destacarse las siguientes:

- La Guía actualizada ha mostrado datos aún más sólidos de que el asesoramiento es una intervención terapéutica eficaz en el tabaquismo. Conviene destacar los hallazgos de que el asesoramiento mejora significativamente la eficacia del tratamiento farmacológico para el abandono del tabaco, el asesoramiento a través de la línea telefónica es una opción eficaz de gran alcance, y el asesoramiento incrementa la abstinencia en los fumadores adolescentes.
- La Guía actualizada ofrece al profesional sanitario muchas más estrategias de tratamiento eficaces que las que se identificaron en la Guía original. Ahora hay siete fármacos eficaces diferentes de primera línea autorizados por la FDA para el tratamiento del tabaquismo. Además, se ha demostrado la eficacia de múltiples combinaciones de fármacos. De este modo el profesional sanitario y el paciente disponen de más opciones farmacológicas que en el pasado. La Guía aporta también datos de la eficacia comparativa de los diferentes fármacos.
- La Guía actualizada contiene nuevos datos de que las políticas sanitarias afectan significativamente la probabilidad de que los fumadores reciban el tratamiento del tabaquismo efectivo y tengan éxito. Por ejemplo, hacer del tratamiento del tabaquismo un beneficio cubierto por los planes de seguros aumenta la probabilidad de que los fumadores reciban tratamiento y tengan éxito en el abandono del tabaco.

### **Perspectivas futuras**

La investigación revisada por la actual Guía de 2008 sugiere un brillante futuro para el tratamiento del tabaquismo. Desde la publicación de la primera Guía de Práctica Clínica de la AHCPR en 1996 se han hecho estimulantes avances en el tratamiento del tabaquismo. Una cada vez mayor literatura médica ha llevado a un notable incremento del número y los tipos de tratamientos eficaces y a múltiples nuevas estrategias de prestación de los tratamientos. Estas nuevas estrategias están mejorando la prestación de las intervenciones para controlar el tabaquismo dentro y fuera de los sistemas sanitarios. Esto significa que un número sin precedentes de fumadores tiene acceso a un número sin precedentes de tratamientos eficaces.

Aunque los datos revisados en la Actual Guía son esperanzadores y presagian

avances aún mayores a través de futuras investigaciones, para muchos fumadores el progreso ha sido un pagaré no abonado. La mayoría de los fumadores que actualmente intentan dejar de fumar sigue haciéndolo sin ayuda<sup>29-32</sup>, aunque la proporción de los que utilizan tratamientos de base científica ha aumentado desde la publicación de la guía AHCPR en 1996<sup>33-35</sup>. Debido a la prevalencia de estos intentos sin ayuda (los que se realizan sin asesoramiento ni tratamiento farmacológico de base científica), muchos fumadores han alcanzado la abstinencia por esta vía<sup>6,36</sup>. Sin embargo, ha quedado claro con los datos presentados en esta Guía que los fumadores tienen muchas más posibilidades de éxito si utilizan asesoramiento o tratamiento farmacológico de base científica que si lo intentan sin estas ayudas. Por tanto, un futuro desafío en este campo es asegurarse que fumadores, profesionales sanitarios y sistemas sanitarios dispongan de información exacta sobre la eficacia de las distintas intervenciones terapéuticas para el tabaquismo, y que el 70% de los fumadores que consultan en atención primaria cada año tenga un mayor acceso a los tratamientos eficaces. Éste es un asunto de vital importancia en salud pública porque los costes del fracaso son muy elevados. Las recaídas perpetúan la exposición al tabaco, lo que conduce a un incremento del riesgo de enfermedad y muerte. Se deben realizar más avances para mejorar la formación de los profesionales sanitarios y de la población sobre la eficacia de los tratamientos del tabaquismo y para conseguir que tales tratamientos estén disponibles y sean atractivos para los fumadores.

Se necesitan avances constantes en el tratamiento del tabaquismo. Los tratamientos deberían ser incluso más efectivos y estar más disponibles, deberían desarrollarse nuevas estrategias de asesoramiento y las investigaciones deberían centrarse en el desarrollo de intervenciones eficaces y la prestación de las estrategias a poblaciones especialmente sensibles al consumo de tabaco (p. ej., adolescentes, embarazadas, indios estadounidenses, nativos de Alaska, individuos con bajo nivel sociocultural y económico, pacientes con enfermedades psiquiátricas, incluyendo trastornos por consumo de sustancias). No obstante, el descenso en la prevalencia del consumo de tabaco en los EE.UU. durante los últimos 40 años ha sido un logro esencial de salud pública. El tratamiento del tabaquismo ha jugado un papel fundamental en la consecución de estos resultados.





## VISIÓN GENERAL Y MÉTODOS

### INTRODUCCIÓN

Se ha citado al tabaquismo como la primera causa evitable de enfermedad y muerte en nuestra sociedad, y produce más de 435.000 muertes cada año en los Estados Unidos<sup>37,38</sup>. Se sabe que el consumo de tabaco es causa de múltiples cánceres, enfermedades cardíacas, accidente cerebrovascular, complicaciones del embarazo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otras muchas enfermedades<sup>4</sup>. Recientes estudios han confirmado el peligro para la salud que supone la inhalación involuntaria del humo del tabaco<sup>4</sup>. A pesar de los peligros para la salud y de la conciencia pública de los mismos, la prevalencia del consumo de tabaco se mantiene sorprendentemente alta. Estimaciones recientes mantienen que el 21% de los estadounidenses adultos fuman<sup>3</sup>, lo que representa aproximadamente 45 millones de fumadores adultos habituales<sup>3,39</sup>. Más aún, el consumo de tabaco es una enfermedad pediátrica<sup>40-42</sup>. Cada día aproximadamente 4.000 jóvenes entre 12 y 17 años fuman su primer cigarrillo y aproximadamente 1.200 niños y adolescentes se convierten en fumadores habituales a diario<sup>43,44</sup>. Como resultado de lo anterior, una nueva generación de estadounidenses tiene riesgo de padecer las consecuencias extraordinariamente nocivas del consumo de tabaco.

El tabaquismo supone un alto coste para la sociedad al igual que para el individuo. El coste sanitario atribuible al tabaquismo se estima en 96.000 millones de dólares al año en costes directos y otros 97.000 millones de dólares por pérdida de productividad<sup>28</sup>. Se ha estimado que el coste adicional para la sociedad por cajetilla es aproximadamente de 7,18 dólares por cajetilla<sup>45</sup> y que el coste combinado para la sociedad y para el individuo fumador y su familia por cada cajetilla es de casi 40 dólares<sup>46</sup>. Si todos los fumadores cubiertos por la asistencia pública sanitaria es-

tadounidense dejaran de fumar, los ahorros anuales de dicho sistema asistencial serían de 9.700 millones de dólares después de 5 años<sup>47</sup>.

A pesar de las trágicas consecuencias del tabaquismo, tanto los profesionales sanitarios como los sistemas sanitarios no lo tratan de manera homogénea y efectiva. Por ejemplo, en 1995, y coincidiendo con la publicación de la primera Guía de práctica clínica, se identificaba el hábito tabáquico en sólo el 65% de las visitas médicas, y el consejo para dejar de fumar sólo se ofrecía al 22% de los fumadores<sup>48,49</sup>. Más aún, el tratamiento sólo se ofrecía a aquellos fumadores que ya tenían enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco<sup>48</sup>. Este patrón comenzó a mejorar de forma gradual en 2005, momento en el que el 90% de los fumadores refería que se les había preguntado por su hábito tabáquico, y más del 70% había recibido algún tipo de consejo médico<sup>23,50,51</sup>. Sin embargo, sigue sin evaluarse ni intervenir de forma homogénea en los fumadores a pesar de los sólidos datos de que incluso una intervención breve puede ser eficaz en diferentes poblaciones de fumadores<sup>52-58</sup>. También el uso de medicaciones eficaces es bajo. De los fumadores habituales que intentaron dejar de fumar al menos 1 día en el año anterior, únicamente el 21,7% empleó fármacos para dejar de fumar<sup>33</sup>.

En esta Guía se concluye que en el tabaquismo confluyen extrañas y diferentes circunstancias: (1) alta capacidad de dañar la salud<sup>4</sup>; (2) ausencia de intervención homogénea por parte de los profesionales sanitarios; y (3) disponibilidad de intervenciones eficaces. El último punto se confirma con datos que indican que las intervenciones dirigidas al tabaquismo, cuando se realizan de manera oportuna y eficaz, pueden reducir rápidamente el riesgo de sufrir enfermedades debidas al consumo de tabaco<sup>6-13</sup>. Efectivamente, es difícil identificar otra enfermedad que presente a la vez tal combinación de letalidad, prevalencia y desatención, a pesar de disponerse de intervenciones eficaces y asequibles.

Hay barreras importantes que interfieren con la evaluación y el tratamiento de los fumadores por parte de los profesionales sanitarios. Muchos profesionales sanitarios carecen de conocimientos sobre cómo identificar de forma rápida y fácil a los fumadores, qué tratamientos son eficaces, cómo se deben administrar estos tratamientos y la eficacia comparativa de los diferentes tratamientos<sup>59-62</sup>. Además, los profesionales sanitarios pueden no intervenir debido a un inadecuado apoyo institucional para la valoración y el tratamiento sistemáticos de los fumadores<sup>48,60,63</sup>, y por otras razones como limitaciones de tiempo, poca experien-

cia en las intervenciones para el abandono del tabaco, la falta de cobertura de estos tratamientos por las aseguradoras, o reembolso inadecuado del tratamiento<sup>64-67</sup>.

## **FUNDAMENTO DEL DESARROLLO DE LA GUÍA Y LAS ACTUALIZACIONES PERIÓDICAS.**

A principios de la década de los 90 la *Agency for Health Policy and Research* (AHCPR; actualmente *Agency for Health Care Research and Quality* [AHRQ]) decidió formar un panel de expertos para desarrollar la Guía “*Smoking Cessation Clinical Practice Guidelines*” (La “Guía”), que sería la número 13 de la serie de Guías de Práctica Clínica de la AHCPR. La necesidad de esta guía se basó en varios factores: prevalencia del tabaquismo, mortalidad y morbilidad debidas al consumo de tabaco, carga económica que supone el consumo, variaciones en la práctica clínica, disponibilidad de métodos que mejoren la atención y disponibilidad de datos que avalen las recomendaciones. Se distribuyó más de 1 millón de copias de la Guía de 1996 y de sus apéndices. Las recomendaciones de la Guía original inspiraron cambios en diversos contextos asistenciales, como las organizaciones de asistencia gestionada y la *Veteran Health Administration*. La Guía original también ofrecía un marco para la formación de profesionales sanitarios, administradores y creadores de políticas sanitarias sobre la importancia del tabaquismo y de su tratamiento. Estimuló discusiones que abordaron el desarrollo de programas para el tratamiento del tabaquismo a los niveles federal y estatal y por parte de organizaciones médicas profesionales.

Nuevos e importantes trabajos de investigación sobre el tabaquismo y su tratamiento permitieron la actualización de la Guía en el año 2000, cuyos autores fueron los miembros del panel de expertos que elaboraron la Guía de 1996. La actualización del año 2000 fue un producto del *U.S. Public Health Service* (PHS) financiada por un consorcio de entidades privadas y públicas que incluía a la AHRQ, el *National Cancer Institute* (NCI), el *National Heart, Lung and Blood Institute* (NHLBI), el *National Institute of Drug Abuse* (NIDA), los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), la *Robert Wood Johnson Foundation* (RWJF) y la *University of Wisconsin School of Medicine and Public Health Center for Tobacco Research and Interventions* (UN-CTRI).

La Guía del año 2000, titulada “*Treating Tobacco Use and Dependence*”, incluía

recomendaciones específicas de base científica para guiar a los profesionales sanitarios, especialistas en el tratamiento del tabaquismo, compañías de seguros, empresarios y los consumidores y gestores sanitarios en sus esfuerzos para desarrollar y aplicar cambios clínicos e institucionales que favorecieran la identificación fiable, la evaluación y el tratamiento de los pacientes que consumen tabaco<sup>68</sup>. Este título da énfasis a tres verdades sobre el tabaquismo<sup>68</sup>. Primero, todos los productos del tabaco, y no sólo los cigarrillos, devastan las arcas y el bienestar nacional. Segundo, para la mayoría de los consumidores de tabaco, su consumo constituye realmente una drogodependencia, comparable a la dependencia que producen los opiáceos, las anfetaminas y la cocaína<sup>69-72</sup>. Tercero, el tabaquismo requiere una intervención clínica y, como otras enfermedades crónicas, puede ser necesario repetir estas intervenciones a lo largo del tiempo<sup>73,74</sup>.

El documento “*Treating Tobacco Use and Dependence*” del año 2000 fue la Guía más difundida de las que publicó la AHRQ, con más de 5 millones de copias, tanto de la guía como de sus apéndices. Más aún, tuvo una enorme influencia en el empleo del tratamiento para ayudar a dejar de fumar y en las políticas sanitarias en todo el mundo, sirviendo de base de las guías de Australia, Canadá, Chile, Japón, Portugal y Suiza, además de otros países.

La continua expansión de nuevos hallazgos científicos sobre el tratamiento eficaz del tabaquismo ha llevado a la realización de la presente actualización, *Tratamiento del tabaquismo: actualización de 2008*. La actualización de 2008 revisa todos los datos científicos disponibles desde 1975 hasta 2007 sobre temas seleccionados, revisándose en total más de 8.700 publicaciones científicas. El resultado de aplicar esta revisión metodológicamente rigurosa es un conjunto actualizado de recomendaciones sobre el consejo y el tratamiento eficaces del tabaquismo y sobre las políticas institucionales que puedan guiar al profesional sanitario, al especialista y a los sistemas sanitarios en la intervención sobre los fumadores. El apéndice D resume las nuevas recomendaciones y los cambios realizados a la Guía de 2000. Esta Guía va dirigida a todo profesional que atiende a los fumadores: médicos, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, asistentes de los médicos, practicantes, dentistas, higienistas, terapeutas respiratorios, psicólogos, consejeros de salud mental y farmacéuticos, entre otros. Los beneficiarios finales de esta Guía son los fumadores y sus familiares.

La mayoría de los estadounidenses que consumen tabaco son fumadores de ciga-

rrillos. Como resultado de lo anterior, la mayor parte de la atención clínica y de la investigación se ha fijado sobre el tratamiento y evaluación de los fumadores. Los profesionales sanitarios, sin embargo, deberían intervenir sobre todos los consumidores de tabaco, no sólo sobre los que fuman cigarrillos. Para fomentar una implantación amplia de esta Guía actualizada, se ha intentado por todos los medios describir intervenciones que sean relevantes para todas las formas de consumo de tabaco. En algunas secciones de esta Guía se utiliza el término fumador en lugar de consumidor de tabaco. El uso del término “fumador” significa que todos los datos relevantes para una recomendación brotan de estudios de fumadores de cigarrillos. En el Capítulo 7 se pueden encontrar más comentarios de otras labores de tabaco.

La Guía actualizada del 2008 concuerda en general con los hallazgos de la Guía de 2000 (véase Apéndice D). Es también importante el hacer notar que se han publicado otras Guías y análisis sobre el tratamiento tabaquismo, con hallazgos concordantes, como las guías de la *American Psychiatric Association*<sup>75,76</sup>, la *American Medical Association*<sup>77</sup>, la *American Dental Association*<sup>78</sup>, la *American Nurse Association*<sup>79</sup>, el *American College of Obstreticians and Gynecologists*, el *Institute of Medicine*<sup>80</sup>, la Guía del Reino Unido<sup>81</sup> y la colaboración Cochrane ([www.cochrane.org/index.htm](http://www.cochrane.org/index.htm)). Finalmente, en toda la actualización de la Guía, se utilizarán de forma indistinta los términos “tratamiento del tabaquismo” y “tratamiento de la dependencia del tabaco” para enfatizar el hecho de la doble forma de intervención sobre la enfermedad crónica y sobre la dependencia.

## EL TABAQUISMO COMO ENFERMEDAD CRÓNICA

En el tabaquismo se manifiestan muchas características de una enfermedad crónica. Sólo una pequeña proporción de los consumidores de tabaco logra mantener la abstinencia tras un primer intento de abandono. La mayoría de ellos persiste en el consumo de tabaco por muchos años y generalmente pasa por períodos de abstinencia y recaídas. No apreciar la naturaleza crónica de la dependencia del tabaco impedirá que los profesionales sanitarios valoren y traten de forma homogénea a los fumadores.

Datos epidemiológicos indican que actualmente más del 70% de los 45 millones de fumadores estadounidenses desearía dejar de fumar, y aproximadamente el 44% responde que intenta dejar de fumar todos los años<sup>3</sup>. Lamentablemente, la

mayoría de estos esfuerzos de dejar de fumar no tendrá ayuda ni éxito. Por ejemplo, de los 19 millones de fumadores adultos que intentaron dejarlo en 2005<sup>39</sup>, sólo del 4% al 7% tenía probabilidad de éxito<sup>82,83</sup>. Estos datos desaniman tanto a los fumadores como a los profesionales sanitarios.

Los abordajes actuales para tratar el tabaquismo deberían reflejar la cronicidad de esta dependencia. Un modelo de enfermedad crónica reconoce la naturaleza de la afección a largo plazo, con la expectativa de que el paciente pasará por períodos de recurrencia y remisión. Si se reconoce que la dependencia del tabaco es una enfermedad crónica, los profesionales sanitarios entenderán mejor la naturaleza recidivante de la enfermedad y la necesidad de tratar al paciente de forma crónica, no sólo aguda. La existencia de numerosos tratamientos eficaces aporta a los profesionales sanitarios y a los pacientes muchas opciones en el caso de que sean necesarios varios intentos de abandono.

Un modelo de enfermedad crónica pone de manifiesto a los profesionales sanitarios la importancia de continuar la educación, la terapia conductual y el consejo a lo largo del tiempo. Aunque muchos profesionales sanitarios se sienten cómodos a la hora de aconsejar a sus pacientes sobre otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial o la hipertrigliceridemia, muchos piensan que son menos eficaces cuando aportan consejo a los fumadores<sup>84,85</sup>. Como en estas otras enfermedades crónicas, se debería animar a los profesionales sanitarios a que dieran a los fumadores consejo breve para dejar de fumar, terapia conductual y medicaciones apropiadas. Es importante que los profesionales sanitarios sepan que la valoración y el tratamiento del consumo de tabaco generalmente llevan a una mayor satisfacción de los pacientes con la asistencia sanitaria<sup>23,50,86-88</sup>. Más aún, los cambios de políticas (p. ej., aumento de impuestos, leyes sobre espacios libres de humo) llevan frecuentemente a los fumadores a buscar tratamientos para esta enfermedad crónica.

Para la actualización de la Guía, el panel de expertos ha presentado hallazgos analíticos de base científica con un formato accesible y familiar para los médicos en ejercicio. Aunque esto debería ayudar a los médicos en la valoración y el tratamiento de los consumidores de tabaco, los profesionales sanitarios deberían recordar que la recaída es probable, y que refleja la naturaleza crónica de la dependencia. La mayoría de los consumidores de tabaco que a la larga lo deja tiene episodios de recaída en el camino hacia la abstinencia. La recaída no debe desanimar al profesional sanitario ni a los fumadores para hacer un nuevo intento de abandono.

## **COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA: INSTITUCIONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.**

Cada vez hay más datos de que el éxito de cualquier estrategia de tratamiento del tabaquismo no puede separarse del sistema asistencial en el que está incluida. Existen datos sólidos de que la homogeneidad y la eficacia de las intervenciones para ayudar a dejar de fumar precisan *intervenciones coordinadas*. Al igual que el profesional sanitario debe intervenir en el paciente, también el gestor asistencial, las aseguradoras médicas y los empresarios y los consumidores deben proveer el tratamiento del tabaquismo como un elemento integral de la cartera de servicios médicos. Las aseguradoras médicas y los empresarios y los consumidores deberían asegurarse de que tanto el tratamiento médico como el psicológico de base científica para la dependencia del tabaco sean prestaciones cubiertas y disponibles para sus asegurados, y que los asegurados las conozcan. Los gestores sanitarios también deberían proveer a los profesionales sanitarios con formación, apoyo institucional y sistemas para asegurar la constancia en la identificación de los consumidores de tabaco y las intervenciones en estos pacientes. Por ello, las aseguradoras médicas, los empresarios y los consumidores y las organizaciones asistenciales deberían promover el uso de tratamientos cubiertos y evaluar el uso y los resultados en sistemas de medición del rendimiento<sup>89</sup>. Finalmente, cada vez hay más datos de que para obtener un máximo beneficio para la salud pública, se debería aumentar el acceso a tratamientos eficaces durante la aplicación de medidas para el control del tabaquismo al nivel poblacional y después de dicha aplicación (p. ej.; incremento de los impuestos sobre el tabaco y leyes para mantener lugares libres de humo), que incrementan la motivación y el apoyo en los intentos de abandono<sup>90</sup>

## **METODOLOGÍA DE DESARROLLO DE LA GUÍA**

### **INTRODUCCIÓN**

Las recomendaciones del panel pretenden proveer a los profesionales sanitarios de estrategias eficaces para tratar a los fumadores. En esencia, este documento es una guía de práctica clínica. Estas recomendaciones se han planteado por dos objeti-



vos. El primero fue identificar estrategias terapéuticas eficaces. El segundo fue formular y presentar recomendaciones que fueran fáciles de aplicar en los diferentes contextos clínicos (p. ej., atención primaria; unidades especializadas; farmacias; hospitales, incluyendo los servicios de urgencias; lugares de trabajo; y consultas escolares) y en diferentes poblaciones de pacientes.

La actualización de la Guía se basa en tres revisiones sistemáticas de la literatura científica disponible. La primera se realizó durante la realización de la primera Guía original publicada en 1996 e incluyó la literatura disponible desde 1975 hasta 1994. La segunda revisión se realizó para la Guía del 2000 e incluyó la literatura disponible desde 1995 hasta 1999. La tercera empleó la bibliografía existente desde 1999 hasta junio de 2007. Las tres bases de datos se combinaron en una sola, que se utilizó en el análisis del 2008.

Los expertos identificaron que los estudios aleatorizados y controlados con un placebo eran los que tenían el mayor nivel de evidencia. Por ello, los datos obtenidos de estudios aleatorizados y controlados sirven de base para el metanálisis y para casi todas las recomendaciones contenidas en esta Guía. Se han planteado dudas sobre los testigos tratados con un placebo ya que algunos individuos adivinan el tratamiento que están utilizando con niveles mayores que los que explica el azar<sup>91</sup>. Por ello, es posible que en el típico estudio aleatorizado y controlado no se controlen completamente los efectos del placebo. Se debe tener en mente este fenómeno cuando se analizan los resultados de un metanálisis sobre medicamentos. Además, en estudios sobre terapia conductual con frecuencia no es posible controlar los efectos inespecíficos del placebo.

Los expertos ocasionalmente realizaron recomendaciones sin estudios aleatorizados y controlados cuando se encontraban con un problema importante de práctica clínica para el que había otros tipos de datos científicos. Esta Guía identifica claramente el nivel de evidencia que sirve de base para cada recomendación.

### **TEMAS INCLUIDOS EN LA GUÍA**

Los expertos identificaron el consumo de tabaco como conducta diana, y a los consumidores de tabaco como la población clínica de interés. Se evaluó la eficacia de los tratamientos de la dependencia del tabaco, así como las intervenciones dirigidas a modificar la conducta tanto de los profesionales sanitarios como de los sistemas sanitarios. Al principio del proceso de actualización de 2008 se consultó

a los miembros del panel de expertos, a otros expertos externos y a un consorcio representativo para determinar los aspectos de la Guía del 2000 que se debían actualizar. Tras las consultas surgieron las siguientes recomendaciones principales que guiaron el proceso de la actualización: (1) realizar nuevas revisiones de la literatura y metanálisis sobre temas distinguidos por su importancia en salud pública y para los que se dispone de nuevos datos; (2) revisar las recomendaciones previas e identificar un grupo de recomendaciones para las que se deben revisar nuevos datos; se prestó especial atención a aquellas situaciones clínicas en las que los expertos habían alcanzado previamente el consenso en ausencia de estudios controlados relevantes (Nivel “C” de recomendación) para asegurarse de que en estas situaciones todavía estaba justificado el respaldo de la Guía; (3) considerar de nuevo las estrategias que se podrían emplear en la práctica clínica para proporcionar intervenciones breves contra el tabaquismo (véase Capítulo 3); e (4) identificar temas importantes para investigaciones futuras. El panel eligió 11 temas de los 64 considerados para los metanálisis actualizados (véase tabla 1.1)

**Tabla 1.1. Temas elegidos por los Expertos de la Guía del 2008 para actualizar el metanálisis.**

Efectividad de las líneas telefónicas proactivas de ayuda al fumador.
Efectividad de la combinación de terapia conductual más tratamiento farmacológico en comparación con terapia conductual y el tratamiento farmacológico solos.
Efectividad de la vareniclina.
Efectividad de las diversas combinaciones de fármacos.
Efectividad de la terapia farmacológica a largo plazo.
Efectividad de las intervenciones para personas con nivel cultural bajo/escasa educación formal.
Efectividad de las intervenciones en adolescentes.
Efectividad de las intervenciones en embarazadas.
Efectividad de las intervenciones sobre el tabaquismo en pacientes con trastornos psiquiátricos, incluyendo el consumo de otras sustancias adictivas.
Efectividad de proveer intervenciones sobre el tabaquismo como prestación sanitaria.

Efectividad de intervenciones sistemáticas, incluyendo la formación de los proveedores, entrenamiento y la combinación de formación y de intervenciones sistemáticas.

---

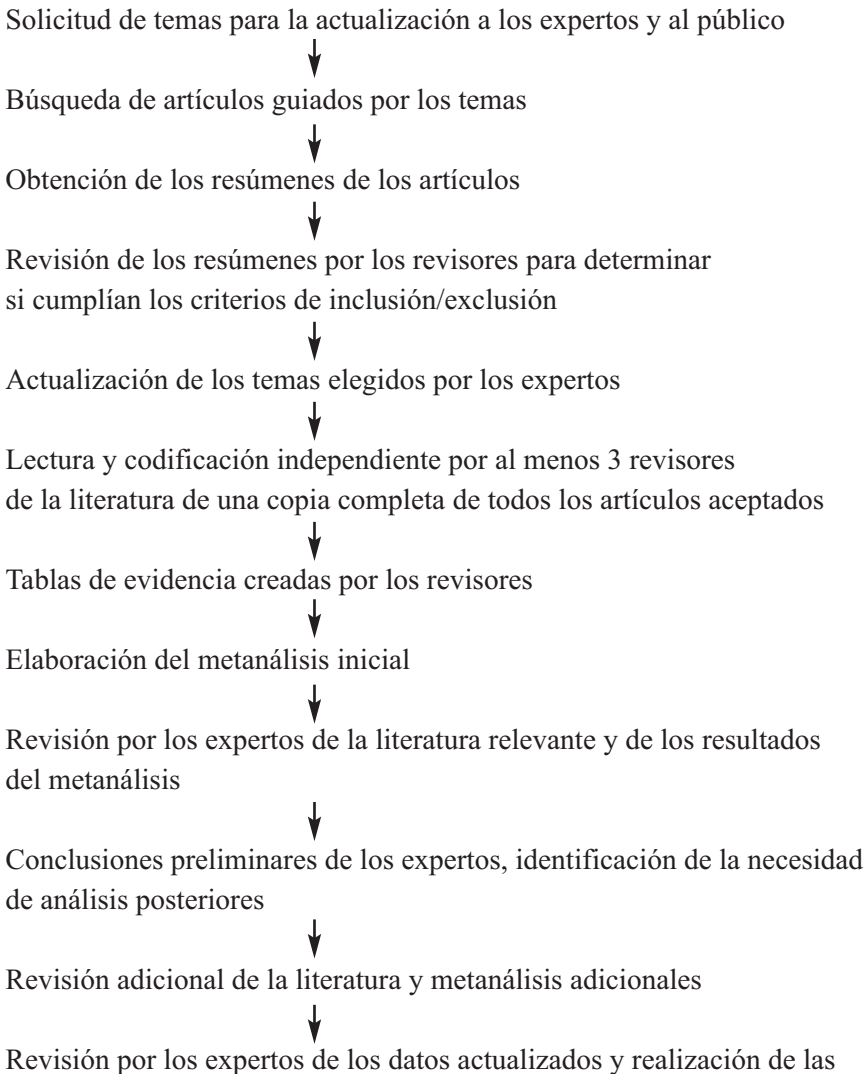
Una intención específica de esta actualización de la Guía fue repasar los datos existentes sobre el tratamiento clínico del consumo de tabaco. No se revisaron de forma exhaustiva las intervenciones para la prevención primaria del tabaquismo, con la excepción de las intervenciones que tenían especial relevancia para la práctica clínica. Para una mayor información sobre prevención primaria los lectores pueden leer el Surgeon General's Report de 1994 (*Preventing Tobacco Use Among Young People*<sup>41</sup>) y el Surgeon General's Report de 2000 (*Reducing Tobacco Use*<sup>6</sup>). No se consultaron las intervenciones comunitarias (p. ej., campañas en los medios de comunicación) que no se aplican habitualmente en atención primaria. Para una mayor información sobre las campañas de prevención se puede consultar la guía *Guide to Community Preventive Services* de los Centers for Disease Control and Prevention<sup>92</sup>. La actualización de la Guía no examinó los datos sobre los intentos de dejar de fumar sin ayuda, porque esta Guía se centró en las intervenciones clínicas. Finalmente, no se consideraron las estrategias de reducción de la exposición<sup>93</sup> (estrategias en las que el fumador altera, más que elimina, el consumo de tabaco en un intento de reducir o disminuir las consecuencias nocivas) debido a la ausencia de datos y al hecho de que quedan fuera del ámbito de una guía de práctica clínica basada en el tratamiento del tabaquismo. La investigación no ofrece respuestas a preguntas clave sobre la reducción de la exposición, como sus consecuencias poblacionales en cuanto al abandono y el inicio del consumo, los beneficios a largo plazo en comparación con los obtenidos de las estrategias centradas en la abstinencia, y el éxito en la reducción de la exposición a toxinas del tabaco a largo plazo.

Esta actualización está diseñada para dos tipos de público: primero; profesionales sanitarios; y segundo, gestores sanitarios, aseguradoras médicas y empresarios y consumidores. Está diseñada para emplearla en diferentes contextos clínicos, como consultas privadas, consultas dentales, farmacias, centros sanitarios académicos, clínicas de drogodependencias y psiquiátricas, líneas telefónicas, organizaciones asistenciales gestionadas, departamentos de salud pública, hospitales (incluyendo el servicio de urgencias), y consultas escolares y laborales. Los beneficiarios definitivos de esta actualización son los fumadores y sus familias.

## PROCESO DE DESARROLLO DE LA GUÍA

El proceso de desarrollo de la Guía actualizada de 2008 (véase figura 1.1) se inició a mediados del 2006. La metodología fue la misma que se siguió para la realización de la Guía del 2000 excepto lo reseñado específicamente.

**Figura 1.1. Proceso de desarrollo de la Guía del 2008**



recomendaciones basándose en los datos científicos.



Elaboración y revisión del manuscrito por los expertos



Revisión adicional del borrador por los expertos



Revisión del manuscrito por revisores externos y por el público



Revisión y modificación del manuscrito por los expertos



Envío del manuscrito al PHS

## **SELECCIÓN DE LOS DATOS CIENTÍFICOS**

Se seleccionaron artículos publicados, aleatorizados, controlados y sometidos a revisión externa para disponer del mayor nivel de solidez científica como apoyo de las recomendaciones de la Guía. Esta decisión se basó en el juicio de que los estudios controlados y aleatorizados son la base científicamente más sólida para establecer comparaciones de efectividad. Sin embargo, la mayoría de estos artículos se realizó con sujetos que buscaban tratamientos de forma activa y se prestaban voluntariamente a cumplir los requisitos de la investigación. Es probable que estos sujetos estuvieran más motivados para dejar de fumar que los fumadores típicos que habitualmente se encuentran en la práctica clínica. Por ello, las estimaciones de los porcentajes de abstinencia que ofrecen los metanálisis pueden sobreestimar el nivel de abstinencia real que producen algunos de los tratamientos en la práctica cotidiana. Sin embargo, los análisis realizados para las ediciones previas de la Guía sugerían que los efectos del tratamiento (razón de posibilidades o RP) son relativamente estables independientemente de que el sujeto solicite el tratamiento (“buscadores de tratamiento”) o de que le incluya con estrategias inclusivas de reclutamiento (“todos los que llegan”). En los metanálisis se usaron exclusivamente estudios controlados y aleatorizados. Sin embargo, los expertos reconocieron que en ocasiones estaban justificadas las variaciones de los criterios de inclusión de los estudios. Por ejemplo, la investigación sobre intervenciones en adolescentes frecuentemente asigna la intervención en base a unidades amplias, como las escuelas. Se permitió que estas unidades, y no los individuos, sirvieran como unidades de

análisis cuando se analizaron las intervenciones en adolescentes. En tales casos se combinaron los estudios para incluirlos en los metanálisis si cumplían otros criterios de inclusión. Se empleó una estrategia similar para la revisión de la investigación sobre sistemas de salud.

En algunas áreas los expertos evaluaron y juzgaron estudios que no eran estudios aleatorizados y controlados para formar la opinión y el juicio del panel, aunque no se incluyeron posteriormente en los metanálisis. Esto ocurrió con temas específicos como el tratamiento del tabaquismo en poblaciones concretas, intervenciones personalizadas y coste-efectividad de los tratamientos del tabaquismo.

### **Revisión de la literatura y criterios de inclusión**

Para identificar la literatura evaluable se revisaron aproximadamente 8.700 artículos. Se añadieron 2.700 documentos a los revisados para la Guía del 2000. Estos artículos se obtuvieron tras una búsqueda realizada en 11 bases de datos electrónicas y revisiones de resúmenes publicados y bibliografías. Se consideró que un artículo era apropiado para el metanálisis si cumplía los siguientes criterios de inclusión establecidos *a priori* por el panel de expertos: (a) describía resultados de un estudio aleatorizado y controlado con un comparador/placebo de intervenciones terapéuticas para el tabaquismo con aleatorización al nivel del paciente (salvo lo anotado previamente); (b) presentaba resultados de seguimiento de al menos 5 meses después de la fecha de abandono (excepto en aquellos casos de estudios que evaluaban los tratamientos del tabaquismo en embarazadas); (c) se había publicado en una revista con revisión externa; (d) se había publicado entre enero de 1975 y junio de 2007; (e) se había publicado en inglés; y (f) se refería a uno de los 11 temas elegidos para su inclusión en la Guía del 2008 (véase tabla 1.1). Es importante hacer notar que los criterios de cribado de los documentos se actualizaron para la Guía de 2008. Como resultado de las revisiones de la literatura original y actualizada se identificaron más de 300 documentos para su posible inclusión en el metanálisis y los expertos examinaron en detalle otros más de 600 artículos adicionales. Estos últimos artículos se utilizaron para la formulación de las recomendaciones del panel de expertos que no se basaban en los metanálisis. La búsqueda de la literatura para el proyecto de actualización se validó comparando los resultados con los de una búsqueda realizada por los CDC y tras una revisión realizada por el panel de expertos.

Cuando un mismo autor había publicado varios artículos que podrían ser cumplir los criterios de inclusión en el metanálisis, se revisaron los artículos para determinar si contenían los mismos datos. Cuando dos artículos presentaban datos de un mismo grupo de pacientes, se revisaban ambos artículos para asegurarse de que se obtenían datos completos. En el metanálisis se trataron los datos como si fueran de un solo trabajo

### **Preparación de las tablas del nivel de evidencia**

Dos grupos de revisores de la Guía leyeron y codificaron independientemente todos los artículos que cumplían los criterios de inclusión. Los revisores codificaron las características del tratamiento que se utilizaron para el análisis de los datos (véanse Tablas 6.1 y 6.2 en el Capítulo 6). El mismo procedimiento general de codificación que se utilizó durante el proceso de realización de la Guía del año 2000 se utilizó para la actualización de 2008. Cuando se realizaron ajustes al proceso de codificación, los artículos codificados con el proceso original se recodificaron para reflejar los cambios de clasificación (p. ej., se utilizaron criterios de codificación más refinados para codificar la intensidad de tratamiento).

Un tercer revisor analizó la codificación de los dos primeros y adjudicó las discrepancias. La adjudicación de las discrepancias que no se pudieron resolver mediante este proceso corrió a cargo del director del proyecto, el presidente del panel y el científico principal del panel. Finalmente, el director del proyecto revisó campos clave de todos los artículos aceptados para el metanálisis como control de calidad final. Después se compilaron los datos y se utilizaron para los correspondientes análisis o deliberaciones de los expertos. Los análisis realizados para la Guía del año 2000 revelaron que las categorías de codificación de las intervenciones podían ser empleadas de forma fiable por evaluadores independientes<sup>94</sup>.

### **Datos de resultados**

Seis meses de seguimiento después de la fecha de abandono es el tiempo de seguimiento estándar para recoger los datos de los ensayos clínicos. Por lo tanto, fijar un tiempo de seguimiento de 6 meses permitió a los investigadores obtener datos del mayor número de los trabajos de investigación. Además hay datos que indican que un alto porcentaje de los que vuelven a fumar lo hace antes de los 6

meses<sup>95-98</sup>. Como el cumplimiento estricto de un punto temporal de 6 meses de seguimiento habría eliminado un número importante de estudios, se permitió una ventana de 1 mes para poder incluir estudios con 5 meses de seguimiento, aunque en los trabajos que disponían de datos a los 5 meses y también a los 6 meses se utilizaron estos últimos. En trabajos con resultados de abandono más allá de los 6 meses se emplearon los que se acercaban más a los 6 meses, siempre que no superaran los 3 años. Raras veces se disponía de datos más allá de 3 años, y no se los incluyó en los análisis de la Guía. En el área del tratamiento farmacológico, el metanálisis que se puede observar en la Tabla 6.26 se repitió con datos a más largo plazo (10 a 14 meses tras el abandono). Este metanálisis adicional con un mayor tiempo de seguimiento replicó en general los resultados encontrados en el marco temporal de los 6 meses. Esto indicó que el punto temporal de seguimiento más corto e incluyente detectaba tamaños del efecto que eran similares a los que se obtenían con períodos de seguimiento mayores. Hubo una excepción a la selección de los datos de seguimiento que se acaban de describir. En el caso de estudios en embarazadas se analizaron los resultados tanto antes del parto como después (5 meses).

El panel de expertos también codificó la confirmación bioquímica de la abstinencia referida por los propios pacientes. Los análisis de las Guías previas demostraron que tanto los estudios con confirmación bioquímica de la abstinencia como los que no la tenían daban resultados similares en los metanálisis. Por lo tanto, los metanálisis que se presentan en esta Guía reflejan una combinación de estos estudios. Sin embargo, en los trabajos que disponían a la vez de datos con confirmación bioquímica y sin ella se emplearon en el análisis los que tenían confirmación. Como en la Guía del año 2000, en el metanálisis de fumadoras embarazadas sólo se usaron los estudios que empleaban verificación bioquímica, debido a la menor disposición a reconocer el consumo tabaco por las mujeres embarazadas.

Todos los nuevos metanálisis de la Guía del 2008 se basaron exclusivamente en datos de intención de tratar, en los que el denominador fue el número de participantes aleatorizados al tratamiento y el numerador fue el número de pacientes abstinentes con los que se contactó en el seguimiento. Algunos metanálisis llevados a cabo para las Guías de 1996 y de 2000 incluyeron un pequeño número de estudios en los que el denominador estaba formado sólo por participantes que habían completado el tratamiento. La inmensa mayoría de los trabajos de todos los análisis presentaba datos de intención de tratar, y se utilizaron estos datos si estaban disponibles ambos.



Los estudios se codificaron según la medida de abstinencia empleada: “abstinencia puntual”, “continua” o “desconocida/otra”. Si los datos de abstinencia se basaban en el consumo de tabaco un período de tiempo determinado (generalmente 7 días) anterior al momento de la consulta de seguimiento, se codificaba la abstinencia como “abstinencia puntual”. Se utilizó el término “abstinencia continua” cuando un estudio describía la abstinencia en base a si los pacientes del estudio se habían mantenido abstinentes del consumo de tabaco de forma continua desde la fecha de abandono. Se utilizó “Desconocida/otra” cuando no era posible discernir en un estudio si los autores utilizaron una medida de abstinencia puntual o de abstinencia continua, o si la abstinencia se contaba desde un punto temporal distinto a la fecha del abandono.

Como en las Guías de 1996 y 2000, se utilizó como criterio de valoración principal la abstinencia puntual, generalmente a los 7 días cuando este dato estaba disponible, y no la abstinencia continua. Se prefirió la abstinencia puntual por diversas razones. Primero, fue el método de descripción más utilizado en los estudios analizables. Segundo; los datos de “abstinencia continua” pueden infraestimar el porcentaje de personas abstinentes en momentos determinados del seguimiento, aunque algunos estudios aprecian que estas tasas son similares<sup>99</sup>. Finalmente, la mayoría de las recaídas se produce pronto tras el intento de abandono y persiste<sup>95-97,100-102</sup>. Es evidente que una medida puntual de abstinencia obtenida a los 6 meses incluirá la gran mayoría de las recaídas. Por lo tanto, siempre que fue posible se emplearon los datos de abstinencia puntual de 7 días. Si los datos de abstinencia puntual no estaban disponibles, la alternativa preferida eran los datos de abstinencia continua.

### **Técnicas metanalíticas**

La principal técnica analítica empleada en esta Guía actualizada fue el metanálisis. Esta técnica estadística estima el efecto de un tratamiento o una variable en un grupo de investigaciones relacionadas. El principal modelo metanalítico empleado en esta Guía y en las dos previas fue la regresión logística con un modelo de efectos aleatorios. El modelo se aplicó al grupo de tratamiento, y los efectos del estudio se trataron como efectos fijos. El experto en metodología del panel eligió el modelo de efectos aleatorios, asumiendo que tanto las poblaciones en estudio como los tratamientos analizados variarían de unos estudios a otros (p. ej., el asesora-

miento podría haberse aplicado de forma diferente en dos centros diferentes). El modelo de efectos aleatorios es adecuado para adaptarse a las variaciones entre los diferentes estudios<sup>103</sup>. Los estadísticos emplearon el programa *EGRET Logistic Normal Model*<sup>104</sup>. Se puede encontrar una revisión completa y detallada del modelo metanalítico en el informe *Smoking Cessation Guideline Technical Report* N° 18, disponible en AHRQ como publicación AHCPR Publication N°. 97-N004. Los artículos específicos empleados para cada uno de los metanálisis incluidos en la Guía de 2008 se pueden encontrar en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm).

En general el metanálisis se utilizó sólo con estudios con aleatorización al nivel de los pacientes. Sin embargo, en algunas áreas (cambios de los sistemas sanitarios, adolescentes) los estudios a menudo incluyeron la aleatorización a otros niveles (p. ej., profesionales sanitarios, clínicas, etc.). Tales estudios fueron usados en los metanálisis de un pequeño grupo de temas cuando había un número suficiente de estos estudios como para poder realizar inferencias. La selección de dichos artículos consideró factores como ausencia de interdependencia de los datos, evaluación de la situación previa a la intervención o basal, y el número y el tipo de las unidades de mayor nivel.

El primer paso en el metanálisis fue la selección de estudios relacionados con la característica del tratamiento que se iba a valorar. Una vez identificados (p. ej., los que contenían una intervención de autoayuda si se iban a valorar las intervenciones de autoayuda), el panel de expertos valoraba los estudios para asegurarse de que cumplían los criterios de inclusión. Algunos criterios de inclusión eran generales (p. ej., que el estudio tenga datos con un seguimiento mayor de 5 meses), mientras que otros criterios eran específicos de las características del tratamiento evaluadas (p. ej., en el análisis de las líneas telefónicas de ayuda al fumador, la selección garantizaba la seguridad que en los grupos de tratamiento no se introdujera confusión por las diferentes intensidades del asesoramiento en una misma persona).

Después se inspeccionaron los distintos grupos (grupos de tratamiento y testigo) de cada estudio para identificar los factores de confusión que pudieran poner en peligro la interpretación. Se excluyeron del análisis los grupos con confusión intensa. Después se codificaron las características relevantes de cada grupo para realizar comparaciones analíticas significativas. Los criterios para realizar el metanálisis incluían: (1) el panel de expertos consideraba que el tema elegido para el metanálisis tenía una relevancia clínica significativa; (2) había al menos dos

estudios sobre el tema que cumplían los criterios de selección, y los estudios incluían condiciones de control o de comparación adecuadas (p. ej., cada estudio debía aportar al menos dos grupos para poder estimar los efectos dentro del estudio); y (3) había un nivel aceptable de homogeneidad entre los estudios en las variables y los tratamientos analizados de modo que fuera posible extraer inferencias significativas (p. ej., un tratamiento analizado fue suficientemente similar en los diferentes estudios, lo que permitió que la combinación de los estudios fuera significativa).

**Limitaciones de las técnicas metanalíticas.** Varios factores pueden poner en peligro la validez de los metanálisis. Por ejemplo, los sesgos de publicación (particularmente la tendencia a publicar sólo los estudios con resultados positivos) podría llevar a obtener conclusiones resumen sesgadas. El complemento del sesgo de publicación es el “efecto del archivador”, por el cual no se envían para su publicación los resultados negativos o neutros. Además, la magnitud o la importancia de estos efectos sobre el metanálisis puede depender de factores tales como la frecuencia de administración de los tratamientos en el conjunto de datos y qué tratamientos se administraron simultáneamente con otros tratamientos. Cuando todos los demás factores son iguales, un tratamiento que se administra con poca frecuencia en el conjunto de datos tiene menos probabilidad de ser significativo que un tratamiento que se administre con más frecuencia. Además, cuando dos tratamientos se administran simultáneamente con frecuencia en los mismos grupos de pacientes es difícil separar estadísticamente el efecto de cada uno de ellos. Además, puede haber sesgos de comparabilidad cuando se codifican como si fueran iguales grupos o tratamientos muy diferentes (p. ej., cuando los tratamientos son similares solamente en un atributo superficial).

Para las ediciones previas de la Guía se evaluó la posibilidad de generalizar los hallazgos de los metanálisis en relación con si los pacientes solicitaban el tratamiento para dejar de fumar (“selección propia”) o si el tratamiento se prestaba sin que el paciente lo solicitara (“todos los que llegan”, como cuando el tratamiento se administra como parte integral de la atención sanitaria). La realización de dos metanálisis diferentes en estos grupos ofreció resultados muy similares en diferentes dimensiones del tratamiento (p. ej., formato del tratamiento, intensidad del tratamiento). En los metanálisis no se estudiaron otras características de las poblaciones (p. ej., años de consumo de tabaco, gravedad de la dependencia)

**Interpretación de los resultados de los metanálisis.** Los metanálisis dieron co-

eficientes de regresión logística que se convirtieron en razones de posibilidades. El significado o interpretación de una razón de posibilidades se puede entender fácilmente en un ejemplo que se muestra en una tabla 2 x 2. La tabla 1.2 contiene datos que muestran la relación entre el tabaquismo en el embarazo y el bajo peso al nacimiento de los neonatos. Los datos han sido extraídos de Hosmer y Lemeshow, 2000<sup>105</sup>. La posibilidad de bajo peso al nacimiento si la madre fuma es de 30:44, o 0,68 a 1. La posibilidad de bajo peso al nacimiento si la madre no fuma es de 29:86, o 0,34 a 1. Se puede estimar la razón de posibilidades como  $(30/44)/(29/86) = 2,02$  a 1. Por lo tanto, de forma aproximada se puede considerar que la razón de posibilidades de un resultado puede entenderse como la probabilidad de presentar un resultado en una variable, dada una situación determinada en otra(s) variable(s). En el anterior, la probabilidad de tener bajo peso al nacimiento es aproximadamente el doble en fumadoras que en no fumadoras.

**Tabla 1.2. Relación entre tabaquismo materno y bajo peso al nacimiento.**

		Tabaquismo materno		
		Sí	No	
Bajo peso al nacimiento	Sí	30	29	59
	No	44	86	130
		74	115	89

Una vez obtenidas las razones de posibilidades en el metanálisis, se estimaron los intervalos de confianza (IC) del 95%. La razón de posibilidades es únicamente una estimación de una relación entre variables. El intervalo de confianza del 95% presenta una estimación de la precisión de la razón de posibilidades concreta que se ha obtenido. Si el intervalo de confianza del 95% para una razón de posibilidades determinada no incluye el 1, entonces la razón de posibilidades representa una diferencia estadísticamente significativa entre el tratamiento evaluado y la situación de referencia o control con un nivel de significación de 0,05. Los intervalos de confianza generalmente no serán perfectamente simétricos alrededor de la razón de posibilidades por las propiedades de la distribución de este parámetro. Los intervalos de confianza no revelan si los tratamientos activos difieren significativamente entre sí, sólo si difieren de la situación de comparación (p. ej., placebo, ausencia de contacto). En el metanálisis incluyente de medicación, las compara-

ciones de una medicación activa frente al parche de nicotina se realizaron con contrastes *a posteriori*, no basándose en la superposición de los intervalos de confianza.

Después de calcular las razones de posibilidades y sus intervalos de confianza, las razones de posibilidades se convirtieron en porcentajes de abstinencia y sus intervalos de confianza del 95% (basándose en las tasas de abstinencia en las categorías de referencia). Los porcentajes de abstinencia indican la tasa estimada de abstinencia a largo plazo lograda con el tratamiento o la característica del tratamiento estudiada. Los resultados del porcentaje de abstinencia son estimaciones aproximadas derivadas de los datos de las razones de posibilidades. Por lo tanto, esencialmente duplican los resultados de las razones de posibilidades, pero se presentan porque su significado puede estar más claro para algunos lectores. Dado que el porcentaje de abstinencia con el placebo/testigo para un análisis particular se analiza exclusivamente con los estudios incluidos en ese metanálisis, este porcentaje de abstinencia varía en los diferentes análisis. Los valores de razón de posibilidades y de abstinencia que se presentan en las diferentes tablas son estimados en relación con las diferentes condiciones de control o de placebo.

### **Cómo leer las tablas de datos**

La tabla 1.3 presenta los datos de uno de los metanálisis realizados en esta Guía actualizada. Esta tabla presenta los resultados del análisis de los efectos de las líneas telefónicas de ayuda al fumador proactivas (véase Formatos de tratamiento psicosocial en el capítulo 6). En esta tabla, la condición de comparación, o “grupo de referencia”, para determinar el efecto de los diferentes tratamientos fueron fumadores que no recibieron consejo o autoayuda o lo hicieron de forma mínima. La columna “razón de posibilidades estimada” revela que las situaciones de tratamiento que recibieron ayuda telefónica proactiva tuvieron una razón de posibilidades de 1,6. Esta razón de posibilidades indica un efecto estadísticamente significativo ya que el valor inferior del intervalo de confianza no incluye el 1. Esta razón de posibilidades significa que cuando los fumadores reciben ayuda telefónica proactiva tienen una probabilidad una vez y media mayor de mantenerse abstinentes que si no hubieran recibido consejo o autoayuda, o si éstos hubieran sido mínimos.

**Tabla 1.3. Metanálisis (2008): eficacia y tasas de abstinencia estimadas con consejo telefónico proactivo en comparación con una intervención mínima, autoayuda o ausencia de consejo (n=9 estudios).**

<b>Intervención</b>	<b>Nº de grupos</b>	<b>RP estimada (IC del 95%)</b>	<b>Tasa estimada de abstinencia (IC del 95%)</b>
Sin consejo o autoayuda, o mínimos	11	1,0	10,5
Consejo por línea telefónica	11	1,6 (1,4 – 1,8)	15,5 (13,8 –17,3)

La columna titulada “Tasa estimada de abstinencia” nos muestra el porcentaje de abstinencia para las dos situaciones de tratamiento. Por ejemplo, la situación de referencia (consejo mínimo o sin consejo) en el conjunto de datos analizados se asoció a una tasa de abstinencia del 10,5%. De forma congruente con los datos de razón de posibilidades que se presentan más arriba, el consejo telefónico proactivo produce incrementos pequeños de la abstinencia (15,5%).

El número total de estudios incluidos en cada metanálisis se presenta en el título de la tabla correspondiente. La lista de los artículos incluidos en cada metanálisis se encuentra disponible en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm). Finalmente, la Guía actualizada del 2008 incluye los metanálisis realizados para las Guías de 1996, 2000 y 2008. En el título de cada metanálisis se informa del año en que se publicó por primera vez dicha tabla.

La columna denominada “Número de grupos” especifica el número de grupos de tratamiento en todos los estudios analizados que contribuyen a las diversas situaciones de tratamiento (p. ej., hubo línea telefónica de ayuda en 11 grupos). Por lo tanto, esta columna presenta el número de grupos de tratamiento relativos a cada categoría analizada. Como un estudio puede tener varios grupos de tratamiento, el número de grupos supera al número de estudios incluidos en el metanálisis.

Los datos de las tablas pueden incluir hallazgos de estudios con “todos los que llegan” (pacientes que no solicitaron ellos una intervención terapéutica) y con pobla-

ciones “autoseleccionadas”, estudios que utilizan criterios de valoración de prevalencia de abstinencia puntual y abstinencia continua, y estudios con o sin confirmación biológica, excepto si se especifica lo contrario. Algunos metanálisis (como los que evaluaron fármacos) incluyeron de forma predominante poblaciones “autoseleccionadas” de pacientes que se prestaron voluntarios a tratamientos intensivos. Además, en estudios sobre medicación tanto los pacientes del grupo experimental como los del grupo control típicamente recibieron asesoramiento. Estos dos factores podrían haber producido tasas de abstinencia en los pacientes de los grupos de referencia o del placebo mayores que las que se observan típicamente en los que lo dejan por sí solos. Finalmente, aunque existe una diferencia científica entre eficacia y efectividad<sup>106</sup>, esta actualización de 2008 emplea exclusivamente el término efectividad, reconociendo que la mayoría de los trabajos resumidos aquí refleja investigación de eficacia, que precisa asignación aleatoria y un alto grado de control experimental. Esto se realizó en aras de la claridad para el público clínico previsto.

### **Nivel de evidencia**

Todas las recomendaciones realizadas por el panel de expertos disponen de una puntuación de su nivel de evidencia que indica el grado de calidad y cantidad del apoyo empírico. Cada recomendación y su nivel de evidencia reflejan el consenso del panel de expertos.

A continuación se describen los tres niveles de evidencia:

- A. Múltiples ensayos clínicos aleatorizados, relacionados directamente con la recomendación, ofrecieron un patrón homogéneo de resultados.
- B. Algunos datos de ensayos clínicos aleatorizados respaldan la recomendación, pero el apoyo científico no fue óptimo. Por ejemplo: había pocos ensayos aleatorizados, los ensayos existentes eran algo inconstantes, o los estudios no se relacionaban directamente con las recomendaciones.
- C. Se reserva a situaciones clínicas importantes en las que el panel de expertos alcanzó el consenso en ausencia de ensayos aleatorizados y controlados relevantes.

Como ya se ha señalado, los expertos evaluaron datos de trabajos no aleatorizados para ayudar a entender ciertos aspectos (p. ej., aspectos políticos). Si las recomendaciones se basaban principalmente en dichos datos, eran de nivel “C” y dependían de la homogeneidad de los hallazgos en diferentes estudios. En algunas áreas los datos de máxima calidad no dependieron de ensayos clínicos (p. ej., trabajos de coste-efectividad). En estas áreas la puntuación del nivel de evidencia dependía del número, la calidad y la homogeneidad de los estudios y de los datos. Finalmente, los expertos declinaron hacer recomendaciones cuando no había datos relevantes o los datos eran demasiado débiles o heterogéneos para respaldar una recomendación.

### **Advertencias sobre las recomendaciones**

El lector debe reconocer algunas advertencias sobre las recomendaciones de la Guía. Primero, no se debe confundir la ausencia de estudios con la demostración de falta de efectividad. En algunas situaciones hay pocos datos directos de la efectividad de un tratamiento, y en estos casos los expertos no presentaron ninguna opinión. Segundo, aun cuando había suficientes estudios para realizar un metanálisis, un resultado no significativo no demuestra la falta de efectividad. Por el contrario, la ausencia de significación indica que no se ha demostrado la efectividad con los datos disponibles.

El mayor énfasis de la actualización de esta Guía se pone en identificar las intervenciones eficaces, en clasificar las intervenciones por su efectividad. El principal objetivo del proceso analítico es identificar intervenciones eficaces. La selección o uso de técnicas o estrategias particulares de intervención depende de factores prácticos: preferencia de los pacientes, tiempo disponible, formación de los sanitarios y coste, entre otros. Los expertos creen que los profesionales sanitarios deberían elegir la intervención más apropiada de las intervenciones eficaces que se identifican en esta actualización de la Guía, dependiendo de las circunstancias clínicas. Un excesivo énfasis en la eficacia relativa podría desanimar a los profesionales sanitarios a utilizar intervenciones que tienen un efecto pequeño pero fiable sobre las tasas de abandono. Un metanálisis nuevo en esta actualización ofrece pruebas específicas para estudiar la eficacia relativa de diferentes intervenciones. Específicamente, el metanálisis incluyente de los fármacos contra el tabaquismo incluyó comparaciones *a posteriori* de la eficacia de los diferentes tratamientos con los parches de nicotina (tabla 6.28).



Estas pruebas de eficacia relativa se realizaron sobre este tema porque: (1) se disponía de numerosos tratamientos para la comparación, (2) se ha observado que la selección de entre los diversos fármacos contra el tabaquismo es un importante problema clínico<sup>107-109</sup>, y (3) las diversas intervenciones son en cierto modo intercambiables y están ampliamente disponibles, por lo que tanto los sanitarios como los pacientes podrían seleccionar una medicación basándose en la efectividad. Finalmente, en ocasiones los expertos encontraron que una intervención era superior a otra sin un contraste estadístico formal; algunas intervenciones fueron tan superiores a la situación de control o a la ausencia de tratamiento que los expertos identificaron que eran superiores a otra intervención. Por ejemplo, aunque un contacto directo mínimo puede incrementar las tasas de abstinencia en comparación con la ausencia de tratamiento, hay pocas dudas de que las intervenciones directas más prolongadas tienen un efecto mayor (véase Capítulo 6).

### **Revisión externa de la Guía**

Para esta actualización los expertos y los miembros de un consorcio invitaron a 106 revisores a que hicieran comentarios. Además, se publicó un borrador de la Guía en el Registro Federal en septiembre de 2007 para recibir comentarios del público. Escribieron comentarios un total de 81 revisores invitados y 15 miembros del público. Los revisores externos fueron profesionales sanitarios, gestores sanitarios, trabajadores sociales, asesores, educadores para la salud, investigadores, consumidores y personal clave de agencias federales y de programas estatales de control antitabaco, entre otros. Todos los revisores externos hicieron declaración de intereses. A los revisores se les propuso analizar la Guía basándose en cinco criterios: validez, fiabilidad, claridad, aplicabilidad clínica y utilidad. Los comentarios de los revisores y del público se incorporaron a la Guía cuando procedió. Dos personas realizaron presentaciones orales ante el Panel de expertos de la Guía durante un período de comentario público de la misma.

### **Organización de la actualización de la Guía**

Esta Guía está dividida en 7 capítulos que reflejan los componentes más importantes del tratamiento de la dependencia del tabaco (véase en la figura 1.2 el modelo de tratamiento):

**Capítulo 1,** Visión general y métodos, aporta una visión general y racional de la actualización de la Guía así como una descripción detallada de la metodología empleada para la revisión de la literatura científica y para desarrollar la Guía original y las actualizaciones.

**Capítulo 2,** Apreciación del consumo de tabaco, establece la importancia de determinar el hábito tabáquico de todos los pacientes en todas las visitas.

**Capítulo 3,** Intervenciones clínicas sobre el tabaquismo, tiene como objetivo proveer a los profesionales sanitarios de una guía de intervención mínima para tratar a los fumadores que quieren dejar de fumar, a los que no quieren dejarlo en este momento y a los exfumadores recientes.

- A. Para los pacientes que quieren dejar de fumar, aporta abordajes clínicos breves para ayudar a los pacientes en los intentos de abandono
- B. Para los pacientes que no quieren dejarlo, aporta abordajes clínicos breves con la finalidad de motivar al paciente a realizar un intento de abandono.
- C. Para los pacientes que han dejado de fumar recientemente, aporta intervenciones diseñadas para reforzar el compromiso de los exfumadores de mantenerse sin fumar y para ayudar a los que han recaído.

**Capítulo 4,** Intervenciones intensivas en el tratamiento del tabaquismo, aporta a los profesionales sanitarios estrategias más intensivas para tratar a los consumidores de tabaco

**Capítulo 5,** Intervenciones en los sistemas sanitarios, las dianas son los gestores, las aseguradoras médicas, los empresarios y los consumidores, y otras personas con capacidad de decidir que pueden afectar a los sistemas sanitarios. Este capítulo proporciona a los gestores estrategias para modificar los sistemas sanitarios para mejorar la prestación de servicios de tratamiento del tabaquismo.

**Capítulo 6,** Evidencias y recomendaciones, presenta la base científica de las recomendaciones de esta actualización de la Guía.

- A. Evidencia sobre el asesoramiento y el tratamiento psicosocial:  
Presenta recomendaciones y resultados de análisis sobre valoración del consumo de tabaco y evaluación especializada, consejo, intensidad de la intervención clínica, tipo de profesional sanitario, formato, técnicas de seguimiento, tipos de asesoramiento y terapias conductuales, y combinación de asesoramiento y tratamiento farmacológico.

B. Evidencia sobre el tratamiento farmacológico:

Aporta recomendaciones y resultados de análisis sobre las siete medicaciones de primera elección, sus combinaciones, las terapias farmacológicas de segunda elección y otros aspectos del tratamiento farmacológico.

C. Evidencia sobre los sistemas:

Aporta recomendaciones y resultados de análisis sobre cambios de sistemas, incluyendo formación de los proveedores, análisis de coste-efectividad y cobertura por los seguros médicos de los tratamientos del tabaquismo

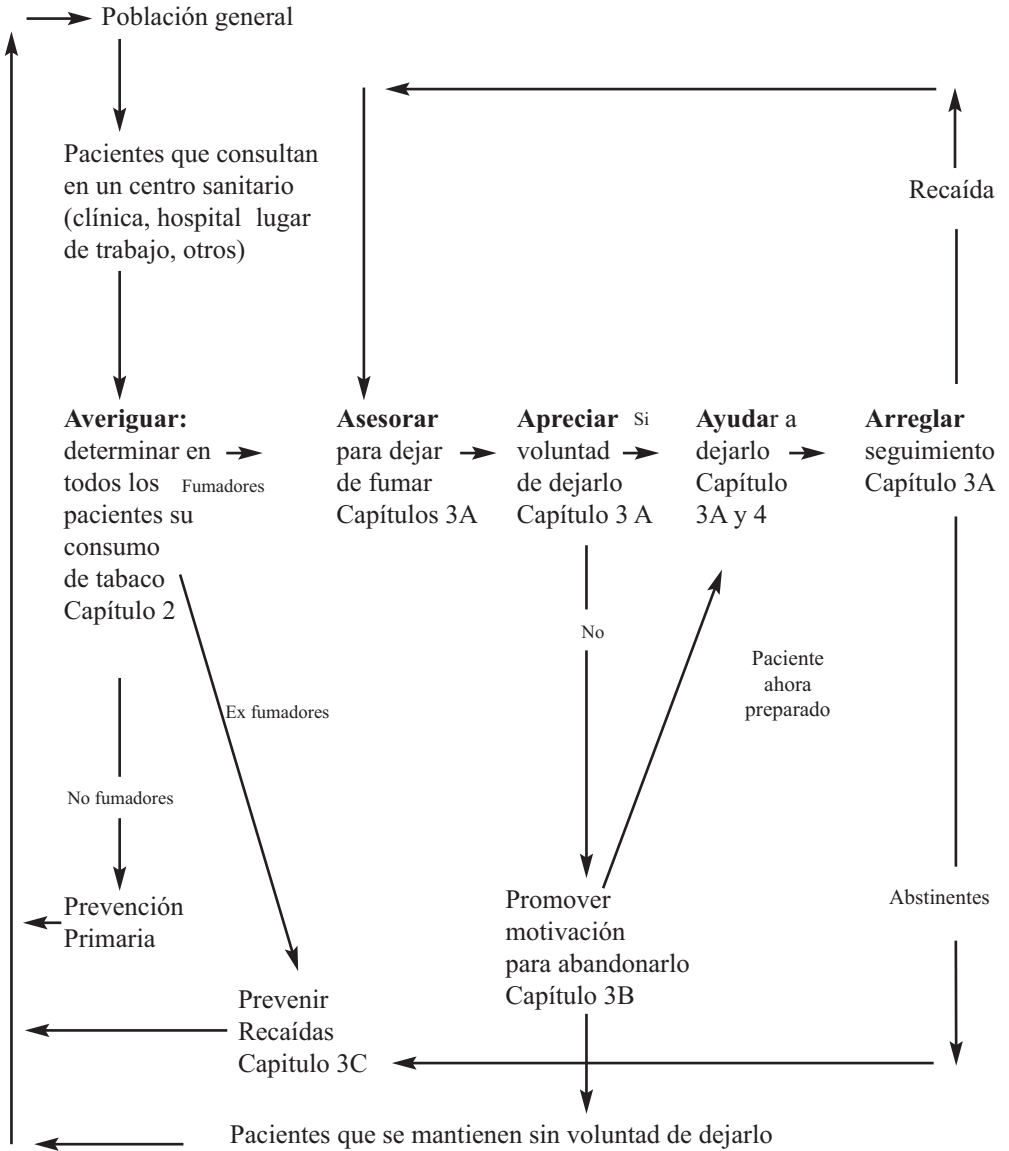
**Capítulo 7**, Poblaciones específicas y otros temas, aporta información sobre poblaciones específicas, como fumadores positivos para el VIH, fumadores hospitalizados; fumadores lesbianas/gay/bisexuales/transexuales; fumadores con bajo nivel socioeconómico/escasa educación formal; fumadores con comorbilidades médicas; fumadores ancianos; fumadores con enfermedades psiquiátricas, incluyendo trastornos por consumo de sustancias; minorías étnicas y raciales; mujeres fumadoras; adolescentes y niños fumadores; y consumidores de otras formas de tabaco. Este capítulo presenta también información y recomendaciones relevantes sobre la ganancia de peso tras dejar de fumar, con recomendaciones específicas sobre la investigación futura en este tema.

## **Bibliografía**

Dada la gran cantidad de bibliografía recogida en esta Guía, las citas se enumeran en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm), y no en este documento. Esto ha sido realizado para reducir la extensión de esta Guía y facilitar la búsqueda electrónica y la manipulación de la bibliografía. En la página web los números de las referencias son los mismos que aparecen en esta Guía actualizada. Las referencias de estudios aleatorizados y controlados incluidas en los metanálisis (de 1996, 2000 y 2008) se incluyen por separado y con un número de tabla y un título. También puede descargarse la actualización entera de la Guía, con y sin bibliografía, desde dicha página web.

La versión en español de la Guía de Tratamiento del Tabaquismo y las citas bibliográficas las puede encontrar en la página web de SEPAR [www.separ.es](http://www.separ.es)

**Figura 1.2. Modelo para el tratamiento del tabaquismo**





## APRECIACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO.

Al menos el 70% de los fumadores va a su médico de cabecera cada año, y casi un tercio visita al dentista<sup>19,110</sup>. Otros fumadores visitan a practicantes, profesionales de enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, consejeros y otros profesionales sanitarios. Por lo tanto, prácticamente todos los profesionales sanitarios están en posición de intervenir con los pacientes que consumen tabaco. Además, el 70% de los fumadores dice que desearía abandonarlo<sup>111</sup>, y casi dos tercios de los fumadores que recaen quieren intentar nuevamente el abandono en los 30 días siguientes<sup>112</sup>. Finalmente, los fumadores citan el consejo sanitario para el abandono como un importante motivador para intentar dejar el tabaco<sup>113-118</sup>. Estos datos sugieren que la mayoría de fumadores está interesada en el abandono, que los profesionales y los sistemas sanitarios están en contacto frecuente con los fumadores, y que los profesionales sanitarios tienen una alta credibilidad para los fumadores.

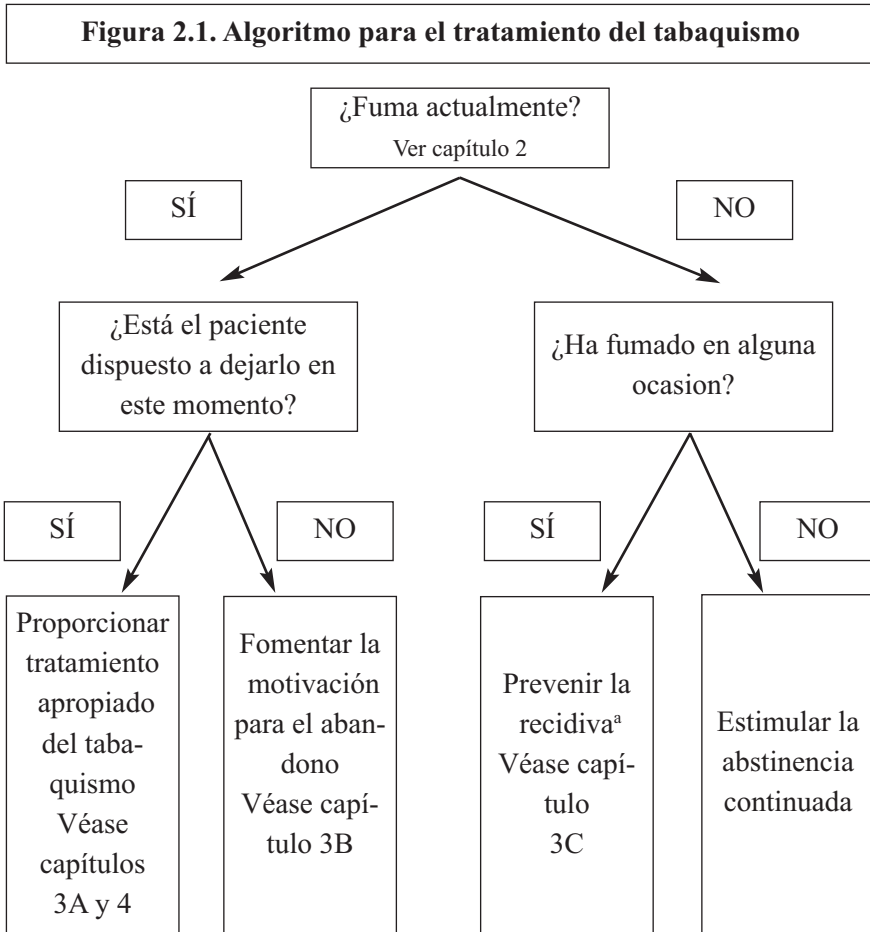
Lamentablemente, los profesionales y los sistemas sanitarios no aprovechan esta oportunidad de forma consistente. De acuerdo con el informe *State of Health Care Quality Report*<sup>119</sup> del National Committee for Quality Assurance (NCQA), ha habido algunas mejoras en las intervenciones clínicas sobre la dependencia tabáquica en la población asegurada. En 2005, el 71,2% de los fumadores clientes de una aseguradora comercial recibió el consejo de abandonar el tabaco (ligero aumento desde el 69,6% en 2004); y el 75,5% de los fumadores de la asistencia pública sanitaria recibió consejo de abandono, lo que representa en este grupo 11 puntos más que en 2004. A pesar de este progreso, hay una clara necesidad de mejorar estas cifras. Sólo el 25% de los pacientes de la asistencia pública sanitaria refirió que había recibido ayuda práctica para el proceso de abandono o que hizo algún

tipo de seguimiento de sus progresos<sup>22</sup>. Sólo un tercio de los adolescentes que visitaron a su médico o al dentista refería haber recibido consejo sobre los peligros del consumo de tabaco, de acuerdo con el estudio National Youth Tobacco Survey de 2000<sup>120</sup>. Además pocos fumadores tuvieron ayuda específica mientras abandonaban el consumo. Datos recientes del estudio Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) mostraron que sólo el 39% de los fumadores refirió que sus profesionales sanitarios intercambiaron opiniones con ellos sobre las medicaciones o las estrategias de asesoramiento para el abandono. ([www.web.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx](http://www.web.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx)). Para aprovechar esta oportunidad, la actualización de 2008 de esta Guía proporciona estrategias validadas empíricamente para el tratamiento del tabaquismo diseñadas para estimular a los profesionales sanitarios, a los especialistas en el tratamiento del tabaquismo y a los sistemas sanitarios a que intervengan con efectividad sobre los pacientes que usan el tabaco.

La primera etapa del tratamiento del tabaquismo es identificar a los usuarios de tabaco. Tal como muestran los datos analizados en el Capítulo 6, la identificación de los fumadores en sí misma incrementa las tasas de intervención de los profesionales sanitarios. La identificación efectiva del estado de usuario de tabaco no sólo abre la puerta a intervenciones eficaces (p. ej., consejo médico y tratamiento), sino que también guía a los profesionales sanitarios para identificar las intervenciones apropiadas basadas en el hábito tabáquico del paciente y la voluntad de dejarlo. De acuerdo con estos datos, esta actualización de la Guía recomienda que los profesionales y los sistemas sanitarios aprovechen el tiempo destinado a las visitas para la evaluación y la intervención sobre el tabaquismo de forma universal. Específicamente, hay que preguntar a cada paciente que acude a un centro sanitario si utiliza tabaco (Averiguar), aconsejar el abandono a todos los usuarios de tabaco (Asesorar) y comprobar la disposición de todos los usuarios de tabaco a hacer un intento de abandono en ese momento (Apreciar) (las 3 primeras de las 5 As; véase capítulo 3).

La investigación sobre el consumo actual o previo de tabaco puede proporcionar cuatro posibles respuestas: (1) el paciente es fumador y está dispuesto a hacer un intento de abandono en este momento; (2) el paciente es fumador pero no está dispuesto a hacer el intento de abandono en este momento; (3) el paciente fumó en alguna ocasión, pero ya lo ha dejado; (4) el paciente nunca ha fumado de forma habitual. Esta Guía de práctica clínica está organizada para proporcionar al

profesional sanitario intervenciones sencillas pero efectivas para todos estos grupos de pacientes (véase figura 2.1).



<sup>a</sup> Las intervenciones para la prevención de las recaídas no son necesarias en el caso del adulto que no ha consumido tabaco desde hace muchos años.





## INTERVENCIONES CLINICAS SOBRE EL TABAQUISMO

### INTRODUCCIÓN

Esta sección de la Guía presenta estrategias específicas para ayudar a los profesionales sanitarios a proporcionar intervenciones breves (menos de 10 minutos). Este tipo de intervenciones la pueden llevar a cabo la mayoría de los profesionales sanitarios, aunque tienen mayor importancia en aquellos que atienden a una amplia variedad de pacientes y tienen limitaciones de tiempo (p. ej., personal médico y de enfermería, médicos ayudantes, enfermería en prácticas, médicos odontólogos, higienistas dentales, terapeutas respiratorios, psicólogos, farmacéuticos, etc.). Las estrategias de intervención contenidas en este capítulo se basan en los datos científicos descritos en los capítulos 6 y 7, así como en las opiniones del panel de expertos. El análisis de la Guía sugiere que una gran variedad de profesionales sanitarios puede llevar a la práctica estas estrategias de forma eficaz.

¿Por qué los miembros de un equipo de profesionales sanitarios con una intensa actividad asistencial debería considerar prioritario tratar el tabaquismo? Los datos son convincentes:

1. Los profesionales sanitarios pueden establecer una diferencia incluso con una intervención mínima (duración inferior a 3 minutos) (véase capítulo 6).
2. Hay relación entre la intensidad de la intervención y el resultado del abandono tabáquico (véase capítulo 6)
3. Incluso si los pacientes no están preparados para hacer un serio intento de abandono en este momento, el profesional puede hacer intervenciones breves para aumentar la motivación e incrementar las posibilidades de éxito de futuros intentos<sup>122</sup> (véase capítulo 6).
4. Los fumadores se plantean el abandono del tabaco influenciados por un amplio

conjunto de factores sociales y ambientales (p. ej., mensajes de salud pública, cambios de políticas, mensajes publicitarios de abandono, familiares).

5. Hay cada vez más datos de que los fumadores que reciben consejo sanitario de abandono y tratamientos para el abandono refieren más satisfacción con su asistencia sanitaria que los fumadores que no los reciben<sup>23,87,88</sup>.

6. Las intervenciones sobre el tabaquismo son muy coste-efectivas (véase capítulo 6).

7. El consumo de tabaco tiene una elevada tasa de letalidad (más del 50 % de los fumadores de larga evolución morirá por una enfermedad causada por el tabaco<sup>123</sup>).

El objetivo de estas estrategias es claro: cambiar los patrones clínicos culturales y prácticos con vistas a asegurar que todo paciente fumador sea identificado, reciba consejo para el abandono del tabaco y se le ofrezcan tratamientos de eficacia demostrada. La estrategia insiste en un tema central: es esencial que todos los fumadores reciban al menos una intervención mínima en todas las visitas con profesionales sanitarios. La administración sanitaria y el profesional comparten la responsabilidad de garantizar que esto ocurra. Algunas observaciones son importantes a este respecto. Primero, aunque muchos fumadores son reacios a solicitar tratamientos intensivos frente al tabaquismo<sup>124,125</sup>, sin embargo pueden recibir una intervención mínima en todas las visitas con profesionales sanitarios<sup>66,126</sup>. Segundo, es necesario apoyo institucional para asegurar que se identifique a todos los fumadores y que se les ofrezca un tratamiento adecuado (véase capítulo 5, Intervenciones en los sistemas sanitarios. Importancia de los administradores de sistemas sanitarios, las aseguradoras privadas, los empresarios y los consumidores). Tercero, la limitación temporal que en Estados Unidos tienen los médicos de atención primaria (12-16 minutos de mediana por cada visita)<sup>127,128</sup> y las restricciones del reembolso favorecen la realización de intervenciones breves, aunque intervenciones más intensivas producirán un mayor porcentaje de éxitos. Finalmente, el aumento del uso de bases de datos electrónicas de pacientes, de los registros de fumadores y recordatorios en la asistencia clínica en tiempo real facilita que las intervenciones breves sobre el tabaquismo se puedan aplicar más fácilmente de diferentes formas en una consulta muy atareada.

Este capítulo está dividido en tres secciones que distribuyen las intervenciones breves en tres tipos de pacientes: (A) fumadores actuales que quieren hacer un intento de abandono en este momento; (B) fumadores que no están dispuestos a hacer un intento de abandono en este momento; (C) exfumadores que han dejado de fumar recientemente. Se debe felicitar a los pacientes que no hayan fumado

nunca o que hayan permanecido abstinentes después de un largo período de tiempo, y se les debe animar a continuar con su estilo de vida sin tabaco.

Como cada año más de un 70 % de los fumadores visita a su médico, y más del 50 % al dentista<sup>129</sup>, es esencial que estos profesionales estén preparados para intervenir con todos sus pacientes fumadores. En la tabla 3.1 se exponen los cinco componentes principales (las “5 As”) de la intervención mínima sobre el tabaquismo en atención primaria (*Averigüe*, *Asesore*, *Aprecie*, *Ayude*, *Arregle*). Es importante que el profesional sanitario *averigüe* si el paciente es fumador (estrategia A1), le *asesore* para el abandono (estrategia A2), y *aprecie* la motivación para hacer un intento de abandono (estrategia A3). Las estrategias A1-A3 se deben aplicar con todos los fumadores, independiente de su voluntad para dejar el tabaco. Si el paciente está motivado para hacer un intento de abandono, el profesional sanitario debe *ayudarle* ofreciéndole tratamiento farmacológico o remitiéndole para tratamiento mediante consejo u otro tratamiento adicional (estrategia A4), además de *arreglar* visitas de seguimiento para prevenir las recaídas (estrategia A5). Si el paciente no está preparado para hacer un intento de abandono, el profesional sanitario debe hacer una entrevista motivacional (estrategias B1 y B2) y *programar* abordar el tabaquismo en la siguiente visita en la consulta. Las tablas de las estrategias que se presentan más adelante (estrategias A1-A5) presentan sugerencias sobre el contenido y la aplicación de las 5 As. Estas estrategias están diseñadas para intervenciones breves que requieren del profesional sanitario un tiempo de 3 minutos o menos. Los componentes de estas intervenciones constituyen el elemento central de la intervención sobre el tabaquismo, pero no se deben aplicar con rigidez ni de forma invariable. Por ejemplo, el profesional sanitario no tiene por qué realizar personalmente todas las etapas de la intervención. Un profesional sanitario (p. ej., un practicante) puede interrogar al paciente sobre el hábito tabáquico, y cualquier otro profesional sanitario (médico, dentista, personal de enfermería) puede ofrecer un consejo personalizado para el abandono, evaluar la voluntad de abandonar el tabaco y ayudar con los fármacos, y después derivar al paciente a un recurso de intervención contra el tabaco (p. ej., línea telefónica de ayuda al fumador, educador para la salud) que prestarían un tratamiento adicional al paciente. El profesional sanitario seguiría siendo responsable de que el paciente recibiera la asistencia apropiada y del seguimiento posterior, pero, al igual que ocurre con otros tipos de asistencia sanitaria, no sería necesario que un único profesional sanitario realizara todas las intervenciones en persona<sup>130</sup>. Los datos cien-

tíficos indican que la aplicación completa de las 5 As en diversos contactos clínicos puede ser más eficaz que su aplicación parcial<sup>131</sup>.

La eficacia de la intervención sobre el tabaquismo puede reflejar no sólo la contribución de los profesionales individualmente, sino también los sistemas y recursos clínicos de otro tipo disponibles. Por ejemplo, los sistemas de consulta que institucionalizan la evaluación y la intervención sobre el tabaquismo contribuirán a incrementar la probabilidad de que se realicen las 5 As (véase capítulo 5). Las 5 As, descritas en la tabla 3.1, coinciden con las que recomiendan el NCI<sup>132,133</sup> y la American Medical Association<sup>77</sup>, además de otras organizaciones<sup>75,134-137</sup>.

**Tabla 3.1 Modelo de las 5 As para el tratamiento del tabaquismo .**

Preguntar por el hábito tabáquico Averigüe	Identificar y documentar el hábito tabáquico en todos los pacientes y en todas las visitas. (Estrategia A1)
Dar consejo para el abandono Asesore	De una manera clara, contundente y personalizada, instar a todos los fumadores a que lo abandonen. (Estrategia A2)
Valorar la motivación para hacer un intento Aprecie	¿Está el fumador motivado para hacer un intento de abandono en este momento? (Estrategia A3)
Ayudar en el intento de abandono Ayude	A los pacientes motivados para hacer un intento se les debe ofrecer tratamiento farmacológico y se les debe dar (o derivar para que reciban) consejo y tratamiento adicional para ayudar al paciente en el abandono. (Estrategia A4). En el caso de los pacientes no motivados, se deben hacer intervenciones diseñadas para aumentar los futuros intentos. (Estrategias B1 y B2)
Programar el seguimiento Arregle	En el caso de los pacientes motivados se deben programar contactos para el seguimiento, comenzando en la primera semana después del día del abandono (Estrategia A5) En los pacientes no preparados para hacer un intento de abandono en este momento, se debe abordar en la siguiente visita de seguimiento el consumo de tabaco y el deseo de abandonarlo.

Sin embargo, la situación clínica puede llevar a aplicar estos componentes de la intervención en un orden o un formato diferente al que se presenta. Por ejemplo, se han propuesto intervenciones como: Pregunte/Aprecie, Aconseje, Acuerde un objetivo, Ayude, Arregle el seguimiento; Averigüe y Actúe; y Averigüe, Aconseje y Derive<sup>116,130,138-140</sup>.

Cuando se “Ayuda” a los fumadores, además del consejo, a todos los fumadores que hagan un intento de abandono se les deben ofrecer fármacos, excepto cuando esté contraindicado o en poblaciones específicas en las que haya datos insuficientes de eficacia (p. ej., embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes). En las tablas 3.2 a 3.11 se exponen las normas para la prescripción del tratamiento farmacológico del tabaquismo.

**A. Pacientes motivados para dejar de fumar**

**Estrategia A1. Averiguar: Identificar sistemáticamente a todos los consumidores de tabaco en todas las visitas**

Acción	Estrategias de aplicación
Aplicar un sistema en todo el centro que asegure que se pregunte a todos los pacientes sobre el consumo de tabaco en todas las visitas, documentando así su hábito tabáquico <sup>a</sup>	Ampliar los signos vitales para incluir la presencia o no de consumo de tabaco, o utilizar un sistema universal alternativo para su identificación <sup>b</sup>  <p style="text-align: center;">SIGNOS VITALES</p> Tensión arterial _____ Pulso _____ Peso _____ Temperatura _____ Frecuencia respiratoria _____ Consumo de tabaco (señalar uno): Activo/Exfumador/Nunca

<sup>a</sup> No es necesario repetir la valoración en el caso de un adulto que no haya fumado nunca o lleve muchos años sin fumar y en el que esta información esté claramente recogida en la historia clínica.

<sup>b</sup> Las alternativas a la inclusión del consumo de tabaco en la valoración de los signos vitales de los pacientes incluyen etiquetas adhesivas en las historias de todos los pacientes, o la indicación del hábito tabáquico mediante historias clínicas electrónicas o sistemas de recordatorio computarizados.

### Estrategia A.2 *Asesorar*: Animar firmemente a todos los consumidores a que dejen el tabaco

Acción	Estrategias de aplicación
De manera clara, firme y personalizada, animar a todos los fumadores a que dejen el tabaco	<p>El consejo debe ser:</p> <p><b>Claro:</b> “Es importante que deje de fumar (o de usar el tabaco de mascar) ahora, y yo puedo ayudarle”. “No basta con disminuir la cantidad de consumo mientras se encuentre enfermo” “Fumar ocasionalmente o en poca cantidad será también peligroso”.</p> <p><b>Firme:</b> “Como su médico, quiero que sepa que dejar de fumar es la medida más importante que puede tomar para proteger su salud actualmente y en el futuro. El equipo médico y yo le ayudaremos”.</p> <p><b>Personalizado:</b> Asociar el consumo de tabaco con los síntomas y problemas de salud actuales, y/o su coste social y económico, y/o el efecto sobre la salud de los niños y de otros familiares: “Continuar fumando empeorará su asma, y dejar de fumar puede mejorar mucho su salud”. “Dejar de fumar puede reducir el número de infecciones de oído de su hijo”.</p>

### Estrategia A3. *Apreciar*: Determinar el grado de motivación para hacer un intento de abandono

Acción	Estrategias de aplicación
Valorar en todos los fumadores la motivación para hacer un intento de abandono en este momento	<p>Determinar el grado de motivación de los pacientes para dejar de fumar: “¿Está usted dispuesto a hacer un intento de abandono del tabaco?”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el paciente está dispuesto y motivado se le debe ofrecer ayuda (véase capítulo 3A, estrategia A4).</li> <li>- Si el paciente quiere participar en un tratamiento intensivo, se le debe aplicar dicho tratamiento, o derivarle para que</li> </ul>

- reciba una intervención intensiva (véase capítulo 4).
- Si el paciente pertenece a un grupo de población especial (p. ej., adolescentes, embarazadas, minorías raciales o étnicas) se planteará dar información complementaria (véase capítulo 7)
  - Si el paciente afirma claramente que no está motivado para hacer un intento de abandono en este momento, se elaborará una intervención para aumentar la motivación con vistas a la realización de futuros intentos de abandono (véase capítulo 3B).

**Estrategia A4. Ayudar. Ayudar al paciente a dejar el tabaco (dar consejo y medicación)**

Acción	Estrategias de aplicación
Ayudar al paciente con un plan para dejar de fumar	<p>Preparación de los pacientes para el abandono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fije una fecha para el abandono. Idealmente, el día debe estar en las 2 semanas siguientes</li> <li>• Hable a familiares, amigos y compañeros de trabajo sobre el abandono, y pedir comprensión y apoyo.</li> <li>• Anticípese a las dificultades que pueden aparecer durante el intento de abandono, particularmente en las primeras semanas. Esto incluye los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico.</li> <li>• Elimine de su entorno todas las referencias al tabaco. Antes de la fecha de abandono, evite fumar en los lugares donde pase mucho tiempo (p. ej., trabajo, casa, coche). Haga que su casa esté libre de humos.</li> </ul>
Recomendar el uso de medicación autorizada, excepto cuando esté contraindicada o en poblaciones especiales	<p>Recomiende el uso de medicaciones que se consideran eficaces en esta Guía (véanse en la tabla 3.2 la guía clínica, y en tablas 3.3</p> <p>Recomiende el uso de medicaciones que se consideran eficaces en esta Guía (véanse la tabla 3.2 como guía clínica, y en las tablas 3.3 a 3.11 las instrucciones específicas y precauciones de uso). Explique cómo estos fármacos aumentan el éxito del abandono y reducen los síntomas del</p>



con datos científicos insuficientes (p. ej., embarazada, consumidor de tabaco sin humo, fumador leve o adolescente).	síndrome de abstinencia. Los medicamentos de primera elección incluyen: bupropión SR, chicle de nicotina, inhalador de nicotina, comprimido de nicotina, spray nasal de nicotina, parche de nicotina y vareniclina; la medicación de segunda línea incluye clonidina y nortriptilina. Hay datos insuficientes para recomendar fármacos en ciertos grupos de población (p. ej., embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes).
Dar consejos prácticos (resolución de problemas/ formación en habilidades)	<p>Abstinencia. Es esencial esforzarse para conseguir una abstinencia total. Ni siquiera una calada después de la fecha de abandono<sup>141</sup>.</p> <p>Experiencia previa de abandono. Identificar qué ayudó y qué perjudicó en intentos previos de abandono. Apoyarse en el éxito del pasado.</p> <p>Anticípese a las dificultades y desencadenantes del próximo intento. Discuta las dificultades/desencadenantes y cómo el paciente podrá superarlos con éxito (p. ej., evitar desencadenantes, alterar la rutina).</p> <p>Alcohol. Como el alcohol se asocia a las recaídas, el paciente debe plantearse limitar o abstenerse de beber alcohol durante el abandono (no olvidar que reducir la ingesta de alcohol puede desencadenar un síndrome de abstinencia en los paciente alcohólicos).</p> <p>Presencia de otros fumadores en la familia. El abandono es más difícil cuando hay otros fumadores en la familia. Los pacientes deberían animar a éstos a que dejaran el tabaco con ellos o a no fumar en su presencia.</p> <p>Para otros consejos prácticos, véase tabla 6.19</p>
Ofrecer apoyo social durante el tratamiento	<p>Facilite el apoyo del entorno clínico durante el proceso de motivación del paciente en su intento de abandono. “Mi equipo y yo estamos dispuestos a ayudarle en cualquier momento”. “Le recomiendo un tratamiento que le ofrecerá apoyo continuado durante el proceso”.</p> <p>Para otras descripciones de apoyo social durante el tratamiento, véase tabla 6.20.</p>
Entregar materiales de	Fuentes: agencias oficiales, agencias no gubernamentales, red nacional de líneas telefónicas de ayuda al fumador (1-800-

<p>autoayuda, incluyendo información sobre las líneas telefónicas de ayuda.</p> <p>Para el fumador no motivado para hacer un intento actualmente</p>	<p>QUIT-NOW) y departamentos de salud/líneas telefónicas de ayuda locales, estatales, de comunidades étnicas (véase Apéndice B para las direcciones de páginas Web)</p> <p>Tipo: Información adecuada desde los puntos de vista cultural, étnico, educativo y etario.</p> <p>Localización: fácilmente accesibles y disponibles en todos los centros de trabajo de los profesionales</p> <p>Véase sección 3B</p>
--	---

**Estrategia A5. Arreglar: Organizar el contacto de seguimiento**

Acción	Estrategias de aplicación
<p>Programar el contacto para el seguimiento, personal o telefónico</p>	<p>Calendario: El primer contacto de seguimiento debería realizarse poco después de la fecha de abandono, preferiblemente en la primera semana. Se recomienda programar un segundo contacto en el primer mes. Programar las demás visitas según esté indicado.</p> <p>Acciones durante el seguimiento: En todos los pacientes, identifique los problemas ya detectados y anticipése a las dificultades del futuro inmediato. Valore el uso de medicación y sus problemas. Recuerde las líneas telefónicas de ayuda al fumador (1-800-QUIT-NOW). Aborde el consumo de tabaco en la siguiente consulta (trate el tabaquismo como una enfermedad crónica)</p> <p>Felicite a los pacientes que permanezcan abstinentes.</p> <p>Si se ha producido una recaída, revise las circunstancias y motivos y consiga de los pacientes el compromiso de abstinencia total. En estos casos, plantéese la posibilidad de realizar un tratamiento más intensivo o una derivación a otros profesionales para dicho tratamiento (véase capítulo 4)</p>
<p>Para fumadores que no quieren dejarlo ahora</p>	<p>Véase sección 3B</p>

**Tabla 3.2. Guía clínica para prescribir medicación para el tratamiento del tabaquismo**

<p>¿Quiénes deben recibir medicación para el tratamiento del tabaquismo?</p> <p>¿En qué grupo de fumadores la medicación no ha sido eficaz?</p>	<p>Se debe ofrecer tratamiento farmacológico a todos los fumadores motivados para hacer un intento de abandono excepto cuando la medicación esté contraindicada o en grupos especiales de población dónde los datos científicos de la eficacia del tratamiento farmacológico del tabaquismo son insuficientes (p. ej., embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes, véase capítulo 7).</p>
<p>¿Cuáles son los medicamentos de primera elección recomendados en esta actualización de la Guía?</p>	<p>Se recomiendan las siete medicaciones aprobadas por la FDA: bupropión SR, chicle de nicotina, inhalador de nicotina, pastillas de nicotina, spray nasal de nicotina, parche de nicotina y vareniclina. El profesional debe plantearse los medicamentos de primera elección que han sido más eficaces que los parches de nicotina solos: vareniclina 2 mg/día o la combinación de parche de nicotina a largo plazo + terapia sustitutiva con nicotina (TSN) a demanda. Lamentablemente, no hay algoritmos bien aceptados que guíen la selección óptima de los medicamentos de primera elección</p>
<p>¿Existen contraindicaciones, advertencias, precauciones, otras preocupaciones y efectos adversos que afecten a los medicamentos de primera elección contenidos en esta revisión de la Guía?</p>	<p>Las siete medicaciones aprobadas por la FDA tienen contraindicaciones específicas, advertencias, otros problemas y efectos adversos. Véase en los prospectos de la FDA esta información completa, y las actualizaciones de la FDA a las tablas de fármacos individuales de este documento (tablas 3.3-3.9). (Véase la información que se presenta más adelante sobre las medicaciones de segunda línea).</p>

<p>¿Qué otros factores pueden influir en la selección de la medicación?</p>	<p>Factores prácticos pueden condicionar la elección, como la cobertura por seguros, costes directos para el paciente, probabilidad de cumplimiento, prótesis dentales cuando se prevé la utilización de chicle de nicotina, o dermatitis al valorar la indicación del parche de nicotina.</p>
<p>¿Es relevante la experiencia previa del paciente con un fármaco?</p>	<p>Una experiencia previa de éxito (abstinencia mantenida con la medicación) indica que el fármaco puede ayudar al paciente en un siguiente intento de abandono, especialmente si el paciente toleró bien la medicación y fue fácil de usar. Sin embargo, es difícil sacar conclusiones contundentes de un fracaso previo con un fármaco. Algunos datos indican que los retratamientos en las recaídas de algunos fumadores con la misma medicación pueden producir beneficios escasos o nulos<sup>142,143</sup>, en tanto que otros datos sugieren que puede ser muy útil<sup>144</sup>.</p>
<p>¿Qué medicamentos deberían utilizarse con un paciente que es muy dependiente de la nicotina?</p>	<p>En fumadores con dependencia nicotínica intensa, los preparados con dosis altas en el caso de los chicles, parches y pastillas de nicotina han sido muy eficaces<sup>145-147</sup>. Además, hay datos de que la TSN combinada puede ser particularmente efectiva en la supresión de los síntomas del síndrome de abstinencia.<sup>148,149</sup> Por ello, puede que las combinaciones de TSN sean especialmente útiles en fumadores con dependencia nicotínica intensa o con antecedentes de síndrome de abstinencia grave.</p>
<p>¿Debe valorarse el sexo en la elección del tratamiento farmacológico?</p>	<p>Hay datos de que la TSN puede ser eficaz en ambos géneros;<sup>150-152</sup> sin embargo, algunos datos indican que la TSN es menos efectiva en mujeres que en hombres<sup>153-157</sup>. Esto puede llevar al profesional sanitario a considerar el uso de otro tipo de medicación en mujeres, como bupropión SR y vareniclina</p>
<p>¿Se considera adecuada la utilización de fármacos para el tratamiento de los fumadores leves (menos de 10 cigarrillos/día)?</p>	<p>Como ya se ha mencionado, las medicaciones para el abandono no han sido beneficiosas en los fumadores leves. No obstante, si se utiliza TSN en estos pacientes, se puede plantear la menor dosis de estos fármacos. No es necesario ajustar la dosis en el caso de vareniclina y bupropión SR.</p>

¿Cuándo debería considerarse la utilización de fármacos de segunda línea para el tratamiento del tabaquismo?	Se debe valorar la prescripción de fármacos de segunda línea (clonidina y nortriptilina) en los pacientes en los que no se puedan utilizar los tratamientos de primera línea, ya sea por contraindicaciones o por falta de eficacia. Se debe evaluar a estos pacientes para detectar contraindicaciones específicas, precauciones, otras preocupaciones y efectos adversos de los fármacos de segunda línea. Consulte en los prospectos de la FDA, y las correspondientes tablas de los fármacos individuales de este documento (tablas 3.10 y 3.11).
¿Qué medicaciones se deberían utilizar en los pacientes preocupados por la ganancia de peso?	Los datos demuestran que el bupropión SR y la TSN, en particular los chicles de nicotina de 4 mg y las pastillas de nicotina de 4 mg, retrasan pero no previenen la ganancia de peso.
¿Existen medicaciones que se deberían considerar especialmente en pacientes con antecedentes de depresión?	El bupropión SR y la nortriptilina parecen ser eficaces en este grupo de pacientes <sup>158-162</sup> (véase capítulo 7) aunque la TSN también parece ser útil en pacientes con estos antecedentes.
¿Deberían evitarse los tratamientos sustitutivos con nicotina en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular?	No. El parche de nicotina en particular ha sido seguro en enfermos cardiovasculares. Véanse tablas 3.3-3.9 y los prospectos de la FDA si se desea una información más completa
¿Los fármacos para el tratamiento del tabaquismo pueden utilizarse	Sí. Este abordaje puede ser útil en fumadores que refieren persistencia de los síntomas de abstinencia durante el tratamiento, en los que han recaído en el pasado tras suspender la medicación y en los que desean un tratamiento prolongado. Existe una pequeña proporción de pacientes que dejan de fumar uti-

durante períodos prolongados de tiempo (p. ej., hasta 6 meses?)	lizando TSN oral (chicles, spray nasal, inhalador) a demanda a largo plazo. El uso de esta medicación durante 6 meses no plantea riesgos conocidos para la salud, y es poco frecuente que aparezca dependencia a este tipo de tratamiento. Además, la FDA ha aprobado la utilización durante 6 meses de bupropión SR, vareniclina y algunas formas de TSN.
¿Es importante el cumplimiento del tratamiento?	Sí. Es frecuente que el paciente no utilice la medicación tal y como se le ha recomendado (p. ej., no la toma a la dosis recomendada o durante el tiempo prescrito) y esto puede reducir su eficacia
¿Se pueden combinar las medicaciones?	Sí. En cuanto a los fármacos de primera línea, hay datos de que las combinaciones del parche de nicotina a largo plazo (más de 14 semanas) con chicles o spray nasal de nicotina, del parche de nicotina con el inhalador de nicotina y del parche de nicotina con bupropión SR aumentan los porcentajes de abstinencia prolongada en comparación con los grupos de tratamiento con placebo. La combinación de vareniclina con algunas formas de TSN se ha asociado a un mayor porcentaje de efectos adversos (p. ej., náuseas, cefalea)

**Tabla 3.3. Uso clínico del bupropión SR (para una información más completa véase el prospecto de la FDA)**

**Uso clínico del Bupropión SR 150 (aprobado por la FDA)**

Selección de los pacientes	Adecuado como medicamento de primera elección para el tratamiento del tabaquismo
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase la lista completa en el prospecto de la FDA)	Embarazo. Se debe motivar a las fumadoras embarazadas a que dejen el tabaco sin medicación. No se ha demostrado que el bupropión sea eficaz para el tratamiento del tabaquismo en el embarazo (el bupropión es un fármaco de la clase C de la FDA para el embarazo). Este fármaco no se ha evaluado en pacientes lactantes. Enfermedades cardiovasculares. Generalmente se tolera bien; se han registrado casos ocasionales de hipertensión.

Precauciones, contraindicaciones y efectos secundarios (continuación)	Efectos adversos. Los más frecuentes son insomnio (35-40%) y sequedad de boca (10%). Contraindicaciones. El bupropión SR está contraindicado en pacientes con antecedentes de epilepsia y trastornos de la conducta alimentaria, pacientes que toman otras formas de bupropión y en los que han tomado un inhibidor de la monoaminooxidasa (IMAO) en los 14 días previos.
Posología	Los pacientes deben iniciar el tratamiento con bupropión SR 1-2 semanas antes de la fecha de abandono del tabaco. Deben iniciar el tratamiento con una dosis de 150 mg por la mañana los 3 primeros días, y posteriormente aumentarán la dosis hasta 150 mg 2 veces al día. La dosis total no debe exceder de 300 mg cada día. La dosis de 150 mg (2 veces/día) debe continuarse de 7 a 12 semanas. Para tratamientos prolongados se podrá considerar el uso de bupropión SR 150 mg/día hasta 6 meses tras el abandono
Disponibilidad	Sólo con receta médica
Instrucciones para la prescripción	Dejar de fumar antes de la fecha de abandono. Algunos pacientes pueden perder las ganas de fumar o reducir espontáneamente su consumo antes de la fecha de abandono. Información posológica. En caso de insomnio importante, puede ser útil adelantar la toma de la dosis vespertina (por la tarde, al menos 8 horas después de la primera dosis). Alcohol. Se recomienda su toma sólo con moderación
Coste <sup>a</sup>	1 caja de 60 comprimidos de 150 mg = 97 dólares por mes (genérico); de 197 a 210 dólares en el caso de fármaco “de marca”

<sup>a</sup> Los datos del coste se establecieron promediando el precio de venta al público de la medicación en farmacias de Atlanta, GA, Los Angeles, CA, Milwaukee, WI, Sunnyside, NY y en los listados en línea durante el mes de enero de 2008 y pueden no reflejar los descuentos disponibles en planes sanitarios y de otro tipo.

**Tabla 3.4 Uso clínico del chicle de nicotina (para una información más completa véase el prospecto de la FDA)**

**Uso clínico del chicle de nicotina (aprobado por la FDA)**

Selección de los pacientes	Adecuado como fármaco de primera elección para el tratamiento del tabaquismo
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	<p>Embarazo. Se debe motivar a las fumadoras embarazadas a que dejen el tabaco sin medicación. El chicle de nicotina no ha sido eficaz para el tratamiento del tabaquismo en el embarazo (el chicle de nicotina es fármaco de la clase D de la FDA para el embarazo). Este fármaco no se ha evaluado en pacientes lactantes.</p> <p>Enfermedades cardiovasculares. La TSN no es un factor de riesgo independiente de episodios miocárdicos agudos. La TSN se debe utilizar con precaución en los siguientes grupos de pacientes cardiovasculares: en el período inmediatamente posterior (2 semanas) a un infarto de miocardio, pacientes con arritmias graves y pacientes con angina inestable.</p> <p>Efectos adversos. Los efectos adversos más frecuentes con el chicle de nicotina incluyen dolor oral, hipo, dispepsia y dolor de la articulación temporomandibular. Son efectos generalmente leves y transitorios, y a menudo se alivian corrigiendo la técnica de masticación del chicle por parte del paciente (véanse las instrucciones para la prescripción, más adelante)</p>
Posología	Los chicles de nicotina (normales y con sabores) están disponibles en dosis de 2 mg y 4 mg por pieza. Los chicles de 2 mg se recomiendan para fumadores de menos de 25 cigarrillos/día; los chicles de 4 mg se recomiendan para fumadores de 25 o más cigarrillos/día. Debe usarse al menos 1 chicle cada 1 o 2 horas durante las 6 primeras semanas; se recomienda una duración mínima de 12 semanas y no más de 24 piezas por día
Disponibilidad	Sólo de venta sin receta médica
Instrucciones de Prescripción	Técnica de masticación. El chicle se debe masticar lentamente hasta que aparezca un sabor a pimienta o especiado; en este momento debe colocarse en la mejilla para facilitar la absorción a través de la mucosa oral. El proceso de mascado y colocación debe realizarse de forma lenta e intermitente,



	<p>durante aproximadamente 30 minutos o hasta que el sabor desaparezca.</p> <p>Absorción. Las bebidas ácidas (p. ej., café, zumos, bebidas no alcohólicas) interfieren con la absorción oral de la nicotina; así, se debe evitar comer o beber cualquier cosa, excepto agua, 15 minutos antes y durante el uso del chicle.</p> <p>Información posológica. Con frecuencia los pacientes no utilizan suficientes fármacos de TSN a demanda para obtener unos efectos clínicos óptimos. Las instrucciones para la toma del chicle con un horario fijo (al menos un pieza cada 1-2 horas) y por un tiempo de 1-3 meses pueden resultar más beneficiosas que su utilización a demanda.</p>
<p>Coste<sup>a</sup></p>	<p>Los chicles de 2 mg se venden en cajas de diferentes cantidades; cajas de 100-170 piezas = 48 dólares (la cantidad que se use determina la duración del paquete)</p> <p>Los chicles de 4 mg se venden en cajas de diferentes cantidades; cajas de 100-110 piezas = 63 dólares (la cantidad que se use determina la duración del paquete)</p>

Coste<sup>a</sup> Los chicles de 2 mg se venden en cajas de diferentes cantidades; cajas de 100-170 piezas = 48 dólares (la cantidad que se use determina la duración del paquete)

Los chicles de 4 mg se venden en cajas de diferentes cantidades; cajas de 100-110 piezas = 63 dólares (la cantidad que se use determina la duración del paquete)

<sup>a</sup> Los datos del coste se establecieron promediando el precio de venta al público de la medicación en farmacias de Atlanta, GA, Los Angeles, CA, Milwaukee, WI, Sunnyside, NY y en los listados en línea durante el mes de enero de 2008 y pueden no reflejar los descuentos disponibles en planes sanitarios y de otro tipo.

**Tabla 3.5 Uso clínico del inhalador de nicotina (para una información más completa véase el prospecto de la FDA)**

**Uso clínico del Inhalador de nicotina (aprobado por la FDA)**

Selección de los pacientes	Adecuado como fármaco de primera elección para el tratamiento del tabaquismo
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	<p>Embarazo. Se debe motivar a las fumadoras embarazadas a que dejen el tabaco sin medicación. El inhalador de nicotina no ha sido eficaz para el tratamiento del tabaquismo en el embarazo (el inhalador de nicotina durante el embarazo es fármaco de la clase D de la FDA para el embarazo). Este fármaco no se ha evaluado en pacientes lactantes.</p> <p>Enfermedades cardiovasculares. La TSN no es un factor de riesgo independiente de episodios miocárdicos agudos. La TSN se debe utilizar con precaución en los siguientes grupos de pacientes cardiovasculares: en el período inmediatamente posterior (2 semanas) a un infarto de miocardio, pacientes con arritmias graves y pacientes con angina inestable.</p>
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	Reacciones de irritación local. La irritación local en la boca y en la garganta se ha descrito hasta en el 40% de los pacientes que utilizan el inhalador de nicotina. También son frecuentes la tos (32%) y la rinitis (23%). Estos efectos se han considerado leves y la frecuencia de los mismos disminuye con el uso continuado del tratamiento.
Posología	La dosis del inhalador de nicotina es una inhalación. Cada cartucho libera un total de 4 mg de nicotina por cada 80 inhalaciones. La dosis recomendada es de 6-16 cartuchos/día. La duración máxima recomendada del tratamiento es de 6 meses. Es necesario instruir al paciente para disminuir progresivamente la dosis en los últimos 3 meses de tratamiento.
Disponibilidad	Sólo con receta médica

Instrucciones para la prescripción	<p>Temperatura ambiental. La liberación de nicotina desde el inhalador disminuye a temperaturas inferiores a 4,4 °C. En ambientes fríos el inhalador y los cartuchos deben conservarse en un bolsillo interior o en otra zona templada.</p> <p>Absorción. Las bebidas ácidas (p. ej., café, zumos, bebidas no alcohólicas) interfieren con la absorción oral de nicotina; así, se debe evitar comer o beber cualquier cosa, excepto agua, 15 minutos antes y durante su uso.</p> <p>Información posológica. Con frecuencia los pacientes no utilizan suficientes fármacos de TSN a demanda para obtener unos efectos clínicos óptimos. Se recomienda su uso hasta 6 meses, con una reducción gradual de la frecuencia de uso a partir de la 6ª-12ª semana de tratamiento. Los mayores beneficios se consiguen con uso de al menos 6 cartuchos diarios con inhalaciones frecuentes.</p>
Coste <sup>a</sup>	Una caja de 168 cartuchos de 10 mg = 196 dólares (la duración de la caja dependerá de la frecuencia de utilización del tratamiento )

<sup>a</sup> Los datos del coste se establecieron promediando el precio de venta al público de la medicación en farmacias de Atlanta, GA, Los Angeles, CA, Milwaukee, WI, Sunnyside, NY y en los listados en línea durante el mes de enero de 2008 y pueden no reflejar los descuentos disponibles en planes sanitarios y de otro tipo.

**Tabla 3.6 Uso clínico de la pastilla de nicotina (para una información más completa véase el prospecto de la FDA)**

<b>Uso clínico de la pastilla de nicotina (aprobado por la FDA)</b>	
Selección de los pacientes	Adecuado como fármaco de primera elección para el tratamiento del tabaquismo
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el	Embarazo. Se debe motivar a las fumadoras embarazadas a que dejen el tabaco sin medicación. La pastilla de nicotina no ha sido eficaz para el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. Este fármaco no se ha evaluado en pacientes lactantes. Aunque la pastilla de nicotina fue aprobada como fármaco de venta sin receta médica, no se ha evaluado su

prospecto de la FDA)	potencial teratógeno por la FDA. Enfermedades cardiovasculares. La TSN no es un factor de riesgo independiente de episodios miocárdicos agudos. La TSN se debe utilizar con precaución en los siguientes grupos de pacientes cardiovasculares: en el período inmediatamente posterior (2 semanas) a un infarto de miocardio, pacientes con arritmias graves y pacientes con angina inestable.
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	Efectos adversos. Los efectos adversos descritos con más frecuencia con la pastilla de nicotina son la náusea, el hipo y pirosis. En algunos pacientes las pastillas de 4 mg también se asociaron a un aumento de la incidencia de cefalea y tos (menos del 10 % del total).
Posología	Las pastillas de nicotina están disponibles en dosis de 2 y 4 mg por comprimido. Las pastillas de 2 mg se recomiendan en pacientes que fuman el primer cigarrillo más de 30 minutos después de despertarse, y las pastillas de 4 mg en los que fuman su primer cigarrillo en los 30 primeros minutos después de despertarse. Generalmente se recomienda usar al menos 9 pastillas por día durante las 6 primeras semanas; la duración del tratamiento debe prolongarse hasta 12 semanas y no se aconseja tomar más de 20 pastillas por día
Disponibilidad	Sólo de venta sin receta médica
Instrucciones para la prescripción	Toma de la pastilla. Se debe dejar que la pastilla se disuelva en la boca, y no se debe tragar ni mascar. Absorción. Las bebidas ácidas (p. ej., café, zumos, bebidas no alcohólicas) interfieren con la absorción oral de nicotina; así, se debe evitar comer o beber cualquier cosa, excepto agua, 15 minutos antes y durante el uso de la pastilla de nicotina.
Instrucciones para la prescripción	Información posológica. Con frecuencia los pacientes no utilizan suficientes fármacos de TSN a demanda para obtener unos efectos clínicos óptimos. Generalmente, los pacientes deben usar 1 pastilla cada 1-2 horas durante las 6

	primeras semanas de tratamiento, con un mínimo de 9 pastillas/día y desde aquí, disminuir la dosis hasta 1 pastilla cada 2-4 horas durante las semanas 7-9 y posteriormente disminuir hasta 1 pastilla cada 4-8 horas las semanas 10-12.
Costes <sup>a</sup>	Pastillas de 2 mg, cajas de 72 piezas = 34 dólares (la cantidad que se use determinará la duración del paquete ) Pastillas de 4 mg, cajas de 72 piezas = 39 dólares (la cantidad que se use determinará la duración del paquete )

<sup>a</sup> Los datos del coste se establecieron promediando el precio de venta al público de la medicación en farmacias de Atlanta, GA, Los Angeles, CA, Milwaukee, WI, Sunnyside, NY y en los listados en línea durante el mes de enero de 2008 y pueden no reflejar los descuentos disponibles en planes sanitarios y de otro tipo.

**Tabla 3.7 Uso clínico del spray nasal de nicotina (para una información más completa véase el prospecto de la FDA)**

<b>Uso clínico del Spray Nasal de Nicotina (aprobado por la FDA)</b>	
Selección de los pacientes	Adecuado como fármaco de primera elección para el tratamiento del tabaquismo
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	Embarazo. Se debe motivar a las fumadoras embarazadas a que dejen el tabaco sin medicación. El spray nasal de nicotina no ha sido eficaz para el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. Está clasificado por la FDA como medicamento clase D en cuanto a su perfil de seguridad en el embarazo. No se ha evaluado en pacientes lactantes. Enfermedades cardiovasculares. La TSN no es un factor de riesgo independiente de episodios miocárdicos agudos. La TSN se debe utilizar con precaución en los siguientes grupos de pacientes cardiovasculares: en el período inmediatamente posterior (2 semanas) a un infarto de miocardio, pacientes con arritmias graves y pacientes con angina inestable. Reacciones nasales/en la vía aérea. El 99 % de los fumadores que usan el spray nasal de nicotina refiere

	<p>irritación nasal moderada a intensa los 2 primeros días de su utilización; además, el 81% sigue refiriendo irritación nasal después de 3 semanas de tratamiento, aunque la intensidad habitualmente era leve a moderada. También se ha descrito congestión nasal y cambios transitorios de los sentidos del olfato y del gusto. El spray nasal de nicotina no se debe usar en pacientes con hiperreactividad bronquial grave.</p> <p>Dependencia. El spray nasal de nicotina produce picos más elevados de nicotina que otras formas de TSN y esto puede originar una mayor dependencia. Aproximadamente el 15-20% de los pacientes refiere usar de forma habitual el spray nasal de nicotina durante mayor tiempo que el recomendado (6-12 meses) y el 5% utiliza el spray nasal a dosis más elevadas que las prescritas.</p>
Posología	<p>Una dosis de spray nasal de nicotina supone la instilación de 0,5 mg en cada fosa nasal (1 mg en total). La posología inicial debe ser de 1-2 dosis por hora, aumentando según la necesidad para el tratamiento de los síntomas referidos. El tratamiento mínimo recomendado es de 8 dosis por día con un límite máximo de 40 dosis/día (5 dosis/hora). Cada spray contiene aproximadamente 100 dosis. La duración recomendada del tratamiento es de 3 a 6 meses</p>
Disponibilidad	Sólo con receta médica
Instrucciones para la prescripción	<p>Información posológica. El paciente no debe sorber la nariz, tragar o inhalar a través de la nariz mientras se administra la dosis, ya que esto aumentará la irritación. Es mejor hacer la maniobra de inhalación con la cabeza levemente inclinada hacia atrás.</p>
Coste <sup>a</sup>	49 dólares por envase (la cantidad que se use determinará la duración del paquete )

<sup>a</sup> Los datos del coste se establecieron promediando el precio de venta al público de la medicación en farmacias de Atlanta, GA, Los Angeles, CA, Milwaukee, WI, Sunnyside, NY y en los listados en línea durante el mes de enero de 2008 y pueden no reflejar los descuentos disponibles en planes sanitarios y de otro tipo.

**Tabla 3.8 Uso clínico del parche de nicotina (para una información más completa véase el prospecto de la FDA)****Uso clínico del parche de nicotina (aprobado por la FDA)**

Selección de los pacientes	Adecuado como fármaco de primera elección para el tratamiento del tabaquismo
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	<p>Embarazo. Se debe motivar a las fumadoras embarazadas a que dejen el tabaco sin medicación. El parche de nicotina no ha sido eficaz para el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. Está clasificado por la FDA como medicamento clase D en cuanto a su perfil de seguridad en el embarazo. No se ha evaluado en pacientes lactantes.</p> <p>Enfermedades cardiovasculares. La TSN no es un factor de riesgo independiente de episodios miocárdicos agudos. La TSN se debe utilizar con precaución en los siguientes grupos de pacientes cardiovasculares: en el período inmediatamente posterior (2 semanas) a un infarto de miocardio, pacientes con arritmias graves y pacientes con angina inestable.</p> <p>Reacciones cutáneas. Hasta el 50% de los pacientes que usan parches de nicotina tiene reacciones cutáneas locales, que son leves y autolimitadas, aunque ocasionalmente empeoran durante el tratamiento. El tratamiento tópico de estas reacciones locales con crema de hidrocortisona (al 1%) o de triamcinolona (al 0,5%) y el cambio de la colocación del parche puede mejorar estas reacciones. En menos del 5% de estos pacientes será necesario suspender el parche de nicotina.</p> <p>Otros efectos adversos. Insomnio y/o sueños vívidos</p>
Posología	El tratamiento con parches de nicotina durante 8 semanas o menos ha sido tan eficaz como en períodos más prolongados. A veces se dispone de parches de diferentes dosis, y con diferentes regímenes posológicos. Las recomendaciones sobre las dosis y duración del tratamiento contenidas en esta tabla son ejemplos y son los profesionales sanitarios los que deberán individualizar el tratamiento dependiendo de características específicas, como experiencias

	previas del paciente con los parches, cantidad de tabaco fumada, grado de dependencia, etc.	
Disponibilidad	Medicación de venta sin receta médica o con receta médica	
Tipo	Duración	Posología
Posología progresivamente decreciente	4 semanas	21 mg/24 horas
	Otras 2 semanas	14 mg/24 horas
	Otras 2 semanas	7 mg/24 horas
Administración única	Se dispone de dosis de 22 mg/24 h y 11 mg/24 h (para fumadores leves) en regímenes con parches en una sola fase.	
Instrucciones para la prescripción	<p>Localización. Al comienzo del día el paciente debe colocar un nuevo parche sobre una zona relativamente lampiña, habitualmente entre el cuello y la cintura, cambiando de localización con frecuencia para reducir la irritación cutánea local.</p> <p>Actividades. Sin restricciones durante la utilización del parche</p> <p>Información posológica. Los parches se deben utilizar tan pronto como el paciente se despierte el día del abandono. En los sujetos que tengan interrupciones del sueño el paciente debe retirar el parche de 24 h antes de acostarse, o debe usar parches de 16 h (que se deben usar mientras el paciente esté despierto).</p>	
Coste <sup>a</sup>	<p>Cajas de parches de 7 mg = 37 dólares (la cantidad que se use determinará la duración de la caja )</p> <p>Cajas de parches de 14 mg = 47 dólares (la cantidad que se use determinará la duración de la caja )</p> <p>Cajas de parches de 21 mg = 48 dólares (la cantidad que se use determinará la duración de la caja )</p>	

<sup>a</sup> Los datos del coste se establecieron promediando el precio de venta al público de la medicación en farmacias de Atlanta, GA, Los Angeles, CA, Milwaukee, WI, Sunnyside, NY y en los listados en línea durante el mes de enero de 2008 y pueden no reflejar los descuentos disponibles en planes sanitarios y de otro tipo.



**Tabla 3.9 Uso clínico de vareniclina (para una información más completa véase el prospecto de la FDA)****Uso clínico de Vareniclina (aprobado por la FDA)**

Selección de pacientes	Adecuado como fármaco de primera elección para el tratamiento del tabaquismo
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	<p>Embarazo. Se debe motivar a las fumadoras embarazadas a que dejen el tabaco sin medicación. Vareniclina no ha sido eficaz para el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. Está clasificado por la FDA como medicamento clase D en cuanto a su perfil de seguridad en el embarazo. No se ha evaluado en pacientes lactantes.</p> <p>Enfermedades cardiovasculares. No está contraindicado. Precauciones. Se debe usar con precaución en pacientes con insuficiencia renal significativa (aclaramiento de creatinina &lt;30 ml/h) y en pacientes en diálisis; la dosis debe reducirse a la mitad en estos pacientes. Los pacientes que toman vareniclina pueden tener deterioro de la capacidad de conducir y manejar maquinaria pesada.</p>
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	<p>Advertencias. En febrero de 2008 la FDA añadió una advertencia acerca del uso de vareniclina. Específicamente, señalaba que se había descrito estado de ánimo deprimido, agitación, trastornos de conducta, ideación suicida y suicidio en pacientes tratados con vareniclina. La FDA recomienda que los pacientes comuniquen a sus profesionales sanitarios cualquier antecedente de enfermedad psiquiátrica antes de iniciar la toma de esta medicación, y que los profesionales sanitarios monitoricen de cerca a los pacientes para detectar cambios del estado de ánimo y de la conducta cuando prescriban vareniclina. De acuerdo con estas recomendaciones de la FDA, los profesionales sanitarios deben preguntar los antecedentes psiquiátricos de sus pacientes.</p> <p>Efectos adversos. Náuseas, alteraciones del sueño, sueños anormales/vivididos/extraños.</p>

Posología	La toma de vareniclina se inicia 1 semana antes de la fecha de abandono, a una dosis de 0,5 mg una vez al día los 3 primeros días, seguido por 0,5 mg dos veces al día los 4 días siguientes, seguido por 1 mg dos veces al día durante 3 meses. La vareniclina está autorizada como tratamiento de mantenimiento hasta 6 meses de tratamiento. Nota: se debe indicar al paciente que deje de fumar el día 8, cuando la dosis se aumente hasta 1 mg dos veces al día.
Disponibilidad	Sólo con receta médica
Instrucciones para la prescripción	Dejar de fumar antes de la fecha prevista. Algunos pacientes pueden perder las ganas de fumar o reducir espontáneamente su consumo antes de la fecha de abandono. Información posológica. Para reducir las náuseas se debe tomar el comprimido con el estómago lleno. Para reducir el insomnio se debe tomar el segundo comprimido con la cena, y no al acostarse.
Coste <sup>a</sup>	Caja de 56 comprimidos de 1 mg = 131 dólares (tratamiento para 1 mes)

<sup>a</sup> Los datos del coste se establecieron promediando el precio de venta al público de la medicación en farmacias de Atlanta, GA, Los Angeles, CA, Milwaukee, WI, Sunnyside, NY y en los listados en línea durante el mes de enero de 2008 y pueden no reflejar los descuentos disponibles en planes sanitarios y de otro tipo.

**Tabla 3.10 Uso clínico de clonidina (para una información más completa véase el listado completo en el prospecto de la FDA)**

**Uso clínico de clonidina (no aprobado por la FDA para el tratamiento del tabaquismo)**

Selección de pacientes	Adecuado como fármaco de segunda línea para el tratamiento del tabaquismo
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	<p>Embarazo. Se debe motivar a las fumadoras embarazadas a que dejen el tabaco sin medicación. La clonidina no ha sido eficaz para el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. es un fármaco de la clase C de la FDA para el embarazo. No se ha evaluado en pacientes lactantes.</p> <p>Actividades. Se debe advertir a los pacientes que realizan actividades potencialmente peligrosas, como conducir vehículos y manejar maquinaria pesada, del posible efecto sedante de este fármaco.</p>
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	<p>Efectos adversos. Los más frecuentes descritos incluyen: sequedad de boca (40%), somnolencia (33%), mareo (16%), sedación (10%) y estreñimiento (10%). Como cualquier antihipertensivo, se puede esperar que la clonidina reduzca la tensión arterial en la mayoría de los pacientes; por ello, los profesionales sanitarios deben monitorizar la tensión cuando utilicen esta medicación.</p> <p>Hipertensión de rebote. Cuando se interrumpe este tratamiento, si no se reduce gradualmente la dosis en un período de 2 a 4 días puede aparecer un rápido incremento de la tensión arterial, agitación, confusión y/o temblor.</p>
Posología	<p>La dosis utilizada ha variado significativamente en diferentes ensayos clínicos, de 0,15 a 0,75 mg/día por vía oral y de 0,10 a 0,20 mg por vía transdérmica (TTS), sin una clara relación dosis-respuesta en los resultados obtenidos. La dosis inicial recomendada es de 0,10 mg dos veces al día por vía oral o 0,10 mg/día por vía transdérmica, aumentando posteriormente en 0,10 mg/día por semana si es preciso. La duración total del tratamiento varía según los estudios, oscilando entre 3 y 10 semanas.</p>

Disponibilidad	Sólo con receta médica (independientemente de la vía de administración)
Instrucciones de prescripción	<p>Inicio del tratamiento. Se debe iniciar el tratamiento con clonidina antes de la fecha de abandono (hasta 3 días) o ese mismo día.</p> <p>Información posológica. Si el paciente utiliza la vía transdérmica, al inicio de cada semana debe colocar un nuevo parche en una zona relativamente lampiña situada entre el cuello y la cintura. No se debe interrumpir la medicación bruscamente.</p>
Coste <sup>a</sup>	<p>Vía Oral: Una caja de 60 comprimidos de 1 mg = 13 dólares (la dosis recomendada determinará la duración de la caja)</p> <p>Vía transdérmica: envase de 4 parches TTS = 106 dólares</p>

<sup>a</sup> Los datos del coste se establecieron promediando el precio de venta al público de la medicación en farmacias de Atlanta, GA, Los Angeles, CA, Milwaukee, WI, Sunnyside, NY y en los listados en línea durante el mes de enero de 2008 y pueden no reflejar los descuentos disponibles en planes sanitarios y de otro tipo.

**Tabla 3.11 Uso clínico de nortriptilina (para una información más completa véase el prospecto de la FDA)**

**Uso clínico de nortriptilina (no aprobado por la FDA para el tratamiento del tabaquismo)**

Selección de los pacientes	Adecuado como fármaco de segunda línea para el tratamiento del tabaquismo
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	<p>Embarazo. Se debe motivar a las fumadoras embarazadas a que dejen el tabaco sin medicación. La nortriptilina no ha sido eficaz para el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. es un fármaco de la clase D de la FDA para el embarazo. No se ha evaluado en pacientes lactantes.</p> <p>Efectos adversos. Los más frecuentes son sedación, sequedad de boca (64-78%), visión borrosa (16%), retención</p>

	<p>urinaria, mareo (49%) y temblor de manos (23%).</p> <p>Actividades. La nortriptilina puede dificultar las capacidades mentales y/o físicas necesarias para realizar tareas peligrosas, como conducir vehículos y manejar maquinaria pesada; por tanto, se debe advertir a los pacientes de estos posibles efectos adversos con el uso de esta medicación.</p>
Precauciones, advertencias, contraindicaciones y efectos adversos (véase el listado completo en el prospecto de la FDA)	Efectos cardiovasculares y otros. Debido al riesgo de arritmias y alteración de la contractilidad miocárdica, debe usarse con precaución en pacientes con enfermedades cardiovasculares. No debe administrarse conjuntamente con IMAO
Posología	La dosis inicial usada en los ensayos de abandono del tabaco es de 25 mg/día, aumentándola gradualmente hasta alcanzar el objetivo de 75-100 mg/día. La duración recomendada del tratamiento del tabaquismo en los estudios clínicos es de aproximadamente 12 semanas, aunque los profesionales sanitarios pueden plantearse prolongar el tratamiento hasta 6 meses.
Disponibilidad	Nortriptilina HCl: Sólo con receta médica
Instrucciones para la prescripción	<p>Inicio. El tratamiento comienza de 10 a 28 días antes de la fecha de abandono para permitir que el fármaco alcance el estado estable de su dosis terapéutica.</p> <p>Monitorización del tratamiento. Aunque no se han determinado las concentraciones sanguíneas terapéuticas para el abandono del tabaco, se debe plantear la monitorización terapéutica de la concentración plasmática de nortriptilina según la Guía de la American Psychiatric Association para el tratamiento de la depresión. Los profesionales sanitarios pueden decidir evaluar la concentración plasmática de nortriptilina cuando sea necesario<sup>163</sup>.</p>

Instrucciones para la prescripción	<p>Información posológica. No se debe interrumpir bruscamente el tratamiento para evitar la aparición de síndrome de abstinencia.</p> <p>La sobredosis puede producir toxicidad cardiovascular grave y potencialmente mortal, además de convulsiones y coma. Se debe valorar minuciosamente el riesgo de sobredosis antes de iniciar el tratamiento</p>
Coste <sup>a</sup>	Caja de 60 comprimidos de 25 mg = 24 dólares (la dosis diaria determinará cuánto dura la caja.)

<sup>a</sup> Los datos del coste se establecieron promediando el precio de venta al público de la medicación en farmacias de Atlanta, GA, Los Angeles, CA, Milwaukee, WI, Sunnyside, NY y en los listados en línea durante el mes de enero de 2008 y pueden no reflejar los descuentos disponibles en planes sanitarios y de otro tipo.

**B. Para el paciente que no quiere dejarlo**

***Fomento de la motivación para dejarlo***

Se debe preguntar sistemáticamente a todos los pacientes que acuden a un centro sanitario por el consumo de tabaco. Los profesionales sanitarios deben aconsejar a todos los fumadores que lo dejen y deben evaluar la voluntad de hacer un intento de abandono. En los pacientes que no están preparados para intentarlo en ese momento, los profesionales deben emplear una intervención mínima encaminada a estimular la motivación para el abandono.

Los pacientes que no desean hacer un intento de abandono en una visita pueden carecer de información acerca de los efectos nocivos del consumo de tabaco y de los beneficios del abandono, pueden carecer de recursos económicos, pueden tener temor o inquietud sobre el abandono, o pueden estar desmoralizados a causa de recaídas previas<sup>164-167</sup>. Tales pacientes pueden responder a una intervención motivacional breve que se basa en los principios de la entrevista motivacional (EM)<sup>168</sup>, una intervención de asesoramiento directiva y centrada en el paciente<sup>169</sup>. Hay datos que la EM es eficaz en el aumento de los futuros intentos de abandono<sup>170-174</sup>; sin embargo no está claro que la EM incremente la abstinencia en los pacientes motivados para dejar de fumar<sup>173,175,176</sup>.

Los profesionales sanitarios que emplean técnicas de EM se centran en explorar los sentimientos, creencias, ideas y valores de los fumadores en relación con el consumo de tabaco en un intento de desvelar cualquier ambivalencia sobre el consumo de tabaco<sup>169,177,178</sup>. Una vez que se detecta la ambivalencia, el profesional obtiene selectivamente, mediante la “charla para el cambio” del paciente (p. ej., razones, ideas, necesidades para eliminar el consumo de tabaco) y un “lenguaje de compromiso” (p. ej., intención de pasar a la acción para cambiar la conducta de fumar, como no fumar en casa). Los expertos en EM han observado que pedir a los pacientes que usen sus propias palabras para comprometerse a cambiar es más efectivo que las advertencias, charlas, o argumentos de los profesionales para el abandono, los cuales tienden a incrementar, y no a reducir, la resistencia del paciente al cambio<sup>177</sup>.

Los cuatro principios generales que subyacen a la EM son: (1) *expresar empatía*, (2) *desarrollar la discrepancia*, (3) *vencer la resistencia*, y (4) *apoyar la autoeficacia*<sup>168,179</sup>. Las intervenciones psicológicas específicas de la EM que se basan en estos principios están incluidas en la tabla de la Estrategia B1. Como es una técnica especializada, puede ser beneficioso que un miembro del personal clínico reciba formación en intervención motivacional. Las áreas de contenidos que se deben tratar en una intervención motivacional se pueden definir por las “5 R”: relevancia, riesgo, recompensa, resistencia, y repetición (Estrategia B2). Las investigaciones sugieren que las “5 R” fomentan futuros intentos de abandono<sup>169,180</sup>.

### **Estrategia B1. Estrategias de intervención motivacional**

Expresar empatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Usar preguntas abiertas para explorar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La importancia de abordar el consumo de tabaco (p. ej., “¿Qué importancia tiene para usted el abandono del tabaco?”)</li> <li>- Preocupaciones y beneficios en relación con el abandono del tabaco (p. ej., “¿Qué puede ocurrir si lo abandona?”)</li> </ul> </li> <li>● Utilizar escucha reflexiva para encontrar entendimiento mutuo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflejar palabras o significados (p. ej., “Así que piensa que fumar le ayuda a mantener el peso”).</li> <li>- Resumir (p. ej., “Lo que he oído hasta ahora es que</li> </ul> </li> </ul>
------------------	--

	<p>fumar es algo que le gusta. Por otro lado, su novio detesta el tabaco, y usted está preocupada porque pueda presentar una enfermedad grave”).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalizar sentimientos e inquietudes (p. ej., “Mucha gente está preocupada por poder apañárselas sin cigarrillos”)</li> <li>• Apoyar la autonomía del paciente y su derecho a escoger o rechazar el cambio (p. ej., “Entiendo que dice que no está preparado para dejar de fumar ahora. Estoy aquí para ayudarle cuando esté preparado”).</li> </ul>
<p>Desarrollar la discrepancia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destacar la discrepancia entre el comportamiento actual del paciente y las prioridades, valores y objetivos que expresa (p. ej., “Parece que está muy dedicado a su familia. ¿Cómo piensa que el hecho de fumar está afectando a sus hijos?”)</li> <li>• Reforzar y apoyar mediante “charlas para el cambio” y lenguaje de “compromiso”:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Así que se da cuenta de que fumar está afectando a su respiración y hace que tenga dificultad para jugar con sus hijos”.</li> <li>- “Es estupendo que vaya a dejar el tabaco cuando haya pasado esta etapa de exceso de trabajo”.</li> </ul> </li> <li>• Crear y profundizar en el compromiso para el cambio:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Hay tratamientos efectivos que aliviarán la dificultad del abandono, como apoyo psicológico y medicamentos”.</li> <li>- “Nos gustaría ayudarle a evitar un ictus como el que tuvo su padre”.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Vencer la resistencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dejar de dar órdenes y usar la reflexión cuando el paciente exprese resistencia.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Parece que se siente presionado por fumar”.</li> </ul> </li> <li>• Manifestar empatía:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Está preocupado por cómo va a controlar el síndrome de abstinencia”</li> </ul> </li> <li>• Pedir permiso para proporcionar información:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- “¿Le gustaría oír algunas estrategias que pueden serle útiles para abordar esa preocupación durante el proceso de abandono?”</li> </ul> </li> </ul>



Apoyar la autoeficacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar los éxitos pasados y a utilizarlos como base: <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Así que la última vez que intentó abandonarlo tuvo bastante éxito”.</li> </ul> </li> <li>• Ofrecer opciones para realizar pequeños avances asequibles hacia el cambio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llamar al teléfono de ayuda al fumador (1-800-QUIT-NOW) para solicitar consejo e información.</li> <li>- Leer sobre estrategias y beneficios del abandono del tabaco.</li> <li>- Cambiar el patrón de consumo de tabaco (p. ej., no fumar en casa).</li> <li>- Pedir al paciente que comparta sus ideas sobre las estrategias de abandono.</li> </ul> </li> </ul>
------------------------	---

## Estrategia B2. Mejora de la motivación para el abandono- las “5 R”

Relevancia	<p>Animar al paciente a que señale por qué el abandono es relevante para él, y que sea lo más específico que pueda. La información motivacional tiene su máximo efecto si es relevante para la enfermedad o riesgo de enfermedad del paciente, su familia o un situación social (p. ej., tener niños en casa), preocupación por la salud, edad, sexo, y otras características importantes (p. ej., experiencias en abandonos previos, dificultades personales para dejar de fumar).</p>
Riesgo	<p>El profesional sanitario debe pedir al paciente que identifique consecuencias negativas del consumo de tabaco. Puede sugerir y realzar las que sean más relevantes para el paciente. El profesional sanitario debe insistir en que fumar cigarrillos con bajo contenido en alquitrán y nicotina o el uso de otras formas de tabaco (p. ej., tabaco sin humo, puros y pipas) no eliminará estos riesgos. Algunos ejemplos de riesgo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgos agudos: dificultad respiratoria, agudización de asma, incremento del riesgo de infecciones respiratorias, perjudicial para el embarazo, impotencia, infertilidad.</li> <li>• Riesgos a largo plazo: Accidente cerebrovascular e infarto de miocardio, cáncer de pulmón y otros cánceres (p. ej., laringe, cavidad oral, faringe, esófago, páncreas, estomago,</li> </ul>

	<p>riñón, vejiga, cuello uterino y leucemia mielocítica aguda), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica y enfisema), osteoporosis, discapacidad crónica y necesidad de asistencia prolongada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgos ambientales: Aumento del riesgo de cáncer de pulmón y cardiopatía isquémica en los cónyuges, aumento del riesgo de bajo peso al nacimiento, síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), asma, otitis media, e infecciones respiratorias en hijos de fumadores.</li> </ul>
<p>Recompensas</p>	<p>El profesional sanitario debe pedir al paciente que identifique los posibles beneficios del abandono del tabaco. El profesional sanitario puede sugerir y realzar los que parezcan más relevantes para el paciente. Ejemplos de recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora la salud.</li> <li>• Mejora el sabor de los alimentos.</li> <li>• Mejora el sentido del olfato</li> <li>• Ahorro de dinero</li> <li>• Mejora la satisfacción con uno mismo</li> <li>• El coche, la casa, la ropa y el aliento olerán mejor</li> <li>• Dará un buen ejemplo a sus hijos y disminuirá la probabilidad de que ellos sean fumadores.</li> <li>• Hijos más sanos.</li> <li>• Se sentirá mejor físicamente</li> <li>• Mejor rendimiento físico.</li> <li>• Mejora del aspecto, menos arrugas y menor envejecimiento de la piel, los dientes estarán más blancos.</li> </ul>
<p>Resistencia</p>	<p>El profesional sanitario debe pedir al paciente que identifique barreras, impedimentos y dificultades para abandonar el tabaco, y proporcionar tratamiento (asesoramiento para la resolución de problemas, tratamiento farmacológico) para superar las barreras. Los obstáculos más frecuentes pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de abstinencia</li> <li>• Miedo al fracaso</li> <li>• Aumento de peso</li> <li>• Falta de apoyo</li> <li>• Depresión</li> <li>• Placer de fumar</li> </ul>

Repetición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar rodeado por otros consumidores de tabaco</li> <li>• Desconocimiento de la eficacia de las opciones terapéuticas</li> </ul> <p>La intervención motivacional se debe repetir siempre que un paciente sin motivación acuda a un centro médico. A los consumidores de tabaco que han tenido fracasos en intentos previos se les debería explicar que la mayoría de los fumadores realiza varios intentos previos antes de lograr la abstinencia permanente.</p>
------------	--

### C. Para los pacientes que han abandonado recientemente

#### *Tratamientos para los exfumadores recientes*

Los fumadores que lo han dejado recientemente se enfrentan a un alto riesgo de recaída. Aunque la mayoría de las recaídas se produce al principio del proceso de abandono<sup>96,101,181</sup> algunas recaídas ocurren meses o incluso años después de la fecha de abandono<sup>181-184</sup>. Se han realizado muchos estudios para identificar tratamientos que puedan reducir las probabilidades de futuras recaídas. Estos estudios intentan reducir las recaídas incluyendo terapia tanto psicológica como farmacológica, o proporcionando tratamiento adicional a los fumadores que previamente habían abandonado el tabaco. En general estos estudios no han permitido identificar si el asesoramiento psicológico y el tratamiento farmacológico son eficaces en la reducción de la posibilidad de recaída<sup>185</sup>, aunque hay algunos datos de que el envío de cartas personalizadas puede reducir la posibilidad de recaída<sup>186,187</sup>. Por lo tanto, actualmente la mejor estrategia para lograr altos porcentajes de abstinencia parece ser el uso de los tratamientos más eficaces disponibles, es decir, el tratamiento farmacológico de base científica durante el intento de abandono y el consejo relativamente intenso para el abandono (p. ej., cuatro o más sesiones de 10 minutos o más de duración).

Los exfumadores a menudo refieren problemas que han empeorado por el síndrome de abstinencia o que coexistían con la conducta de fumar. Si un profesional sanitario entra en contacto con un fumador que ha abandonado recientemente el tabaco, podría reforzar el éxito en la abstinencia revisando los beneficios del abandono y ayudando al paciente a resolver cualquier problema residual que se haya producido por el abandono. (Estrategia C1). Estas muestras de interés y compromiso por parte del profesional sanitario pueden animar al paciente a solicitar ayuda

adicional si en último término tiene una recaída. Cuando el profesional sanitario entra en contacto con un paciente fumador que es abstinentes y ya no recibe tratamiento contra el tabaquismo, el profesional sanitario puede querer reconocer el éxito del paciente en el abandono. El exfumador abstinentes también puede tener problemas relacionados con el abandono que se deban tratar en sí mismos (véase Estrategia C2).

---

**Estrategia C1. Intervenciones con el paciente que ha abandonado recientemente el tabaco.**

Se debe felicitar al exfumador por cualquier éxito y se le debe estimular con insistencia para que se mantenga abstinentes.

Cuando se establezca contacto con un exfumador reciente se deben utilizar preguntas abiertas relevantes acerca de los temas siguientes a fin de descubrir si el paciente desea discutir asuntos relacionados con el abandono:

- Los beneficios, incluyendo los posibles beneficios para la salud, que el paciente puede obtener del abandono.
- Cualquier éxito que haya tenido el paciente en el abandono (duración de la abstinencia, reducción del síndrome de abstinencia, etc).
- Problemas encontrados o amenazas previstas para mantener la abstinencia (p. ej., depresión, ganancia de peso, consumo de alcohol, otros fumadores en el hogar, agentes estresantes significativos).
- Comprobar la medicación, incluyendo su eficacia y efectos adversos si el paciente sigue tomándola.

---

**Estrategia C2. Comentar los problemas a que se enfrentan los exfumadores**

Un paciente que previamente fumaba podría identificar un problema que afecte negativamente a su salud o a su calidad de vida. A continuación se exponen problemas específicos que pueden referir los exfumadores, y las posibles respuestas:

---

Problemas	Respuestas
Falta de apoyo para el abandono	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programar visitas o llamadas telefónicas de seguimiento con el paciente.</li> <li>• Animar al paciente a que llame a la línea telefónica de ayuda al fumador.</li> <li>• Ayudar al paciente identificando fuentes de apoyo en su entorno.</li> <li>• Remitir al paciente a alguna organización apropiada que ofrezca asesoramiento o apoyo.</li> </ul>
Estado de ánimo negativo o depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es importante, ofrecer asesoramiento, prescribir medicación apropiada o remitir al paciente al especialista.</li> </ul>
Síndrome de abstinencia intenso o prolongado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el paciente tiene un “deseo de fumar” intenso y prolongado u otros síntomas de síndrome de abstinencia, plantear la ampliación del uso de un fármaco autorizado o añadir/combinar fármacos para reducir el síndrome de abstinencia intenso.</li> </ul>
Ganancia de peso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendar el inicio o el incremento de la actividad física.</li> <li>• Tranquilizar al paciente que al dejar de fumar suele haber alguna ganancia de peso y que normalmente es autolimitada.</li> <li>• Insistir en la importancia de los beneficios para la salud del abandono frente a una pequeña ganancia de peso.</li> <li>• Insistir en la importancia de una dieta saludable y una vida activa</li> <li>• Sugerir sustitutos bajos en calorías como chicles sin azúcar, verduras o pastillas de menta.</li> <li>• Mantener al paciente con fármacos que retrasan la ganancia de peso (p. ej., bupropión SR, TSN [particularmente el chicle de 4 mg<sup>127</sup> y pastillas de nicotina).</li> <li>• Remitir al paciente a un especialista en nutrición o a un programa de nutrición</li> </ul>

Recaídas puntuales en el consumo

- Sugerir el uso continuo de la medicación, lo que puede reducir la probabilidad que una recaída puntual se convierta en una recaída completa.
- Animar a realizar otro intento de abandono para tratar de alcanzar una abstinencia total.
- Tranquilizar al paciente en el sentido de que pueden ser necesarios múltiples intentos para lograr el abandono, y utilizar las recaídas como experiencia y aprendizaje.
- Ofrecer o derivar para recibir asesoramiento intensivo.



## INTERVENCIONES INTENSIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.

### INTRODUCCIÓN

Cualquier profesional sanitario con formación adecuada puede proporcionar el tratamiento intensivo del tabaquismo. Los datos del Capítulo 6 muestran que el tratamiento intensivo del tabaquismo es más efectivo que el tratamiento breve. Las intervenciones intensivas (p. ej., tratamientos más exhaustivos que se pueden realizar durante múltiples visitas durante períodos de tiempo más largos y que pueden ser administrados por más de un profesional sanitario) son apropiadas en todos los consumidores de tabaco dispuestos a participar en ellas: ni su efectividad ni su coste-efectividad están limitadas a una subpoblación de consumidores de tabaco (p. ej., fumadores muy dependientes)<sup>188-194</sup>. Además, los pacientes, incluso los que no están preparados para dejarlo, han referido un aumento de su satisfacción con su asistencia sanitaria general a medida que se incrementa la intensidad del asesoramiento sobre el tabaquismo<sup>50,88</sup>.

En muchos casos las intervenciones intensivas para el tratamiento del tabaquismo son proporcionadas por profesionales sanitarios especializados en el tratamiento del tabaquismo. Estos especialistas no se definen por su certificación, filiación profesional o por el campo en el cual se han formado. Por el contrario, los especialistas ven el tratamiento del tabaquismo como su papel profesional primordial. Los especialistas poseen las habilidades, el conocimiento y la formación necesarios para proporcionar intervenciones efectivas con un amplio rango de intensidades. A menudo están adscritos a programas que proporcionan intervenciones o servicios de tratamiento intensivo (p. ej., programas con personal dedicado a intervenciones en las que el tratamiento abarca sesiones múltiples de asesoramiento, incluyendo líneas telefónicas de ayuda al fumador). Además de ofrecer tratamientos intensivos, los especialistas a veces realizan investigación sobre el tratamiento del tabaquismo.

Como se ha dicho antes, hay muchos datos que muestran que las intervenciones in-



tensivas tienen mayores tasas de éxito que las menos intensivas. Además, las intervenciones intensivas para el tratamiento del tabaquismo realizadas por especialistas representan un recurso terapéutico importante para los pacientes aunque hayan sido tratados por su propio profesional sanitario.

La aparición de las líneas telefónicas estatales de ayuda para el abandono del tabaquismo a través de la red nacional en el número 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) posibilita que ahora los fumadores tengan a su alcance intervenciones realizadas por especialistas de una forma nunca vista antes. Además de proporcionar sus propias intervenciones clínicas para el tratamiento del tabaquismo, los profesionales y los sistemas sanitarios pueden aprovechar esta disponibilidad implantando sistemas que remitan a los pacientes a las líneas telefónicas de ayuda, ya sea directamente o a través del fax (p. ej., a través de los procedimientos para el abandono a través de fax o “fax-to-quit”).<sup>195-199</sup>

Los especialistas también contribuyen a los esfuerzos para el control del tabaquismo mediante actividades tales como las siguientes:

- Servir a los no especialistas como recurso para ofrecer servicios para el tratamiento del tabaquismo formando parte de la atención sanitaria general. Esto debería incluir la formación de los no especialistas en estrategias de asesoramiento, ofrecer consulta para los casos difíciles o para los pacientes ingresados, y proporcionar servicios de atención especializada para las poblaciones de alto riesgo.
- Desarrollar, evaluar y aplicar cambios en los procedimientos administrativos y clínicos que incrementen las tasas de detección y tratamiento de los consumidores de tabaco.
- Realizar investigaciones que evalúen la efectividad de las actividades de tratamiento del tabaquismo que se estén realizando en los correspondientes contextos institucionales.
- Desarrollar y evaluar estrategias terapéuticas innovadoras que puedan aumentar la efectividad y la utilización de los tratamientos de la dependencia tabáquica.

### **Estrategias para las intervenciones intensivas en el tratamiento del tabaquismo.**

La tabla 4.1 subraya los datos de la Guía basados en los metanálisis y la opinión de los expertos (véanse capítulos 6 y 7) que son particularmente relevantes para la implantación de programas intensivos de tratamiento. Los resultados de la tabla

4.1 apoyan las recomendaciones para la realización de una intervención intensiva (tabla 4.2). Por supuesto, la implantación de esta estrategia depende de factores tales como los recursos disponibles y las restricciones de tiempo.

**Tabla 4.1. Resultados relevantes sobre las intervenciones intensivas.**

El asesoramiento intensivo es especialmente efectivo. Existe una intensa asociación dosis-respuesta entre la intensidad del asesoramiento y el éxito en el abandono. En general, cuanto más intensa es la intervención, mayor es la tasa de abstinencia. Los tratamientos pueden hacerse más intensivos aumentando (a) la duración de las sesiones individuales de tratamiento y (b) el número de sesiones de tratamiento.

Diferentes profesionales sanitarios (p. ej., médicos, profesionales de enfermería, dentistas, psicólogos, trabajadores sociales, asesores para el abandono, farmacéuticos) son efectivos para incrementar las tasas de abandono; implicar a diferentes clases de proveedores puede incrementar las tasas de abstinencia.

El asesoramiento individual, grupal y telefónico proporciona formatos efectivos en el tratamiento del tabaquismo

En particular algunos tipos de estrategias de asesoramiento son especialmente efectivos. El asesoramiento práctico (resolución de problemas/formación en habilidades) y la prestación de apoyo social durante el tratamiento se asocian a un incremento significativo de las tasas de abstinencia.

La utilización de medicamentos tales como bupropión SR, tratamiento sustitutivo con nicotina y vareniclina aumentan consistentemente las tasas de abstinencia. Por lo tanto, se debe fomentar su utilización en todos los fumadores excepto cuando existan contraindicaciones o se trate de poblaciones específicas en las que no haya suficientes datos de efectividad (p. ej., mujeres embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes). En algunas circunstancias pueden ser apropiadas combinaciones de medicamentos. Además, la combinación de asesoramiento con medicación incrementa las tasas de abstinencia.

Los tratamientos para el tabaquismo son efectivos en distintos tipos de población (p. ej., poblaciones que varían en cuanto a sexo, edad y raza o etnicidad).

Averiguar	Las averiguaciones deben determinar si los consumidores del tabaco están dispuestos a realizar un intento de abandono utilizando un programa intensivo de tratamiento. Otras averiguaciones pueden proporcionar información útil en el asesoramiento (p. ej., nivel de ansiedad, dependencia; véase capítulo 6A, Averiguación especializada)
Profesionales sanitarios del programa	Muchas clases de profesionales sanitarios son efectivos y deberían participar. Una estrategia de asesoramiento sería tener un profesional sanitario que ofreciera un mensaje sólido para el abandono e información acerca de los riesgos y beneficios para la salud, y que recomendara y prescribiera los fármacos recomendados en esta actualización de la Guía. Los profesionales sanitarios no médicos pueden proporcionar intervenciones de asesoramiento adicionales.
Intensidad del programa	Hay datos de una intensa relación dosis-respuesta; por lo tanto, cuando sea posible, la intensidad del programa debe ser: Duración de la Sesión: mayor de 10 minutos Número de sesiones: 4 o más.
Formato del programa	Debe utilizarse el asesoramiento ya sea de forma individual o grupal. El asesoramiento telefónico también es efectivo y puede ser un suplemento a los tratamientos realizados en centros clínicos. Utilizar materiales de autoayuda y programas de abandono a través de la Web es opcional. Se deben programar las intervenciones de seguimiento (véase capítulo 6B).
Tipo de asesoramiento y terapias conductuales	El asesoramiento debería incluir asesoramiento práctico (resolución de problemas /formación en habilidades) (véase tabla 6.19) y apoyo social durante el tratamiento (véase tabla 6.20).
Medicación	A todos los fumadores se les deberían ofrecer las medicaciones recomendadas en esta Guía, excepto cuando existan

**Tabla 4.2. Componentes de una intervención intensiva en el tratamiento del tabaquismo.**

	<p>contraindicaciones o pertenezcan a grupos de población para los que no hay suficientes datos de efectividad (p. ej., mujeres embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes; véase la guía clínica en la tabla 3.2, y las instrucciones específicas y precauciones a tener en cuenta en las tablas 3.3-3.11). El profesional sanitario debería explicar cómo aumentan las medicaciones el éxito en el abandono y cómo reducen los síntomas de abstinencia. Las medicaciones de primera línea incluyen: bupropión SR, chicle de nicotina, inhalador de nicotina, pastillas de nicotina, spray nasal de nicotina, parche de nicotina y vareniclina. Ciertas combinaciones de los diversos medicamentos para el abandono son también efectivas. La combinación de asesoramiento y medicación aumenta las tasas de abstinencia.</p>
<p>Población</p>	<p>Los programas de intervención intensiva se deben utilizar con todos los consumidores de tabaco dispuestos a participar en tales programas.</p>



## CAPÍTULO

# 5

### **INTERVENCIONES EN LOS SISTEMAS SANITARIOS IMPORTANCIA DE LOS ADMINISTRADORES DE SISTEMAS SANITARIOS, LAS ASEGURADORAS PRIVADAS, LOS EMPRESARIOS Y LOS CONSUMIDORES.**

#### **INTRODUCCIÓN**

Los esfuerzos para integrar la intervención sobre el tabaquismo dentro de la provisión de asistencia sanitaria precisan la participación activa de profesionales sanitarios, administradores de sistemas sanitarios tanto públicos como privados, aseguradoras privadas, empresarios y consumidores de seguros sanitarios. Tal integración representa una oportunidad para incrementar las tasas de administración de tratamientos para el tabaquismo, de intentos de abandono y de éxito en el abandono<sup>201</sup>.

En contraste con las estrategias que van dirigidas sólo a los profesionales sanitarios o a los consumidores de tabaco, las estrategias de sistemas están enfocadas a asegurar que se averiguará y tratará sistemáticamente el consumo de tabaco en todos los encuentros sanitarios. Es importante señalar que estas estrategias están diseñadas para actuar de forma sinérgica con las intervenciones centradas en los profesionales sanitarios y los pacientes, de forma que al final hay profesionales sanitarios y pacientes informados que interactúan de una forma conjunta que facilita el tratamiento del tabaquismo<sup>202-204</sup>.

Varias consideraciones favorecen la adopción de intervenciones a nivel de los sistemas sanitarios. Primero, estas estrategias ofrecen la posibilidad de incrementar de forma sustancial las tasas de abstinencia en la población. Levy et al. estimaron que con el paso del tiempo la aplicación amplia de estas estrategias produciría una reducción de las tasas de prevalencia del tabaquismo del 2% al 3,5%<sup>205</sup>. Segundo, a pesar de los avances recientes en esta área, muchos profesionales sanitarios todavía no han utilizado de forma constante las intervenciones de base científica con sus pacientes que son consumidores de tabaco<sup>23, 48, 51</sup>. Algunos datos indican que el apoyo institucional o de los sistemas (p. ej., la formación adecuada de los profesionales sanitarios y los sistemas automáticos de identificación de los fuma-

dores) aumenta las tasas de intervenciones clínicas<sup>206-208</sup>. Finalmente, agentes como administradores de sistemas sanitarios, aseguradoras, empresarios, consumidores y organizaciones asistenciales sanitarias tienen la posibilidad de elaborar y aplicar políticas, sistemas de apoyo y cambios estructurales que puedan facilitar la realización de tratamientos para el tabaquismo para millones de estadounidenses. Por ejemplo, las organizaciones de asistencia gestionada y otras aseguradoras influyen en la asistencia sanitaria mediante formularios, retroalimentación sobre el rendimiento de los profesionales sanitarios, criterios específicos de cobertura y abordajes de mercadotecnia que animan a los pacientes a solicitar determinados servicios<sup>139,209</sup>. Los consumidores también han empezado a utilizar medidas contra el tabaco como las iniciativas de pago por acto médico en las que las organizaciones asistenciales sanitarias, las consultas y los médicos individuales reciben un reembolso adicional por cumplir objetivos específicos relacionados con el tratamiento del tabaquismo. En realidad, la investigación ha demostrado claramente que los cambios al nivel de los sistemas pueden reducir la prevalencia del tabaquismo entre los incluidos en los planes de asistencia sanitaria gestionada<sup>210-212</sup>.

Lamentablemente, los posibles beneficios de la colaboración entre organizaciones sanitarias, aseguradoras, empresarios y consumidores no se han realizado completamente. Por ejemplo, los tratamientos para el tabaquismo (medicación y asesoramiento) no se ofrecen de forma constante como servicios pagados para los pacientes que tienen contratados servicios sanitarios con las aseguradoras<sup>213-215</sup>. Aunque se han hecho muchos avances desde la publicación de la primera Guía en 1996<sup>1,216-218</sup>, ni las aseguradoras privadas ni los programas de la asistencia pública sanitaria ofrecen de forma constante una cobertura amplia de las intervenciones de base científica para el tratamiento del tabaquismo<sup>206, 214, 219</sup>. Datos como estos han motivado los objetivos del programa *Healthy People 2010*:

*Incrementar la cobertura por las aseguradoras del tratamiento de base científica del tabaquismo hasta el 100%.*

En resumen, sin sistemas de apoyo, políticas, cobertura por las aseguradoras y consideraciones ambientales, es probable que el profesional sanitario individual no pueda averiguar y tratar el tabaquismo de forma constante. Por lo tanto, así como los profesionales sanitarios deben asumir su responsabilidad para tratar el tabaquismo de sus pacientes, también los administradores de sistemas sanitarios, las

aseguradoras y los empresarios y consumidores deben asumir la responsabilidad de elaborar políticas, proporcionar recursos y asumir el liderazgo con la finalidad de tener un sistema sanitario que proporcione tratamientos del tabaquismo homogéneos y efectivos.

### **Coste-efectividad de los tratamientos del tabaquismo**

Los tratamientos del tabaquismo no sólo son clínicamente efectivos, sino que también son coste-efectivos. Los tratamientos del tabaquismo, desde el consejo de los profesionales sanitarios a los programas farmacológicos intensivos realizados por especialistas, son coste-efectivos en relación con otras intervenciones médicas tales como el tratamiento de la hipertensión, la hiperlipemia y otras intervenciones preventivas tales como la mamografía periódica<sup>194, 221-224</sup>. De hecho, se ha considerado que el tratamiento del tabaquismo es el patrón de referencia del coste-efectividad de la asistencia sanitaria<sup>225</sup>. Los tratamientos del tabaquismo siguen siendo muy coste-efectivos, incluso aunque una sola aplicación de cualquier tratamiento efectivo del tabaquismo pueda producir la abstinencia en sólo una pequeña proporción de fumadores. Finalmente, las intervenciones de base científica para el tratamiento del tabaquismo producen una restitución favorable de la inversión desde la perspectiva tanto de los empresarios como de los planes sanitarios debido a una reducción del consumo y de los costes sanitarios<sup>226-228</sup>. Las recomendaciones de la Guía sobre el coste-efectividad del tratamiento del tabaquismo se analizan con detalle en el Capítulo 6.

### **Recomendaciones para administradores sanitarios, aseguradoras, empresarios y consumidores.**

Los administradores de sistemas sanitarios, aseguradoras, empresarios y consumidores pueden proveer el tratamiento del tabaquismo desde un abordaje de sistemas. Los empresarios y consumidores (a menudo entidades comerciales u otros empresarios, unidades gubernamentales estatales o federales u otros consorcios que compran servicios sanitarios para un grupo de individuos) deberían hacer de la averiguación del tabaquismo y de la cobertura de su tratamiento una obligación contractual de las aseguradoras de asistencia sanitaria y/o los profesionales sanitarios que les prestan servicios. Además de mejorar la salud de sus empleados o



suscriptores, la prestación de cobertura para el tratamiento del tabaquismo se asociará a menores tasas de absentismo laboral<sup>1229,230</sup> y a una menor utilización de los recursos sanitarios<sup>229,231</sup>. Los administradores de sistemas sanitarios y las aseguradoras deben ayudar a los trabajadores sanitarios a asegurar que los cambios institucionales que promueven el tratamiento del tabaquismo se apliquen universal y sistemáticamente. Existen varias políticas institucionales que pueden facilitar estas intervenciones, entre las que se incluyen:

- Implantar un sistema de identificación de los consumidores de tabaco en todos los centros sanitarios (Estrategia de sistemas 1).
- Proporcionar formación adecuada, recursos e información para asegurar que los proveedores sanitarios utilicen de forma homogénea tratamientos efectivos (Estrategia de sistemas 2).
- Dedicar personal a proporcionar tratamientos del tabaquismo y evaluar la prestación de este tratamiento mediante evaluaciones del rendimiento del personal. (Estrategia de sistemas 3)
- Promover políticas hospitalarias que apoyen y proporcionen servicios para el tratamiento del tabaquismo (Estrategia de sistemas 4).
- Incluir los tratamientos del tabaquismo (tanto el asesoramiento como la medicación) que se identifican como efectivos en esta Guía como servicios pagados o cubiertos para todos los suscriptores o miembros de paquetes de seguros sanitarios (Estrategia de sistemas 5)

Estas estrategias se basan en los datos descritos en el capítulo 6, así como en la opinión del panel de expertos.

**Estrategias para Administradores, Aseguradoras, Empresarios y Consumidores.**

**Estrategias de sistemas. 1.1 . Implantación de un sistema para la identificación de los consumidores de tabaco en todos los centros sanitarios.**

Acción	Estrategias para implementar
<p>Implantar en la consulta un sistema que asegure que a todos los pacientes y en todas las visitas clínicas se les interrogará y documentará el consumo de tabaco</p>	<p>Cambio de sistemas en los consultorios:                      Ampliar los signos vitales para incluir el uso del tabaco, o implantar un sistema alternativo de identificación universal.</p> <p>Profesional responsable:                      Profesional de enfermería, practicante, recepcionista u otra persona responsable de la recogida de signos vitales. Se debe formar a este personal sobre la importancia de esta actividad y debe cumplir con una función modélica como no fumadores.</p> <p>Frecuencia de utilización:                      Todas las visitas de todos los pacientes, cualquiera que sea la razón de su visita<sup>a</sup>.</p> <p>Etapas de la implantación del sistema:                      La identificación rutinaria de consumidores de tabaco se puede conseguir modificando los campos de recogida de datos de la historia clínica electrónica o las notas de evolución de las historias en papel para incluir el consumo de tabaco como un signo vital.</p> <p><b>SIGNOS VITALES</b></p> <p>Presión arterial: _____</p> <p>Pulso: _____ Peso: _____</p> <p>Temperatura: _____</p> <p>Frecuencia Respiratoria: _____</p> <p>Consumo de tabaco (marcar uno): Actual Previo Nunca</p>

<sup>a</sup> No es necesaria la averiguación repetida en el caso de un adulto que nunca ha consumido tabaco o que no lo ha utilizado desde hace muchos años, y en cuya historia clínica está documentada claramente esta información.

## Estrategias de sistemas 2. Proporcionar educación, recursos e información para promover la intervención de los proveedores.

Acción	Estrategias para implementar
<p>Los sistemas sanitarios deben asegurar que los profesionales sanitarios reciban formación suficiente para tratar el tabaquismo, que los profesionales sanitarios y los pacientes posean los recursos suficientes, y que a los profesionales sanitarios se les proporcione retroalimentación sobre sus prácticas de tratamiento del tabaquismo.</p>	<p>Formar a todo el personal. De forma regular ofrecer formación (p. ej., conferencias, talleres, sesiones de trabajo intradepartamentales) sobre los tratamientos del tabaquismo, y proporcionar créditos de formación continuada (FC) y/u otros incentivos por su participación.</p> <p>Proporcionar recursos tales como asegurar el acceso rápido a las líneas telefónicas para el tratamiento del tabaquismo (p. ej., 1-800-Quit-Now) y otros recursos comunitarios, materiales de autoayuda e información acerca de medicaciones eficaces para el tratamiento del tabaquismo (p. ej., establecer un servicio de abandono a través del fax, colocar folletos informativos sobre la medicación en las salas de exploración).</p> <p>Informar de las intervenciones de tratamiento del tabaquismo realizadas mediante fichas de información o estándares evaluativos para las organizaciones sanitarias, aseguradoras, organizaciones de acreditación y grupos de práctica médica (p. ej., HEDIS, The Joint Comisión y Physician Consortium for Performance Improvement).</p> <p>Proporcionar retroalimentación a los profesionales sanitarios acerca de su actuación, basándose en los datos recogidos en auditorias de las historias clínicas, historias clínicas electrónicas y bases de datos computarizadas de pacientes. Evaluar hasta qué grado los profesionales sanitarios identifican, documentan y tratan el tabaquismo de los pacientes.</p>

**Estrategias de sistemas 3. Dedicar personal para proporcionar el tratamiento del tabaquismo y evaluar la prestación de este tratamiento en las evaluaciones del rendimiento del personal.**

<b>Acción</b>	<b>Estrategias para implementar</b>
<p>Los centros sanitarios deberían comunicar a todo el personal la importancia de intervenir sobre los usuarios de tabaco y deberían designar una persona responsable (p. ej., profesional de enfermería, practicante u otro personal sanitario) para coordinar los tratamientos del tabaquismo. El personal no médico también puede actuar como un proveedor efectivo de tratamientos del tabaquismo.</p>	<p>Designar un coordinador de los tratamientos del tabaquismo en cada centro sanitario.</p> <p>Describir las responsabilidades del coordinador de los tratamientos del tabaquismo (p. ej., asegurar la identificación sistemática de los fumadores, el acceso fácil a los tratamientos para el tabaquismo de base científica, como las líneas telefónicas de ayuda para el abandono, y la programación de las visitas de seguimiento).</p> <p>Comunicar a todos los miembros del personal (p. ej., profesional de enfermería, médico, practicante, farmacéutico, y otros profesionales sanitarios) sus responsabilidades en la dispensación de servicios de tratamiento del tabaquismo. Incorporar una discusión sobre las responsabilidades del personal a la formación del nuevo personal.</p>

**Estrategias de sistemas 4. Promover políticas hospitalarias que apoyen y proporcionen servicios a los pacientes ingresados para el tratamiento del tabaquismo.**

<b>Acción</b>	<b>Estrategias para implementar</b>
<p>Proporcionar tratamiento del tabaquismo a todos los usuarios ingresados en el hospital</p>	<p>Implantar un sistema para identificar y documentar el consumo de tabaco en todos los pacientes hospitalizados.</p> <p>Identificar al personal sanitario para realizar los servicios de consulta para el tratamiento del tabaquismo durante el ingreso en todos los hospitales, y reembolsarles por la realización de estos servicios.</p> <p>Ofrecer tratamientos del tabaquismo a todos los pacientes hospitalizados que sean consumidores de tabaco.</p> <p>Ampliar los formularios de medicamentos del hospital para incluir las medicaciones para el tratamiento del tabaquismo aprobadas por la FDA.</p> <p>Asegurar la conformidad con las regulaciones de la Joint Comission que indican que todas las secciones del hospital deben estar libres de humo y que los pacientes deben recibir tratamientos para el abandono.</p> <p>Formar al personal hospitalario indicándole que las medicaciones de primera línea se pueden usar para reducir los síntomas de abstinencia a la nicotina, incluso si el paciente no está intentando dejar el consumo en ese momento.</p>

**Estrategias de sistemas 5. Incluir los tratamientos del tabaquismo (tanto el asesoramiento como la medicación) identificados como efectivos en esta Guía como servicios pagados o cubiertos para todos los suscriptores o miembros de paquetes de seguros sanitarios.**

Acción	Estrategias para implementar
<p>Proporcionar a todos los suscriptores de seguros, incluyendo aquellos cubiertos por las organizaciones de asistencia gestionada (MCO), planes sanitarios en los centros de trabajo, la asistencia sanitaria pública, el seguro médico, y otros programas gubernamentales de seguros, con una cobertura amplia para los tratamientos efectivos del tabaquismo, incluyendo la medicación y el asesoramiento</p>	<p>Cobertura efectiva de los tratamientos del tabaquismo (asesoramiento y medicación) como parte de las prestaciones básicas de todos los paquetes de seguros.</p> <p>Eliminar las barreras para las prestaciones del tratamiento del tabaquismo (p. ej., copagos, restricciones a la utilización).</p> <p>Formar a todos los suscriptores y profesionales sanitarios acerca de los tratamientos del tabaquismo cubiertos (tanto del asesoramiento como de la medicación) y estimular a los pacientes a que usen estos servicios.</p>



## CAPÍTULO

## 6

**EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES****INTRODUCCIÓN**

Las recomendaciones que se presentan en los capítulos 2, 3, 4 y 5 son el resultado de la revisión y el análisis de la literatura que existe sobre el tratamiento del tabaquismo. Este capítulo presenta esta revisión y este análisis y describe la efectividad de diversos tratamientos, evaluaciones y estrategias de aplicación. Este capítulo además revisa qué tratamientos o prácticas son efectivos, cómo se deben usar, y cómo se deben aplicar en un sistema asistencial.

El Panel identificó los temas que justificaban el nuevo análisis para la actualización del año 2008 de acuerdo con varios criterios: que fueran temas importantes, apoyados por literatura nueva e importante, y/o abordaran problemas que no se habían considerado en las guías previas. El número de temas seleccionados para el nuevo análisis fue limitado por los parámetros del contrato de la actualización de la Guía del Public Health Service. El Panel de la Guía Actualizada de 2008 seleccionó 11 temas para un nuevo análisis (véase tabla 1.1), basado en parte en las aportaciones de investigadores y profesionales del control del tabaquismo. Estos 11 temas y categorías relacionadas se presentan en la tabla 6.1. El tipo de análisis de resultados varió en los diferentes temas. En la mayoría de los análisis la abstinencia prolongada (6 meses o más) fue el criterio de valoración de interés; en otros fue la tasa de identificación del fumador o de prestación de intervenciones. Además de estos nuevos temas, la tabla 6.2 enumera los temas que previamente se analizaron para las guías de 1996 y 2000. Se debe señalar que el Panel de la Guía actualizada revisó todas las recomendaciones de las guías de 1996 y 2000 para las que no se había realizado un metanálisis actualizado. Para estas recomendaciones previas el Panel revisó la literatura relevante desde 1999 para determinar si se debían mantener, modificar o eli-



minar las recomendaciones previas. Véase en el Apéndice D la comparación de las recomendaciones de la Guía de 2000 y de 2008.

Los análisis descritos en este capítulo abordaron casi exclusivamente los tratamientos del consumo de cigarrillos, en contraposición del uso de otras formas de tabaco, porque el escaso número de estudios acerca del uso de productos de tabaco distintos a cigarrillos, aparte del “tabaco sin humo”, impidió su análisis por separado.

Por último, el Panel intentó analizar las estrategias terapéuticas y de evaluación que constituyen los diferentes abordajes que existen en la práctica clínica habitual.

El Panel eligió las categorías de cada uno de los temas analizados de acuerdo con tres criterios principales. En primer lugar, algunas categorías reflejaban las dimensiones o taxonomías aceptadas generalmente. Un ejemplo es la naturaleza categórica de los tipos de profesional sanitario (médico, psicólogo, profesional de enfermería, etc.). En segundo lugar, la información sobre la categoría tenía que estar disponible en la literatura publicada. Hubo que abandonar muchas cuestiones de interés teórico porque el requisito de estar publicadas en la literatura no se cumplía. En tercer lugar, la categoría tenía que suceder con la suficiente frecuencia como para permitir un análisis estadístico significativo. Por lo tanto, se determinaron los valores de corte de algunas variables continuas (p. ej., tiempo total de contacto) para que hubiera un número suficiente de estudios en todas las categorías de análisis para poder hacer un análisis significativo.

En circunstancias ideales, el Panel pudo evaluar todas las características mediante la consulta de ensayos clínicos aleatorizados y controlados con un placebo para las categorías específicas en cuestión. Lamentablemente, a excepción de las intervenciones con medicamentos, se han diseñado muy pocos (o ninguno) ensayos aleatorizados y controlados con un placebo para evaluar los efectos de medicamentos específicos o para evaluar características de interés. Además, las características de los tratamientos con frecuencia introducen confusión en los análisis. Por ejemplo, en las comparaciones entre los profesionales sanitarios a menudo se introduce confusión por el tipo de consejo y el formato y la intensidad de las intervenciones. Por lo tanto, a menudo fue imposible realizar comparaciones directas y sin confusión de las categorías en un tipo de análisis particular. No obstante, se analizaron estas características debido a su importancia clínica, porque es posible reducir los factores de confusión con una cuidadosa selección de los estudios y el control estadístico de algunos factores de confusión.

**Tabla 6.1 Temas de los metanálisis para la actualización de la Guía de 2008**

<b>Características analizadas</b>	<b>Categorías de estas características</b>
Línea telefónica de ayuda al fumador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna intervención de línea telefónica de ayuda al fumador</li> <li>• Uso de una línea telefónica de ayuda al fumador proactiva</li> <li>• Uso de una línea telefónica de ayuda al fumador proactiva combinado con medicación.</li> <li>• Número de sesiones en la línea telefónica de ayuda al fumador.</li> </ul>
Combinación de asesoramiento y medicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo medicación.</li> <li>• Sólo asesoramiento.</li> <li>• Asesoramiento y medicación combinados.</li> </ul>
Medicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placebo</li> <li>• Bupropión SR</li> <li>• Clonidina</li> <li>• Chicle de nicotina</li> <li>• Inhalador de nicotina</li> <li>• Pastillas de nicotina</li> <li>• Spray nasal de nicotina</li> <li>• Parche de nicotina</li> <li>• Nortriptilina</li> <li>• Vareniclina</li> <li>• Medicación a largo plazo</li> <li>• Monoterapia</li> <li>• Medicación combinada</li> <li>• Parches de nicotina a dosis elevadas</li> </ul>
Proporcionar tratamiento del tabaquismo como prestación del sistema sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin ninguna cobertura del tratamiento del tabaquismo</li> <li>• Prestación de servicios cubiertos por el seguro</li> </ul>
Características del sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna intervención</li> <li>• Formación del profesional sanitario</li> <li>• Formación del profesional sanitario y sistemas de recordatorio</li> </ul>

Poblaciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumadores adolescentes, fumadoras embarazadas, fumadores con trastornos psiquiátricos incluyendo trastornos por consumo de sustancias y fumadores con nivel socioeconómico bajo/educación formal limitada (véase la descripción en el Capítulo 7)</li> </ul>
-------------------------	---

**Tabla 6.2 Temas de los metanálisis de las Guía de 1996 y 2000 e incluidos en la actualización de la Guía de 2008 (pero no reanalizados)**

Características analizadas	Categorías de estas características
Selección del consumo del tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin sistema de selección</li> <li>• Con sistema de selección</li> </ul>
Consejo de dejar de consumir tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin consejo de dejar de fumar</li> <li>• Consejo médico para dejar de fumar.</li> </ul>
Intensidad de los contactos clínicos directos en persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna intervención directa</li> <li>• Asesoramiento mínimo (tiempo de sesión <math>\leq 3</math> minutos de duración)</li> <li>• Asesoramiento de intensidad moderada (tiempo de sesión <math>&gt; 3</math> minutos y <math>\leq 10</math> minutos de duración)</li> <li>• Asesoramiento de mayor intensidad (tiempo de sesión <math>&gt; 10</math> minutos)</li> <li>• Duración total del tiempo de contacto</li> <li>• Número de sesiones de tratamiento con contacto directo</li> </ul>
Tipo de profesional sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún profesional sanitario</li> <li>• Solamente materiales de autoayuda</li> <li>• Profesional sanitario no médico (p. ej., psicólogo, consejero, trabajador social, profesional de enfermería, dentista, estudiante de licenciatura, farmacéutico, especialista en el tratamiento del tabaquismo)</li> <li>• Médico</li> <li>• Número de tipos de profesionales sanitarios</li> </ul>

<p>Formatos de la intervención psicosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin contacto</li> <li>• Autoayuda, autoadministrada (p. ej., folletos, cintas de audio, cintas de vídeo, información por correo, programas informáticos)</li> <li>• Asesoramiento/contacto individual</li> <li>• Asesoramiento/contacto grupal</li> <li>• Asesoramiento/contacto telefónico proactivo</li> <li>• Número de tipos de formatos</li> </ul>
<p>Intervenciones de autoayuda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna intervención de autoayuda</li> <li>• Número de intervenciones de autoayuda</li> <li>• Intervenciones de autoayuda</li> </ul>
<p>Tipos de asesoramiento y terapias conductuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin consejo</li> <li>• Ninguna intervención de persona a persona o asesoramiento mínimo</li> <li>• General: abordaje de resolución de problemas /habilidades de afrontamiento/prevenición de recaídas/manejo del estrés</li> <li>• Intervención sobre afecto negativo/depresión</li> <li>• Intervenciones sobre el peso/dieta/nutrición</li> <li>• Intervenciones de apoyo social fuera del tratamiento</li> <li>• Intervenciones de apoyo social dentro del tratamiento</li> <li>• Contrato de contingencias/contingencias instrumentales</li> <li>• Fumar rápidamente</li> <li>• Otras técnicas de tratamiento aversivo</li> <li>• Reducción del número de cigarrillos/reducción del tabaquismo antes del abandono</li> <li>• Acupuntura</li> </ul>
<p>Medicación de venta sin receta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento con parches de nicotina de venta sin receta con placebo</li> <li>• Tratamiento con parches de nicotina de venta sin receta</li> </ul>

El Panel tuvo en consideración los temas adicionales que eran importantes y relevantes desde el punto de vista clínico, pero que no se prestaron al análisis debido a la falta de datos de abstinencia prolongada, mediante una revisión de la literatura existente. El nivel de evidencia asociado a estas acciones recomendadas para las intervenciones clínicas fue del tipo “B” o “C” (véase más adelante), lo que refleja el hecho de que no se basan fundamentalmente en metanálisis.

Este capítulo aborda el tratamiento y la evaluación de las características descritas en las tablas 6.1 y 6.2 y se divide en tres secciones: (1) datos sobre el consejo y las intervenciones psicosociales, (2) datos sobre las intervenciones farmacológicas, y (3) datos sobre los cambios en los sistemas. Para cada tema se presenta una introducción, recomendaciones clínicas y las bases de esas recomendaciones. Como se describió en el capítulo 1, a cada recomendación se le asignó un nivel de evidencia científica cuya clasificación se basa en los criterios de la tabla 6.3. Finalmente, para muchos temas se presentan recomendaciones para investigación adicional.

**Tabla 6.3 Resumen del nivel de evidencia para las recomendaciones**

<b>Clasificación del Nivel de evidencia</b>	<b>Criterio</b>
Nivel de evidencia A	Múltiples ensayos clínicos aleatorizados bien diseñados, relacionados directamente con las recomendaciones, ofrecieron un patrón de hallazgos homogéneo.
Nivel de evidencia B	Algunos datos de ensayos clínicos apoyaron las recomendaciones, pero el apoyo científico no fue óptimo. Por ejemplo, había pocos ensayos clínicos aleatorizados, los ensayos que existían fueron algo heterogéneos, o los ensayos no se relacionaron directamente con la recomendación.
Nivel de evidencia C	Se reserva para situaciones clínicas importantes en las cuáles el Panel alcanzó consenso sobre la recomendación sin ensayos clínicos controlados con un placebo y relevantes.

## **A.- Datos sobre consejo e intervenciones psicosociales**

### *1. Selección y Evaluación*

**Selección para detectar consumo del tabaco.**

**Recomendaciones:** Se debe preguntar a todos los pacientes si fuman, y se debe documentar su hábito tabáquico en la historia clínica. Se ha demostrado que los sistemas clínicos de selección, como la ampliación de los signos vitales de modo que incluya el hábito tabáquico o el uso de otros sistemas de recuerdo, como pegatinas para las historias o avisos del ordenador, incrementan significativamente las tasas de intervención por el profesional sanitario. (Nivel de evidencia = A)

El Panel se basó en los metanálisis de la Guía original de 1996 para determinar el efecto de los sistemas de selección del tabaquismo. Se evaluó el efecto de los sistemas de selección del tabaquismo en dos medidas: tasa de tratamiento del tabaquismo por los profesionales sanitarios y tasa de abstinencia en los pacientes fumadores.

**Identificación de los fumadores: efecto sobre la intervención clínica.** Nueve estudios cumplían los criterios de selección, y se los incluyó en el metanálisis como parte de la Guía de 1996 para calcular el efecto de los sistemas de selección sobre las tasas de intervenciones de abandono del tabaco por los profesionales sanitarios. Los resultados de estos metanálisis se muestran en la tabla 6.4. La aplicación de sistemas clínicos diseñados para incrementar la evaluación y la documentación del hábito tabáquico aumenta mucho las tasas de intervención de los profesionales sanitarios con sus pacientes fumadores.

**Tabla 6.4. Metanálisis (1996): Efecto de tener un sistema de selección del hábito tabáquico sobre las tasas de intervención de los profesionales sanitarios con sus pacientes fumadores ( $n = 9$  estudios) <sup>a</sup>**

Sistema de selección	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Estimación de las tasas de intervención (IC del 95%)
Ningún sistema de selección del hábito tabáquico (grupo de referencia)	9	1,0	38,5
Sistema de selección para identificar el hábito tabáquico	9	3,1 (2,2-4,2)	65,6 (58,3-72,6)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Identificación de los fumadores: efecto sobre el abandono del tabaco.** Tres estudios cumplían los criterios de selección, y se los incluyó en el metanálisis como parte de la Guía de 1996 para calcular el efecto de la identificación de los fumadores sobre las tasas de abandono del tabaco. Los resultados de este metanálisis se muestran en la tabla 6.5. Estos resultados, combinados con los de la tabla 6.4, muestran que tener un sistema clínico que identifique a los fumadores incrementa las tasas de intervención por los profesionales sanitarios, aunque en sí mismo no produce tasas significativamente mayores de abandono del tabaco.

La Estrategia A1 (véase capítulo 3A) y la Estrategia sobre los sistemas 1 (véase capítulo 5) detallan un abordaje para incluir el hábito tabáquico como signo vital con avisos y recordatorios sistemáticos. Aunque los datos que valoran esta intervención se obtuvieron exclusivamente para fumadores de cigarrillos, el Panel creyó que estos resultados se podían generalizar a todos los consumidores de tabaco. Este abordaje tiene como objetivo realizar una valoración y una documentación homogéneas del consumo de tabaco. Datos de ensayos clínicos controlados con un placebo muestran que este abordaje incrementa la probabilidad de que se evalúe y documente de forma constante el consumo de tabaco<sup>54,232</sup>. Sin embargo,

la documentación del hábito tabáquico no es en sí misma suficiente para promover el tratamiento por parte de los profesionales sanitarios<sup>233</sup>. Probablemente sean necesarios otros cambios en los sistemas aparte de la identificación de los fumadores para incrementar las tasas de consejo e intervención para el abandono<sup>139,234-237</sup>.

**Tabla 6.5. Metanálisis (1996): Efecto de tener un sistema de identificación del hábito tabáquico sobre las tasas de abstinencia en los pacientes fumadores (n=3 estudios)<sup>a</sup>**

<b>Sistema de selección</b>	<b>Número de grupos</b>	<b>Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)</b>	<b>Tasas de abstinencia estimada (IC del 95%)</b>
Sin sistema de selección para identificar el hábito tabáquico (grupo de referencia)	3	1,0	3,1
Con sistema de selección para identificar el hábito tabáquico	3	2,0 (0,8-4,8)	6,4 (1,3-11,6)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Evaluación especializada**

**Recomendación:** Una vez que se ha identificado al fumador y se le ha aconsejado que deje de fumar, el profesional sanitario debe valorar la voluntad del paciente para dejar de fumar en ese momento. (Nivel de evidencia = C)

Si el paciente tiene voluntad de hacer un intento de abandono en este momento, se deben aplicar las intervenciones que se identifican en esta Guía como efectivas. (Véanse capítulos 3A y 4)



Si el paciente no quiere hacer un intento de abandono en este momento, se le debe proporcionar una intervención diseñada para incrementar los futuros intentos de abandono. (Véase capítulo 3B)

**Recomendación: El tratamiento del tabaquismo es efectivo y se debe aplicar incluso si no se dispone de evaluaciones especializadas o no se utilizan. (Nivel de Evidencia = A)**

A todas las personas que acuden a un centro sanitario se les debe realizar una valoración que determine su hábito tabáquico y su interés en abandonar el tabaco. Al paciente se le debe preguntar: “¿Está preparado para intentar dejar de fumar en este momento?” Esta valoración (preparado o no) es un primer paso necesario para el tratamiento. Además, se debe valorar a todos los pacientes para detectar enfermedades físicas o médicas que puedan afectar al uso del tratamiento planeado (p. ej., medicación).

El profesional sanitario también puede querer realizar evaluaciones especializadas de características individuales y ambientales que ofrecen información para individualizar el tratamiento y predicen el éxito del abandono. Valoraciones especializadas se refiere al uso de instrumentos formales (p. ej., cuestionarios, entrevistas clínicas, indicios fisiológicos como monóxido de carbono, concentraciones séricas de nicotina/cotina, y/o función pulmonar) que se pueden asociar al resultado del abandono del tabaco (además, el lector puede encontrar otras valoraciones relacionadas con el uso de medicación y la elección de tratamiento en poblaciones específicas). Algunas de las variables recogidas para valoraciones especializadas que predicen el éxito en el abandono se presentan en la tabla 6.6.

Deben tenerse en cuenta varias consideraciones respecto al uso de valoraciones especializadas. En primer lugar, hay pocos datos constantes de que el hábito tabáquico en una valoración especializada sea útil para la adaptación del tratamiento. La única excepción es que los pacientes que tienen un alto grado de dependencia de la nicotina podrían beneficiarse más de chicles o pastillas con dosis elevadas de nicotina (véase Datos sobre la medicación; sección B del capítulo 6). Lo que es más importante, el Panel encontró que, independientemente de su actitud sobre las valoraciones especializadas, todos los fumadores se pueden beneficiar del tratamiento del tabaquismo. Por lo tanto, la prestación de tratamientos para el tabaquismo no debe depender del uso de valoraciones especializadas. Para finalizar,

las intervenciones individualizadas basadas en valoraciones especializadas no producen de forma constante mayores tasas de abstinencia que las intervenciones no individualizadas de la misma intensidad. Sin embargo, hay algunos estudios prometedores que indican que materiales de autoayuda individualizados pueden ser beneficiosos (véase Intervenciones adaptadas individualmente e Intervenciones sanitarias por etapas, pág. 125)<sup>238-245</sup>. Además, el Panel reconoció que algunas intervenciones efectivas, como la resolución de problemas en general (véase Tipos de asesoramiento y terapias conductuales, en la pág. 129), suponen la adaptación del tratamiento en base a una valoración sistemática que se realiza como parte integral del tratamiento.

**Tabla 6.6 Variables asociadas con altas o bajas tasas de abstinencia.**

<b>Variables asociadas a elevadas tasas de abstinencia</b>	
<b>Variable</b>	<b>Ejemplos</b>
Motivación elevada	Fumadores que manifiestan una intensa motivación para dejar de fumar
Preparado para cambiar	Fumadores que están preparados para dejar de fumar en un período menor de 1 mes
Autoeficacia moderada a elevada	Fumadores que tienen confianza en su capacidad de dejar de fumar.
Red de apoyo social	Trabajo y hogar libres de humos, amigos que no fuman en presencia del fumador que está intentando dejar de fumar.
Alto grado de dependencia de la nicotina	Grandes fumadores ( $\geq 20$ cigarrillos/día), y/o que fuman el primer cigarrillo del día en los primeros 30 minutos tras levantarse por la mañana.
Comorbilidad psiquiátrica y consumo de sustancias	El fumador tiene actualmente síntomas intensos de depresión, abuso activo de alcohol o esquizofrenia.
Altos niveles de estrés	Circunstancias vitales estresantes y/o cambios vitales importantes recientes o previstos (p. ej., divorcio, cambio de trabajo).
Exposición a otros fumadores	Otros fumadores en la familia.

Los datos existentes indican que el tratamiento puede ser efectivo a pesar de la presencia de factores de riesgo de recaída (p. ej., alto grado de dependencia de la nicotina, otros fumadores en el hogar), pero las tasas de abstinencia en fumadores con estas características tienden a ser menores que en los que no las tienen.

### **Investigación futura**

Los siguientes temas sobre la evaluación especializada requieren una investigación adicional:

- Si el ajuste de la medicación basado en evaluaciones especializadas puede mejorar las tasas de abstinencia a largo plazo.
- Si el trabajo para cambiar la red social puede mejorar las tasas de abstinencia (p. ej., intervención con otros fumadores del hogar para cambiar sus patrones de consumo, enseñar apoyo para dejar de fumar, o alentar a tener una casa libre de tabaco).
- Disparidades en la selección y la evaluación en poblaciones específicas.

## ***2. Estructura e intensidad del tratamiento***

### **Consejo para dejar de fumar.**

**Recomendación: Todos los *médicos* deben aconsejar intensamente a todos los fumadores que abandonen el tabaco, porque se ha demostrado que el consejo del médico para dejar de fumar incrementa las tasas de abstinencia. (Nivel de evidencia = A)**

Para estas recomendaciones, el Panel de la Guía de 2008 se basó en los metanálisis llevados a cabo para la Guía de 1996. En el metanálisis de 1996 se incluyeron siete estudios para analizar la eficacia del consejo médico de dejar de fumar. En los estudios utilizados en este análisis, la moda de la duración de la intervención clínica fue de 3 minutos o menos. Dos estudios de este análisis usaron intervenciones que duraban aproximadamente 5 minutos. Los resultados del metanálisis del consejo médico se muestran en la tabla 6.7. Este análisis muestra que el consejo breve del médico aumenta significativamente las tasas de abstinencia de tabaco a largo plazo. Estos resultados también estuvieron respaldados por un metanálisis independiente más reciente<sup>56</sup>.

El metanálisis del consejo médico de la Guía de 1996 se examinó en la tabla 6.7; había demasiado pocos estudios para examinar el consejo dado por otros tipos de profesionales sanitarios, aunque un estudio encontró que el consejo de dejar de fumar por parte de profesionales sanitarios en general aumentaba significativamente las tasas de abstinencia<sup>249</sup>. El análisis del tiempo total de contacto (véase tabla 6.9) indica que un asesoramiento (consejo) mínimo proporcionado por diversos profesionales sanitarios incrementa las tasas de abstinencia a largo plazo. Además también se ha demostrado que los dentistas y los higienistas dentales pueden ser efectivos cuando evalúan y aconsejan dejar de fumar a los consumidores de tabaco sin humo/tabaco de mascar<sup>250</sup> (véase capítulo 7). Dado el alto número de fumadores que visitan a los profesionales sanitarios cada año, el posible efecto en la salud pública del consejo universal de dejar de fumar es elevado<sup>56</sup>.

**Tabla 6.7. Metanálisis (1996): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para el consejo médico de dejar de fumar (n = 7 estudios)<sup>a</sup>**

Consejo	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasas estimadas de abstinencia (IC del 95%)
Sin consejo de dejar de fumar (grupo de referencia)	9	1,0	7,9
Consejo médico de dejar de fumar	10	1,3 (1,1-1,6)	10,2 (8,5-12,0)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

## **Investigación futura**

Los siguientes temas sobre el consejo de dejar de fumar requieren una investigación adicional:

- Efectividad del consejo de dejar de fumar dado por otros profesionales sanitarios que no sean médicos (p. ej., profesionales de enfermería, profesionales de enfermería practicantes, farmacéuticos, dentistas, higienistas dentales, especialistas en el tratamiento del tabaquismo, asistentes médicos)
- Efectividad acumulada de combinar el consejo de dejar de fumar por parte de los médicos y otros tipos de profesionales sanitarios.

## **Intensidad de las intervenciones clínicas**

**Recomendación:** Las intervenciones mínimas de al menos 3 minutos de duración incrementan las tasas totales de abstinencia del tabaco. A todos los fumadores se les debe ofrecer al menos una intervención mínima, independientemente de que se les derive o no a una intervención intensiva. (Nivel de evidencia = A)

**Recomendación:** Hay una relación dosis-respuesta entre la duración de la sesión de contacto directo y su efectividad. Las intervenciones intensivas son más efectivas que las intervenciones menos intensivas y se deben utilizar siempre que sea posible. (Nivel de evidencia = A)

**Recomendación:** El tratamiento directo en persona aplicado en cuatro o más sesiones parece ser especialmente efectivo en el incremento de las tasas de abstinencia. Por lo tanto, si es factible, los profesionales sanitarios deben intentar reunirse cuatro o más veces con los fumadores que estén dejando de fumar. (Nivel de evidencia = A)

Estas recomendaciones están respaldadas por tres metanálisis distintos realizados para la Guía de 2000: uno sobre la duración de la sesión, otro sobre el tiempo total de contacto, y otro sobre el número de sesiones.

**Tabla 6.8 Metanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para varios niveles de intensidad de duración de las sesiones (n = 43 estudios)<sup>a</sup>**

Nivel de contacto	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasas estimadas de abstinencia (IC del 95%)
Sin contacto	30	1,0	10,9
Consejo (<3 minutos) mínimo	19	1,3 (1,01-1,6)	13,4 (10,9-16,1)
Consejo de baja intensidad (3-10 minutos)	16	1,6 (1,2-2,0)	16,0 (12,8-19,2)
Consejo de mayor intensidad (>10minutos)	55	2,3 (2,0-2,7)	22,1 (19,4-24,7)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Duración de la Sesión.** Cuarenta y tres estudios cumplían los criterios de selección para la comparación de diversas duraciones de sesiones. Siempre que fue posible, la duración de la sesión se clasificó según la máxima cantidad de tiempo que el profesional sanitario pasó con un fumador abordando la dependencia del tabaco en un contacto único. Se definieron las intervenciones de consejo mínimo como las que duraban 3 minutos o menos, el consejo de baja intensidad se definió como el que duraba de 3 a 10 minutos, y el consejo de mayor intensidad se definió como el que duraba más de 10 minutos. Las intervenciones podían incluir contactos múltiples del paciente con el profesional sanitario, y se determinó la duración de la sesión determinada para la codificación como la duración de la sesión más larga. Estos niveles de contacto personal directo se compararon con un grupo de referencia sin contacto directo (p. ej., condiciones de autoayuda aislada). Hay una relación dosis-respuesta entre la duración de las sesiones y las tasas de abstinencia. Como muestra la tabla 6.8, las tres duraciones de sesión (consejo mínimo, consejo de

baja intensidad y consejo de mayor intensidad) incrementan significativamente las tasas de abstinencia por encima de las que producen las situaciones de ausencia de contacto. Sin embargo, hubo una clara tendencia a que las tasas de abstinencia aumentaran al hacerlo la duración de las sesiones, de modo que la mayor intensidad del consejo produjo las mayores tasas de abstinencia.

**Tiempo total de contacto.** Treinta y cinco estudios cumplieron los criterios de selección para la valoración del análisis del efecto del tiempo total de contacto. El tiempo de contacto se calculó a partir del texto como el tiempo total acumulado (el número de sesiones multiplicado por la duración de cada sesión). Cuando no se conocía el tiempo exacto en las intervenciones mínimas y de baja intensidad, se les asignaron medianas de duración de 2 y 6,5 minutos, respectivamente. El tiempo total de contacto se clasificó entonces como ausencia de contacto, 1-3 minutos, 4-30 minutos, 31-90 minutos, 91-300 minutos y más de 300 minutos. Como muestra la tabla 6.9, cualquier tiempo de contacto incrementaba significativamente las tasas de abstinencia respecto a las que se asociaban a la ausencia de contacto. Sin embargo, hubo una clara tendencia hacia un incremento de las tasas de abstinencia al hacerlo el tiempo de contacto, hasta la marca de 90 minutos. No hubo datos de que más de 90 minutos del tiempo total de contacto incrementaran las tasas de abstinencia.

**Tabla 6.9 Metanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para el tiempo total de contacto ( $n = 35$  estudios)<sup>a</sup>**

Tiempo total de contacto	Número de Grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasas estimadas de abstinencia (IC del 95%)
Nada de tiempo	16	1,0	11,0
1-3 minutos	12	1,4 (1,1-1,8)	14,4 (11,3-17,5)
4-30 minutos	20	1,9 (1,5-2,3)	18,8 (15,6-22,0)
31-90 minutos	16	3,0 (2,3-3,8)	26,5 (21,5-31,4)
91-300 minutos	16	3,2 (2,3-4,6)	28,4 (21,3-35,5)
> 300 minutos	15	2,8 (2,0-3,9)	25,5 (19,2-31,7)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Número de sesiones.** Cuarenta y seis estudios en los que había habido al menos algún contacto directo cumplieron los criterios para el análisis del efecto del número de sesiones de tratamiento. Se usó como grupo de referencia el que suponía ninguna o una sesión. Como se muestra en la tabla 6.10, las sesiones de tratamiento múltiples incrementan las tasas de abstinencia del tabaquismo respecto a las que se asocian a cero o una sesión. Los datos sugieren una relación de dosis-respuesta entre el número de sesiones y la efectividad del tratamiento.

Es importante señalar que aunque del uso de intervenciones más intensivas (es decir, sesiones más largas, más sesiones) puede producir un aumento de las tasas de abstinencia, estas intervenciones pueden tener un alcance limitado (afectan a menos fumadores) y pueden no ser factibles en algunos contextos de atención primaria. Por ejemplo, no todos los fumadores están interesados en participar en una intervención intensiva, y no todos los fumadores pueden tener acceso o poder pagar servicios que puedan proporcionar intervenciones intensivas. Finalmente, los profesionales sanitarios pueden vincular al paciente a opciones terapéuticas adicionales, como líneas telefónicas de ayuda al fumador u otros programas intensivos de tratamiento de deshabituación, para proporcionar tratamiento directo adicional.

### **Investigación futura**

Los siguientes temas sobre la intensidad del contacto de persona a persona requieren una investigación adicional:

- Efectos de la duración del tratamiento, el momento de aplicación y la separación entre las sesiones (p. ej., el número de días o semanas a lo largo de las cuales se reparte el tratamiento). Por ejemplo, ¿se consiguen mejores tasas de abstinencia a largo plazo con “sesiones de carga” (teniendo la mayoría de las sesiones durante las primeras semanas del intento de abandono) o espaciando las sesiones durante todo el intento de abandono?
- Métodos para incrementar el atractivo y la utilización de tratamientos intensivos.
- Efectividad de los programas terapéuticos intensivos en pacientes hospitalizados.



**Tabla 6.10. Metanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para el número de sesiones de tratamiento con contacto directo ( $n = 46$  estudios)<sup>a</sup>**

Número de sesiones	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasas estimadas de Abstinencia (IC del 95%)
0-1 sesiones	43	1,0	12,4
2-3 sesiones	17	1,4 (1,1-1,7)	16,3 (13,7-19,0)
4-8 sesiones	23	1,9 (1,6-2,2)	20,9 (18,1-23,6)
> 8 sesiones	51	2,3 (2,1-3,0)	24,7 (21,0-28,4)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

### Tipo de Profesionales Sanitarios

**Recomendación:** El tratamiento aplicado por diversos tipos de profesionales sanitarios incrementa las tasas de abstinencia. Por lo tanto, todos los profesionales sanitarios deben aplicar intervenciones para dejar de fumar. (Nivel de evidencia = A)

**Recomendación:** Las intervenciones realizadas por múltiples tipos de profesionales sanitarios son más efectivas que las que ofrece un solo tipo de profesional sanitario. Por lo tanto, se recomienda la provisión de intervenciones por más de un tipo de profesional sanitario. (Nivel de evidencia = C)

**Tipos de profesionales sanitarios.** Veintinueve estudios que analizaron la efectividad de diversos tipos de profesionales sanitarios en la prestación de tratamiento a fumadores cumplían los criterios de selección para el metanálisis de 2000. Este análisis comparó las intervenciones proporcionadas por diferentes tipos de profesionales sanitarios con intervenciones en las que no había profesionales (p. ej., cuando no había intervención o la intervención consistía solamente en materiales de autoayuda). Los tratamientos del tabaquismo proporcionados por un sólo tipo

de profesional de la salud, como un médico u otro profesional sanitario (p. ej., profesionales de enfermería, psicólogos, dentistas, o consejeros) o por múltiples profesionales de la salud, incrementan las tasas de abstinencia en relación con las intervenciones en las que no hay un profesional sanitario (p. ej., intervenciones de autoayuda). En ninguno de los estudios de este análisis se administró medicación, aunque sí se aplicó alguna intervención psicosocial, principalmente asesoramiento. Los resultados se muestran en la tabla 6.11. Los resultados indican que los médicos y otros profesionales sanitarios tienen una eficacia similar en la prestación de asesoramiento para el abandono del tabaco. La revisión de nuevas investigaciones, desde la Guía de 2000 indica que también pueden ser efectivos consejeros no profesionales bien formados<sup>251-253</sup>.

**Número de tipos de profesionales sanitarios.** Treinta y siete estudios que analizaron la efectividad de múltiples profesionales sanitarios en intervenciones para dejar de fumar cumplieron la selección de criterios para el análisis de 2000. “Múltiples profesionales sanitarios” se refiere a diferentes tipos de profesionales sanitarios (si un profesional de enfermería y un médico proporcionan diversas partes de una intervención, se deben incluir dos tipos de profesionales sanitarios). Los tratamientos para dejar de fumar proporcionados por dos o más tipos de profesionales sanitarios incrementan las tasas de abstinencia en comparación con las intervenciones en las que no hay profesionales sanitarios (tabla 6.12). Sin embargo, la intensidad del tratamiento introduce confusión en el número de tipos de profesionales sanitarios. Por ejemplo, si un paciente consulta con un médico para revisar la medicación y después habla con un educador sanitario acerca del plan para dejar de fumar, son dos profesionales sanitarios y dos sesiones. El número de contactos puede ser más importante que el número de profesionales sanitarios que proporcionan el tratamiento.

**Tabla 6.11 Metanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia para intervenciones proporcionadas por diferentes tipos de profesionales sanitarios ( $n= 29$  estudios)<sup>a</sup>**

<b>Tipo de profesional Sanitario</b>	<b>Número de grupos</b>	<b>Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)</b>	<b>Tasas estimadas de Abstinencia (IC del 95%)</b>
Ningún profesional sanitario	16	1,0	10,2
Autoayuda	47	1,1 (0,9-1,3)	10,9 (9,1-12,7)
Profesional sanitario: no médico	39	1,7 (1,3-2,1)	15,8 (12,8-18,8)
Profesional sanitario: médico	11	2,2 (1,5-3,2)	19,9 (13,7-26,2)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Tabla 6.12. Metanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia para intervenciones proporcionadas por varios tipos de profesionales sanitarios ( $n = 37$  estudios) <sup>a</sup>**

<b>Número de tipos de profesionales sanitarios</b>	<b>Número de grupos</b>	<b>Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)</b>	<b>Tasas estimadas de abstinencia (IC del 95%)</b>
Ningún profesional sanitario	30	1,0	10,8
1 tipo de profesional sanitario	50	1,8 (1,5-2,2)	18,3 (15,4-21,1)
2 tipos de profesional	16	2,5 (1,9-3,4)	23,6 (18,4-28,7)
3 o más tipos de profesional sanitario	7	2,4 (2,1-2,9)	23,0 (20,0-25,9)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

### **Investigación futura**

Los siguientes temas sobre los tipos de profesionales sanitarios requieren una investigación adicional:

- Efectividad de tipos específicos de profesionales sanitarios (p. ej., consejeros de línea telefónica de ayuda al fumador, consejeros no profesionales bien formados, profesionales de enfermería, practicantes, farmacéuticos, trabajadores sociales).
- Efectividad relativa de diversos números y tipos de profesionales sanitarios, con la intensidad de la intervención.

### **Formatos de tratamiento psicosocial**

**Recomendación:** El asesoramiento telefónico proactivo, el asesoramiento en grupo y el asesoramiento individual son formatos efectivos para suministrar el tratamiento del tabaquismo, y se deben usar en intervenciones para el abandono del tabaco (Nivel de evidencia = A)

**Recomendación:** Las intervenciones para el abandono del tabaco que se aplican en múltiples formatos incrementan las tasas de abstinencia y se debe fomentar su utilización. (Nivel de evidencia = A)

**Recomendación:** Los materiales adaptados, tanto impresos como basados en la web, parecen ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Por lo tanto, los profesionales sanitarios pueden decidir proporcionar materiales adaptados de autoayuda a sus pacientes que quieran dejar de fumar. (Nivel de evidencia = B)

**Tipos de formatos.** Las recomendaciones globales sobre los tipos de formato (modo de aplicación) se basan en los metanálisis de la Guía de 2000, aunque se han realizado nuevos análisis de las líneas telefónicas proactivas de ayuda al fumador en esta actualización de la Guía de 2008. Cincuenta y ocho estudios que comparaban diferentes tipos de formatos cumplieron los criterios de selección y fueron incluidos en el metanálisis en el 2000 (véase tabla 6.13). El tratamiento

del tabaquismo mediante asesoramiento/contacto telefónico proactivo (líneas telefónicas de ayuda al fumador, consejo reactivo mediante llamada telefónica), el consejo individual y el contacto/consejo grupal incrementan las tasas de abstinencia relativa en comparación con ninguna intervención.

**Autoayuda.** El metanálisis de los formatos de la Guía de 2000 también evaluó la efectividad de intervenciones de autoayuda (p. ej., panfletos/folletos/correos/manuales, cintas de vídeo, cintas de audio, remisiones a programas de 12 pasos, líneas telefónicas directas/líneas telefónica de ayuda reactivas (véase Glosario) programas informáticos/Internet, y listas de programas comunitarios). Las intervenciones proporcionadas con diversos materiales de autoayuda (como tratamiento independiente o como tratamiento complementario) parecen incrementar las tasas de abstinencia relativa con respecto a la ausencia de intervención. Sin embargo, el efecto de la autoayuda fue débil y típicamente no significativo en el análisis realizado para la Guía de 2000 (véanse tablas 6.13 y 6.15).

**Número de Formatos.** Cincuenta y cuatro estudios que compararon el número de tipos de formatos usados para el tratamiento del tabaquismo cumplieron los criterios de selección y fueron incluidos en el metanálisis de 2000. Los tratamientos de autoayuda incluidos en este análisis se usaron de forma aislada o añadidos a otros tratamientos. El tratamiento del tabaquismo que usó tres o cuatro tipos de formatos fue especialmente efectivo. Los resultados de este análisis son mostrados en la Tabla 6.14.

**Autoayuda: análisis específicos.** Como el metanálisis de los formatos mostró que la autoayuda tiene una efectividad marginal, en 2000 se realizó otro análisis para obtener más información específica de la autoayuda. Se incluyeron los estudios en el análisis de 2000 si la presencia de materiales de autoayuda constituía la única diferencia entre los grupos de tratamiento. En el análisis principal de los formatos algunos grupos de tratamiento se diferenciaban por otros factores distintos a la autoayuda en sí misma (p. ej., intensidad del consejo). Los tratamientos que acompañaban a los materiales de autoayuda oscilaban desde ningún consejo o asesoramiento hasta asesoramiento intensivo. Los resultados de este análisis fueron similares a los del análisis principal de los formatos. Por lo tanto, la autoayuda tuvo sólo una efectividad marginal.

Para el análisis de la Guía de 2000, cumplieron los criterios de selección veintidós estudios que evaluaron la efectividad de la aplicación de múltiples tipos de intervenciones de autoayuda (p. ej., folletos, cintas de vídeo, cintas de audio y líneas de ayuda al fumador reactivas). Los resultados aportaban pocos datos de que la utilización de múltiples tipos de materiales de autoayuda, sin ninguna intervención directa, mejorara significativamente los resultados del tratamiento (véase tabla 6.15).

Dos últimos metanálisis de 2000 analizaron el efecto de los folletos de autoayuda de forma aislada. En un análisis se utilizaron los folletos de autoayuda como única intervención. En el otro, se usaron los folletos de autoayuda además del asesoramiento. En ningún análisis la autoayuda incrementó las tasas de abstinencia.

**Tabla 6.13 Metanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para varios tipos de formato (n = 58 estudios)<sup>a</sup>**

<b>Número de formatos</b>	<b>Número de Grupos</b>	<b>Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)</b>	<b>Tasas estimadas de abstinencia (IC del 95%)</b>
Sin formato	20	1,0	10,8
Autoayuda	93	1,2 (1,02-1,3)	12,3 (10,9-13,6)
Asesoramiento telefónico proactivo	26	1,2 (1,1-1,4)	13,1 (11,4-14,8)
Asesoramiento grupal	52	1,3 (1,1-1,6)	13,9 (11,6-16,1)
Asesoramiento individual	67	1,7 (1,4-2,0)	16,8 (14,7-19,1)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Tabla 6.14 Metanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para el número de formatos ( $n = 54$  estudios)<sup>a</sup>**

<b>Número de formatos<sup>b</sup></b>	<b>Número de Grupos</b>	<b>Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)</b>	<b>Tasas estimadas de abstinencia (IC del 95%)</b>
Sin formato	20	1,0	10,8
Un formato	51	1,5 (1,2-1,8)	15,1 (12,8-17,4)
Dos formatos	55	1,9 (1,6-2,2)	18,5 (15,8-21,1)
Tres o cuatro formatos	19	2,5 (2,1-3,0)	23,2 (19,9-26,6)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

<sup>b</sup> Los formatos incluyen autoayuda, consejo telefónico proactivo, consejo grupal y consejo individual

**Tabla 6.15 Metanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para el número de tipos de autoayuda ( $n = 21$  estudios)<sup>a</sup>**

<b>Factor</b>	<b>Número de Grupos</b>	<b>Razón de posibilidades Estimada (IC del 95%)</b>	<b>Tasas estimadas de abstinencia (IC del 95%)</b>
Sin autoayuda	17	1,0	14,3
Un tipo de autoayuda	27	1,0 (0,9-1,1)	14,4 (12,9-15,9)
Dos o más tipos de autoayuda	10	1,1 (0,9-1,5)	15,7 (12,3-19,2)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Línea telefónica de ayuda al fumador.** El importante aumento de la investigación de las líneas telefónicas de ayuda al fumador y la implantación de una red nacional de líneas de atención al fumador (disponible a través de 1-800-QUIT-NOW) llevó al Panel de la Guía de 2008 a identificar la efectividad de las líneas de atención al fumador como un tema en el que estaba justificada la realización de un metanálisis específico. Cumplieron los criterios de selección y se analizaron para la actualización de la Guía de 2008 nueve estudios que compararon la efectividad de una intervención con una línea telefónica de ayuda al fumador frente al contacto mínimo o la ausencia de contacto o los materiales de autoayuda. Esto difiere del metanálisis de 2000 (tabla 6.13) en que el análisis actual se centra en el análisis de estudios que utilizaban sólo líneas telefónicas de ayuda al fumador y no el asesoramiento telefónico que pudiera haberse producido con otro tipo de intervenciones. Para este análisis, las líneas telefónicas de ayuda al fumador se definen como el asesoramiento telefónico en el cual al menos algunos de los contactos son iniciados por el consejero de la línea telefónica de atención al fumador para proporcionar intervenciones contra el tabaquismo, como el asesoramiento mediante llamadas reactivas. Las líneas telefónicas de ayuda al fumador incrementan significativamente las tasas de abstinencia en comparación con las intervenciones de consejo mínimo o la ausencia de asesoramiento (tabla 6.16) <sup>254</sup>. En un segundo metanálisis de 2008 sobre las líneas telefónicas de atención al fumador se analizaron seis estudios que compararon el efecto de la adición de asesoramiento mediante la línea de atención al fumador a tratamiento farmacológico frente a la medicación sola. La adición del asesoramiento telefónico a la medicación incrementó significativamente las tasas de abstinencia en comparación con la medicación sola (véase tabla 6.17). Este análisis indica un potente efecto del asesoramiento telefónico y es consecuente con un reciente análisis independiente <sup>254</sup> y con la recientemente publicada *Guide to Community Preventive Services* de los *Centers for Disease Control and Prevention*<sup>92</sup>.



**Tabla 6.16 Metanálisis (2008): Efectividad y tasas de abstinencia de las líneas de teléfono de ayuda al fumador en comparación con intervenciones mínimas, autoayuda o ausencia de asesoramiento ( $n = 9$  estudios)<sup>a</sup>**

<b>Intervención</b>	<b>Número de Grupos</b>	<b>Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)</b>	<b>Tasas estimadas de abstinencia (IC del 95%)</b>
Mínima o ausencia de consejo o autoayuda	11	1,0	8,5
Asesoramiento mediante línea telefónica de ayuda al fumador	11	1,6 (1,4-1,8)	12,7 (11,3-14,2)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Tabla 6.17 Metanálisis (2008): Efectividad y tasas de abstinencia del asesoramiento telefónico combinado con medicación en comparación con la medicación sola ( $n = 6$  estudios)<sup>a</sup>**

<b>Intervención</b>	<b>Número de Grupos</b>	<b>Razón de posibilidades Estimada (IC del 95%)</b>	<b>Tasas estimadas de abstinencia (IC del 95%)</b>
Medicación sola	6	1,0	23,2
Medicación y asesoramiento con línea telefónica de ayuda al fumador	6	1,3 (1,1-1,6)	28,1 (24,5-32,0)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Intervenciones adaptadas individualmente e intervenciones sanitarias por etapas.** Investigaciones recientes se han centrado en el uso de materiales adaptados individualmente. Los materiales adaptados son aquéllos que están diseñados para abordar variables específicas del fumador, como fuentes de apoyo, lo reciente que es el abandono del tabaco y preocupaciones acerca de dejar de fumar. Los materiales adaptados pueden ser cualquier material impreso, como cartas enviadas a pacientes, o materiales basados en la web, como sitios web interactivos<sup>238,242</sup>. Algunas aplicaciones de adaptación han sido efectivas y tienen un alcance amplio<sup>241,245,255,256</sup>. El Panel también consideró el uso de intervenciones sanitarias por etapas (véase Glosario) y concluyó que no hay suficientes datos para recomendar estas intervenciones<sup>257,258</sup>. Sin embargo, son necesarias más investigaciones.

**Intervenciones informatizadas.** Las intervenciones sanitarias electrónica o por Internet tienen la posibilidad de estar accesibles para un gran porcentaje de la población fumadora, permiten una adaptación extensa del contenido a las necesidades o características del fumador y, debido a los bajos costes de personal, probablemente su utilización sea muy barata. Estas intervenciones se pueden usar como tratamientos autónomos o complementarios. Estos programas típicamente recogen información del fumador y después utilizan algoritmos para personalizar la retroalimentación o las recomendaciones. Típicamente también permiten que el usuario seleccione varias características, como información extensa sobre el abandono, dependencia del tabaco y temas relacionados. Las aplicaciones actuales permiten múltiples interacciones de retroalimentación, elaboración y monitorización de un plan para dejar de fumar, y avisos proactivos por correo electrónico a los usuarios<sup>259,260</sup>. No se han identificado todavía las características óptimas de las páginas web; algunas páginas pueden ser confusas y pueden no aprovechar las posibilidades de adaptación de este medio<sup>261</sup>. Es evidente que es necesaria más investigación para identificar las estructuras, características y contenidos óptimos<sup>262-265</sup>.

Las intervenciones sanitarias electrónicas contra el tabaco generalmente han dado resultados positivos. En una revisión reciente del uso de estas intervenciones en fumadores adultos, Walters et al. encontraron que en 7 de 15 estudios con adultos

hubo una mejoría significativa de los resultados respecto a las situaciones de control<sup>259</sup>. Hall et al. combinaron retroalimentación informatizada e individualizada para motivar a los fumadores usando los principios del modelo de las fases de cambio con seis sesiones de 30 minutos de asesoramiento y parches de nicotina. Se comparó con material de autoayuda no adaptado. A los 18 meses de seguimiento se detectó una mejoría significativa debido al tratamiento más intensivo<sup>266</sup>. Strecher et al. compararon intervenciones basadas en una web multifacética (guía de abandono adaptada basada en principios cognitivos-conductuales, intervención para mejorar el cumplimiento de la medicación, correos electrónicos personalizados, y una persona para apoyo conductual) añadidas al parche de nicotina. Se comparó con el uso del parche solo. Se obtuvieron resultados favorables 3 meses tras dejar de fumar<sup>241</sup>. También se han detectado efectos positivos similares en un estudio poblacional usando informes generados por ordenador basados en el modelo de las fases del cambio<sup>267</sup> y en un estudio de una página web ofrecida en un programa en el lugar de trabajo<sup>268</sup>. Un estudio con adolescentes<sup>269</sup> encontró resultados positivos por el acceso a una intervención compleja compuesta de una intervención computarizada interactiva, asesoramiento por un profesional sanitario, entrevista breve motivacional y sesiones telefónicas de refuerzo. La condición de control fue información acerca de comer más frutas y vegetales. También se han obtenido resultados nulos con intervenciones informatizadas o adaptadas (véase, p. ej., Velicer et al. <sup>270</sup> y Aveyard et al. <sup>271</sup>). Sin embargo, en muchos de los estudios que tuvieron resultados positivos la intervención por internet es sólo un elemento de una intervención compleja, o es mucho más intensa que la intervención de comparación. Sin embargo, a la vista del posible alcance y el bajo coste de estas intervenciones, siguen siendo muy prometedoras como métodos para proporcionar tratamiento del tabaquismo.

### **Investigación futura**

Los siguientes temas sobre los formatos requieren una investigación adicional:

- Qué combinaciones de formatos son las más efectivas.
- Efectividad relativa de diversos tipos de intervenciones de autoayuda, incluyendo intervenciones informatizadas.

- Efectividad de los formatos adaptados.
- Efectividad de programas de dejar de fumar mediante fax y de otros programas diseñados para incrementar el uso de las líneas telefónicas de ayuda al fumador.
- Características efectivas de las intervenciones basadas en la web.
- Efecto de las intervenciones informáticas como formato frente al efecto del contenido de la intervención.
- Métodos óptimos para eliminar barreras y aumentar el atractivo y el uso de tratamientos de asesoramiento efectivos.

### **Valoración y procedimientos de seguimiento**

**Recomendación:** Se debe evaluar a todos los pacientes que reciban una intervención por tabaquismo para determinar la abstinencia al finalizar el tratamiento y durante los contactos posteriores. (1) Se debe reconocer el éxito del abandono en los pacientes abstinentes, y el profesional sanitario debe ofrecer asistencia al paciente con problemas asociados a dejar de fumar (véase capítulo 3C, para el paciente que ha dejado de fumar recientemente). (2) Se debe evaluar a los pacientes que hayan recaído para determinar si están preparados para hacer otro intento de abandono. (Nivel de evidencia = C)

Si el paciente está preparado para hacer otro intento de abandono, se debe proporcionar u organizar tratamiento adicional (véase capítulo 3A para el paciente dispuesto a dejar de Fumar).

Si el paciente no está dispuesto a dejar de fumar, se debe proporcionar u organizar una intervención diseñada para incrementar los futuros intentos de abandono (véase capítulo 3B para el paciente no dispuesto a dejar de fumar).

Se debe evaluar a todos los pacientes con respecto a su hábito tabáquico durante los contactos de seguimiento clínico. En particular, se deben realizar evaluaciones en la primera semana después de dejar de fumar<sup>272,273</sup>. Los pacientes abstinentes deben recibir refuerzo por su decisión de dejar de fumar, se les debe felicitar por su éxito en el abandono y se les debe animar a permanecer abstinentes (véase ca-

pítulo 3C, Estrategia C1). Los datos existentes no muestran que estos pasos prevengan las recaídas, pero la participación continua del profesional sanitario puede incrementar la posibilidad de que el paciente consulte al profesional sanitario en futuros intentos de abandono si son necesarios. Los profesionales sanitarios también deben preguntar acerca de los posibles problemas relativos con dejar de fumar, y ofrecer ayuda (véase capítulo 3C, Estrategia C2), como ganancia de peso significativa y síntomas de abstinencia residuales.

Se debe reevaluar a los pacientes que hayan recaído para determinar su disposición a dejar de fumar. Se debe animar a los pacientes que actualmente estén motivados a hacer otro intento de abandono para que usen tratamientos del tabaquismo (véase capítulo 3A para el paciente dispuesto a dejar de fumar). Los profesionales sanitarios pueden querer incrementar la intensidad del tratamiento psicosocial en este momento o derivar al paciente a un especialista/programa de tratamiento intensivo del tabaquismo si el paciente está dispuesto. Además, se debe volver a ofrecer al paciente medicación, si procede. Si el anterior intento de abandono incluyó medicación, el profesional sanitario debe revisar si el paciente usó la medicación de manera adecuada y debe determinar si la medicación fue útil. Basado en esta valoración, el profesional sanitario debe recomendar repetir tratamiento con la misma medicación, otra medicación o una combinación de medicaciones (véase tabla 6.28). Los pacientes que hayan recaído y no estén dispuestos a dejar de fumar en este momento deben recibir una breve intervención diseñada para aumentar los intentos futuros de abandono (véase capítulo 3B).

### **Investigación futura**

Los siguientes temas sobre la valoración y los tratamientos durante el seguimiento requieren una investigación adicional:

- Momento óptimo y tipos de intervenciones de prevención de las recaídas.
- Efectividad de varios formatos para el tratamiento de la prevención de recaídas (p. ej., efectividad de los contactos telefónicos en reducir la probabilidad de recaer después de una intervención mínima)

### 3. Elementos de tratamiento

#### Tipos de asesoramiento y terapias conductuales

**Recomendación: Dos tipos de asesoramiento y terapias conductuales se asocian a mayores tasas de abstinencia: (1) proporcionar a los fumadores asesoramiento práctico (resolución de situaciones de alto riesgo/formación en habilidades) y (2) proporcionar soporte y estímulo como parte del tratamiento. Estos tipos de elementos de asesoramiento se deben incluir en las intervenciones para dejar de fumar. (Nivel de evidencia = B)**

Sesenta y cuatro estudios que analizaron la eficacia de intervenciones que usan varios tipos de asesoramiento y terapias conductuales cumplieron criterios de selección para el metanálisis de 2000. Los resultados, que se muestran en la tabla 6.18, indican que cuatro tipos específicos de asesoramiento y categorías de terapias conductuales producen incrementos estadísticamente significativos de las tasas de abstinencia en comparación con la ausencia de contacto (es decir, condición de control sin tratamiento). Estas categorías son: (1) proporcionar a los fumadores asesoramiento práctico para la resolución de situaciones de alto riesgo/formación en habilidades/manejo del estrés; (2) proporcionar soporte durante el contacto directo del fumador con el profesional sanitario (apoyo social durante el tratamiento); (3) intervenir para aumentar el apoyo social en el ambiente del fumador (apoyo social fuera del tratamiento); y (4) utilizar procedimientos de tratamiento aversivo (fumar rápidamente, dar caladas rápidas, otra exposición al tabaco). Se realizó un análisis separado eliminando los estudios que incluyeron el empleo de medicaciones aprobadas por la *U.S. Food and Drug Administration* (FDA). Los resultados de este análisis fueron esencialmente similares a los del análisis principal.

**Tabla 6.18. Metanálisis 2000: Efectividad y tasas de abstinencia estimadas de varios tipos de asesoramiento y terapias conductuales.**

<b>Tipo de asesoramiento y terapia conductual</b>	<b>Número de grupos</b>	<b>Razón de posibilidades estimada (IC 95%)</b>	<b>Tasa de abstinencia estimada (IC 95%)</b>
Sin asesoramiento /terapia conductual	35	1,0	11,2
Relajación/respiración	31	1,0 (0,7-1,3)	10,8 (7,9-13,8)
Contrato de contingencias	22	1,0 (0,7-1,4)	11,2 (7,8-14,6)
Peso/dieta	19	1,0 (0,8-1,3)	11,2 (8,5-14,0)
Reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán	25	1,1 (0,8-1,5)	11,8 (8,4-15,3)
Manejo de disforia.	8	1,2 (0,8-1,9)	13,6 (8,7-18,5)
Apoyo social durante el tratamiento	50	1,3 (1,1-1,69)	14,4 (12,3-16,5)
Apoyo social fuera del tratamiento	19	1,5 (1,1-2,2)	16,2 (11,8-20,6)
Asesoramiento práctico (resolución de situaciones de alto riesgo/formación en habilidades)	104	1,5 (1,3-1,8)	16,2 (14,0-18,5)
Otras terapias aversivas	19	1,7 (1,04-2,8)	17,7 (11,2-24,9)
Fumar rápidamente	19	2,0 (1,1-3,5)	19,9 (11,2-29,0)

Véase en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos usados en este metanálisis.

El Panel de la Guía de 2008 decidió no recomendar el apoyo social fuera del tratamiento en esta actualización de la Guía. Este cambio se basó en la bibliografía reciente sobre el apoyo social fuera del tratamiento que no muestra un efecto potente para ayudar a los fumadores a identificar y utilizar el apoyo fuera de la relación de tratamiento<sup>274-276</sup>. Las técnicas aversivas se recomendaron en la Guía de 2000. Sin embargo, los nuevos estudios que se han realizado desde la Guía de 2000, incluyendo una revisión de la colaboración Cochrane, han puesto en duda la eficacia de las técnicas aversivas<sup>277</sup>. A causa de esto y de los efectos secundarios de este tratamiento, el Panel de la Guía decidió no recomendar el uso de terapias aversivas del tabaquismo en la actualización de 2008.

El nivel de evidencia para las recomendaciones de la actualización de la Guía de 2008 respecto a asesoramiento práctico y el apoyo social durante el tratamiento no justificó la asignación de nivel “A” por varias razones. Primero, los datos revisados indicaron que los tratamientos del tabaquismo pocas veces usaron un tipo particular de asesoramiento o terapia conductual de forma aislada. Segundo, varios tipos de asesoramiento y terapias conductuales tendieron a correlacionarse con otras características del tabaquismo. Por ejemplo, algunos tipos de asesoramiento y terapias tendieron a utilizarse en un mayor número de sesiones y durante períodos de tiempo más prolongados. Tercero, todos los tipos de asesoramiento y terapias conductuales se compararon con condiciones de control/ausencia de contacto. Por lo tanto, las condiciones de control de este metanálisis no controlaron los efectos no específicos o de placebo del tratamiento. Esto último limitó la capacidad de atribuir la eficacia a los tipos particulares de asesoramientos y terapias conductuales por sí mismos. Cuarto, los estudios usados en este análisis a menudo adaptaban los tipos de asesoramiento y terapias conductuales a las necesidades de las poblaciones específicas que estaban estudiando, lo que afecta a la posibilidad de generalizar los resultados del estudio. Quinto, había una heterogeneidad considerable dentro de cada tipo de asesoramiento y terapia conductual.

Las tablas 6.19 y 6.20 muestran los elementos del asesoramiento práctico (resolución de situaciones de alto riesgo/formación en habilidades) y apoyo social durante el tratamiento, respectivamente. Estas tablas están diseñadas para ayudar a los profesionales que usan estos asesoramientos y terapias conductuales. Sin embargo, se debe señalar que estas etiquetas terapéuticas no son específicas e incluyen elementos de tratamiento heterogéneos. La eficacia del estímulo y el apoyo como parte del tratamiento es coherente con la bibliografía que indica la importancia de proporcionar un contexto afectuoso, empático y comprensivo para hacer otros cambios de conducta de salud<sup>278-280</sup>.



**Tabla 6.19. Elementos comunes de asesoramiento práctico (resolución de situaciones de alto riesgo/entrenamiento en habilidades)**

Componentes de tratamiento del asesoramiento práctico (resolución de situaciones de alto riesgo/formación en habilidades)	Ejemplos
<p>Reconocer situaciones de riesgo: Identificar acontecimientos, estados internos o actividades que incrementan el riesgo de fumar o recaída</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disforia y estrés</li> <li>• Estar con otros fumadores</li> <li>• Beber alcohol</li> <li>• Experimentar deseos de fumar</li> <li>• Facilitadores del consumo y disponibilidad de cigarrillos</li> </ul>
<p>Desarrollar habilidades de afrontamiento: Identificar y practicar habilidades de afrontamiento o de resolución de problemas. Típicamente, estas habilidades se dirigen a hacer frente a situaciones de riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender a anticiparse y evitar tentaciones y situaciones desencadenantes</li> <li>• Aprender estrategias cognitivas que reducirán un estado de ánimo negativo</li> <li>• Lograr cambios del estilo de vida que reducen el estrés, mejoran la calidad de vida y reducen la exposición a los facilitadores del consumo</li> <li>• Aprender actividades cognitivas y conductuales para hacer frente a los deseos de fumar (p. ej., distraer la atención, cambiar las rutinas)</li> </ul>
<p>Proporcionar información básica: Dar información básica sobre el tabaquismo y éxito en el abandono</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El hecho de fumar algo (incluso una única calada) incrementa la posibilidad de recaída total</li> <li>• Los síntomas de abstinencia típicamente alcanzan su máximo entre 1 y 2 semanas después de abandonar el tabaco, y pueden persistir varios meses. Los síntomas incluyen estado de ánimo negativo, deseo de fumar y dificultad de concentración</li> <li>• La naturaleza adictiva de fumar</li> </ul>

**Tabla 6.20 Elementos comunes de intervenciones de apoyo durante el tratamiento**

<b>Componentes del tratamiento de apoyo</b>	<b>Ejemplos</b>
Animar al paciente en el intento de abandono	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalar que actualmente se dispone de tratamientos del tabaquismo</li> <li>• Señalar que la mitad de la población que ha fumado alguna vez ya lo ha dejado</li> <li>• Comunicar la confianza en la capacidad del paciente de abandonar.</li> </ul>
Trasmitir afecto y preocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar qué piensa el paciente del abandono</li> <li>• Expresar directamente la preocupación y voluntad de ayudar tan frecuente como sea necesario</li> <li>• Preguntar sobre los temores y ambivalencias de los pacientes con respecto al abandono</li> </ul>
Animar al paciente a que hable sobre el proceso de abandono	<p>Preguntar sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Razones por las que el paciente quiere abandonarlo</li> <li>• Preocupaciones y miedos respecto al abandono</li> <li>• Éxitos que ha conseguido el paciente</li> <li>• Dificultades encontradas durante el abandono</li> </ul>

**Acupuntura.** En 2000 se realizó un metanálisis separado para evaluar la eficacia de la acupuntura. Los datos, que se muestran en la tabla 6-21, no apoyaron la eficacia de la acupuntura como tratamiento del tabaquismo. El metanálisis de acupuntura que comparó la acupuntura “activa” con la acupuntura “control” (véase glosario) no reveló diferencias entre la eficacia de ambos tipos de procedimientos. Estos resultados sugieren que cualquier efecto de la acupuntura podría deberse a otros factores, como expectativas positivas sobre el procedimiento. Estos resultados son coherentes con el análisis más reciente de la colaboración Cochrane<sup>281</sup>.

Además el Panel de la Guía no identificó bibliografía científica que apoyara la eficacia de los más recientes tratamientos de electroestimulación y acupuntura con láser para el tabaquismo.

**Hipnosis.** La Guía de 1996 no realizó un metanálisis separado sobre hipnosis porque pocos estudios cumplían criterios de inclusión, y los que sí lo hacían usaron procedimientos hipnóticos muy heterogéneos. No había ninguna técnica de intervención común o estándar para analizar. La búsqueda de la bibliografía para la Guía de 2000 no reveló nuevos estudios publicados sobre el tratamiento del tabaquismo por hipnosis que cumplieran los criterios de inclusión; por lo tanto, no se reexaminó este tema. Además, una revisión independiente del grupo Cochrane de nueve ensayos de hipnoterapia no encontró suficientes datos para respaldar la hipnosis como tratamiento para dejar de fumar<sup>282</sup>. En contraste con la revisión Cochrane y otras revisiones, un pequeño estudio reciente presentó resultados preliminares positivos con hipnoterapia<sup>283</sup>.

**Otras intervenciones.** El número de estudios fue insuficiente para valorar con exactitud la eficacia de otros tipos de asesoramientos y terapias conductuales, como retroalimentación fisiológica, terapia de restricción de estimulación ambiental<sup>284</sup> y uso de incentivos<sup>285</sup>.

**Tabla 6.21. Metanálisis (2000): Eficacia y tasas de abstinencia estimadas de acupuntura ( $n=5$  estudios)<sup>a</sup>**

Tratamiento	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC del 95%)
Placebo	7	1,0	8,3
Acupuntura	8	1,1 (0,7-1,6)	8,9 (5,5-12,3)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos usados en este metanálisis

## Investigación futura

Los siguientes temas sobre los tipos de asesoramiento y terapias conductuales requieren una investigación adicional

- Eficacia de las intervenciones motivacionales, la reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán. y la retroalimentación fisiológica de los efectos de fumar.
- Mecanismos a través de los cuales ejercen sus efectos las intervenciones de asesoramiento
- Eficacia de intervenciones de asesoramiento específicas en diversas poblaciones de pacientes (p. ej., pacientes con cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], trastornos psiquiátricos, incluyendo trastornos por uso de sustancias, y aterosclerosis)
- Eficacia de políticas de ambiente sin humos, particularmente hogares y lugares de trabajo libres de humo, sobre el aumento del interés y la eficacia del tratamiento del tabaquismo<sup>286</sup>.
- Eficacia de las intervenciones sobre los sistemas familiares como medio para incrementar el apoyo.

## Combinación de asesoramiento y medicación

**Recomendación: la combinación de asesoramiento y medicación es más eficaz para dejar de fumar que la medicación o el asesoramiento solos. Por lo tanto, siempre que sea posible y apropiado, se debe proporcionar asesoramiento y medicación a los pacientes que intentan dejar de fumar (Nivel de evidencia = A)**

**Recomendación: hay una relación intensa entre el número de sesiones de asesoramiento, cuando se combina con medicación, y la probabilidad de éxito en el abandono del tabaco. Por lo tanto, cuando se pueda, los profesionales sanitarios deben proporcionar múltiples sesiones de asesoramiento, además de la medicación, a los pacientes que están intentado dejar de fumar (Nivel de evidencia = A)**

Los datos de esta actualización de la Guía apoyan la eficacia independiente de las intervenciones de asesoramiento y de las intervenciones farmacológicas. En la actualización de la Guía de 2008 el Panel evaluó si la combinación de asesoramiento y medicación mejoraba los índices de abandono en relación con la utilización de cada uno de estos tratamientos solos.

**Prestación de asesoramiento además de medicación.** Cumplieron los criterios de selección dieciocho estudios que evaluaron la eficacia de proporcionar asesoramiento además de medicación frente a la medicación sola. Los resultados de este metanálisis de 2008 indican que proporcionar asesoramiento además de medicación mejora significativamente los resultados del tratamiento (véase tabla 6.22). Estos mismos dieciocho estudios se analizaron también para evaluar la relación de la intensidad del asesoramiento cuando se usó combinado con medicación. Los resultados revelaron que dos o más sesiones mejoran significativamente los resultados de tratamiento, y más de ocho sesiones produjeron los índices de abstinencia más altos (véase tabla 6.23). El asesoramiento de estos estudios se aplicó en persona o por vía telefónica.

**Tabla 6.22. Metanálisis (2008): Eficacia y tasas de abstinencia estimadas de la combinación de asesoramiento y medicación frente a la medicación sola ( $n = 18$  estudios)<sup>a</sup>**

Tratamiento	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC del 95%)
Medicación sola	8	1,0	21,7
Medicación más asesoramiento	39	1,4 (1,2-1,6)	27,6 (25,0-30,3)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos usados en este metanálisis

**Tabla 6.23. Metanálisis (2008): Eficacia y tasas de abstinencia estimadas para el número de sesiones de asesoramiento en combinación con medicación frente a medicación sola (*n* = 18 estudios)<sup>a</sup>**

Tratamiento	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC del 95%)
0-1 sesiones más medicación	13	1,0	21,8
2-3 sesiones más medicación	6	1,4 (1,1-1,8)	28,0 (23,0-29,7)
4-8 sesiones más medicación	19	1,3 (1,1-1,5)	26,9 (24,3-29,7)
Más de 8 sesiones más medicación	9	1,7 (1,3-2,2)	32,5 (27,3-38,3)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos usados en este metanálisis

**Prestación de medicación además de asesoramiento.** También se analizó el efecto de añadir asesoramiento a la medicación. Nueve estudios cumplieron criterios de inclusión, y aportaron 24 grupos para comparar la medicación y el asesoramiento con el asesoramiento solo. Los resultados de este metanálisis de 2008 indican que añadir medicación al asesoramiento mejora significativamente los resultados de tratamiento (véase tabla 6.24).

**Tabla 6.24. Metanálisis (2008): Eficacia y tasas de abstinencia estimadas para la combinación de asesoramiento y medicación frente al asesoramiento solo ( $n = 9$  estudios)<sup>a</sup>**

Tratamiento	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC del 95%)
Asesoramiento solo	11	1,0	14,6
Medicación más asesoramiento	13	1,7 (1,3-2,1)	22,1 (18,1-26,8)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos usados en este metanálisis

La medicación y el asesoramiento son eficaces y deberían proporcionarse como intervenciones independientes cuando no sea factible administrar ambos o cuando el paciente no esté interesado en ambos. Sin embargo, al combinar medicación y asesoramiento el profesional sanitario puede mejorar significativamente los índices de abstinencia. El profesional sanitario que proporciona la medicación no tiene que ser el profesional sanitario que proporciona el asesoramiento. Puede que un médico, dentista, practicante o profesional de enfermería pueda prescribir las medicinas, y que el consejo lo proporcione un educador sanitario, técnico en profilaxis dental, especialista en el tratamiento del tabaquismo, farmacéutico o línea telefónica de ayuda al fumador. El cumplimiento del tratamiento, medicamentoso y asesoramiento, es importante para obtener resultados óptimos. Aunque hay datos convincentes de que el asesoramiento y la medicación incrementan el éxito del abandono del tabaco, el profesional sanitario debe animar al paciente a que haga un intento de abandono incluso si el paciente rechaza este tratamiento.

### Investigación Futura

Los siguientes temas sobre la combinación de asesoramiento y medicación requieren una investigación adicional:

- Momento óptimo de aplicación y duración óptima del asesoramiento y de las intervenciones medicamentosas (p. ej., momento de aplicación y espaciado de las sesiones de asesoramiento después del abandono)
- Eficacia y aceptabilidad/atractivo de diferentes formatos y técnicas de asesoramiento (p. ej., asesoramiento asistido por ordenador, líneas telefónicas de ayuda al fumador, entrevista motivacional)
- Estrategias para abordar las ideas erróneas sobre los tratamientos eficaces mediante asesoramiento y medicaciones.
- Relación coste-eficacia relativa de varias combinaciones de tratamientos.

**Para fumadores no dispuestos a hacer un intento de abandono en este momento.**

**Recomendación: Las técnicas de intervención motivacional parecen ser eficaces para aumentar la probabilidad de que un paciente haga un intento de abandono en el futuro. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben usar técnicas motivacionales para animar a los fumadores que actualmente no estén dispuestos a dejarlo para que se planteen hacer un intento de abandono en el futuro (Nivel de evidencia = B)**

Los datos sugieren que diversas intervenciones motivacionales pueden incrementar la motivación para el cambio de conducta. Estas intervenciones tienen diversos contenidos y denominaciones (p. ej., intervención motivacional individualizada, consulta motivacional, entrevista motivacional; véase, p. ej., Chan et al.<sup>170</sup>, Butler et al.<sup>171</sup>, y Brown et al.<sup>173</sup>). La intervención motivacional que tal vez tenga el mayor nivel de apoyo científico y especificidad de contenido es la entrevista motivacional.

La entrevista motivacional (EM) es una estrategia de asesoramiento específica cuyo objetivo es aumentar la motivación de la persona para un cambio de conducta. La EM incluye diversas estrategias diseñadas para ayudar a los pacientes a resolver la ambivalencia sobre tal cambio<sup>175</sup>. La técnica se ha usado con éxito para ayudar a los pacientes a conseguir muchos tipos de cambio de conducta, como reducción del consumo de alcohol y drogas y reducción de conductas de riesgo de VIH<sup>175,287,288</sup>.



Varios estudios han mostrado que las técnicas de EM parecen ser eficaces para motivar a los fumadores a que hagan un intento de abandono. Un ensayo aleatorizado y controlado de una intervención basada en EM en 137 fumadores con cáncer encontró que la EM aumentaba significativamente el intento de abandono comparada con el consejo de forma aislada<sup>289</sup>. Otro estudio encontró que una sola sesión de EM frente al asesoramiento psicoeducativo o el consejo breve incrementó significativamente la proporción de pacientes con esquizofrenia que contactaron con un especialista en tratamiento del tabaquismo y acudieron a una sesión inicial de tratamiento<sup>174</sup>. Un tercer estudio mostró que dos sesiones individuales de asesoramiento de 45 minutos basadas en los principios de la EM se asociaron a mayores niveles de intención de abandono de tabaco en adolescentes que un consejo breve<sup>173</sup>. Sin embargo, no se encontraron en este estudio diferencias en los intentos de abandono ni el éxito del abandono. Estudios que usaron abordajes motivacionales que compartían características de la EM (pero que no eran EM) produjeron un patrón de resultados mixto, de modo que algunos estudios mostraron incrementos significativos de los intentos de abandono (véase, p. ej., Butler et al.<sup>171</sup>); otros mostraron sólo tendencias en esa dirección<sup>170</sup>. Finalmente, un estudio que incluyó fumadores no motivados mostró que el asesoramiento basado en las “5 R” (véase Capítulo 3, Estrategia B2) incrementó significativamente las posibilidades de hacer un intento de abandono de al menos 24 horas de duración<sup>169</sup>.

Los datos disponibles muestran que las intervenciones motivacionales revisadas, como la EM, incrementan los intentos de abandono cuando se usan en pacientes no interesados en abandonar el tabaco. No se ha demostrado que estas intervenciones sean realmente eficaces como tratamientos para el abandono<sup>173,175,290</sup> ni hay datos homogéneos de que los intentos de abandono inducidos por la EM se traduzcan en mayores índices de abstinencia a largo plazo. También se ha demostrado que estas intervenciones son más eficaces en fumadores con poca motivación previa para abandonar el tabaco. Finalmente, algunos datos sugieren que es necesaria una formación extensa antes de alcanzar la competencia en técnicas de EM<sup>175,291</sup>.

### **Monitorización fisiológica/retroalimentación con marcadores biológicos para motivar a los fumadores a dejarlo**

Los investigadores han intentado determinar si la retroalimentación sobre los efectos del tabaquismo y el riesgo de enfermedades motiva los intentos de abandono.

Datos escasos indican que esta retroalimentación motiva intentos de abandono<sup>292</sup>. Un pequeño estudio encontró que la retroalimentación con múltiples aspectos que incluía la concentración de CO, la medición de la capacidad vital y una discusión de síntomas pulmonares condujo a más intentos de abandono en fumadores a los que se identificó durante un cribado médico rutinario<sup>293</sup>. En un segundo estudio la retroalimentación con la concentración de CO y la susceptibilidad genética al cáncer se asoció a mayor probabilidad de intento de abandono un año después<sup>294</sup>. Aunque estos resultados son alentadores, hay demasiada poca información para evaluar definitivamente los efectos de la retroalimentación fisiológica<sup>284</sup>. Además no hay información suficiente de cómo esta retroalimentación afecta a pacientes con diferentes niveles de preparación para dejarlo. Tampoco está claro si la retroalimentación en una persona que *no* tiene un riesgo elevado la animaría a continuar fumando. Finalmente, hay datos contradictorios sobre la eficacia de la retroalimentación como intervención para el abandono y como intervención motivacional. Es decir, hay datos contradictorios sobre si la retroalimentación incrementa o no las tasas de abstinencia<sup>284, 295, 296</sup>.

### **Investigación Futura**

Los siguientes temas requieren una investigación adicional:

- Eficacia de la intervención motivacional y otras técnicas relacionadas, incluyendo el efecto de estrategias de intervención motivacional breves aplicadas en atención primaria.
- Eficacia de la monitorización fisiológica y la retroalimentación con marcadores biológicos para motivar a los fumadores a dejar el tabaco y aumentar las tasas de abstinencia.

## **B. Datos sobre la medicación**

**Recomendación: los profesionales sanitarios deben animar a todos los pacientes que intentan dejar el tabaco a usar medicaciones eficaces para el tratamiento del tabaquismo excepto cuando estén contraindicadas y en poblaciones específicas para las cuales no hay datos de eficacia suficientes (p. ej., embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes). (Nivel de evidencia = A)**

Como en otras enfermedades crónicas, el tratamiento más efectivo del tabaquismo requiere del uso de múltiples modalidades clínicas. Las medicaciones son un elemento vital de un abordaje multicomponente. El profesional sanitario debe animar a todos los pacientes que inician un intento de abandono a que usen un fármaco eficaz o una combinación de varios fármacos eficaces, aunque el empleo de medicación puede no ser apropiado en algunos grupos de pacientes (p. ej., pacientes con contraindicaciones médicas, pacientes que fuman menos de 10 cigarrillos por día, mujeres embarazadas/lactantes, consumidores de tabaco sin humo y fumadores adolescentes). El Panel de la Guía identificó siete medicaciones de primera elección (autorizadas por la FDA) (bupropión SR, chicle de nicotina, inhalador de nicotina, pastilla de nicotina, spray nasal de nicotina, parches de nicotina y vareniclina) y dos medicaciones de segunda elección (no aprobadas por la FDA para el tratamiento del tabaquismo) (clonidina y nortriptilina) como fármacos eficaces para el tratamiento del tabaquismo. Se ha encontrado que todas ellas incrementan significativamente las tasas de abstinencia del tabaco a largo plazo. Estos resultados son coherentes con otras revisiones independientes<sup>158, 297-300</sup>. Ningún otro tratamiento farmacológico ha recibido el respaldo de los datos científicos disponibles. En esta actualización el Panel realizó un metanálisis exhaustivo de las medicaciones que complementa al metanálisis exhaustivo de las intervenciones psicosociales que se realizó para la Guía de 2000. Para este metanálisis se incluyeron todos los ensayos de medicación con al menos dos estudios de una medicación concreta, con dosis y duraciones apropiadas. Este metanálisis exhaustivo de medicación incluye la comparación de medicaciones concretas con controles con placebo y con otras medicaciones activas (tabla 6.26) y hace mayor uso de toda la información de los estudios disponibles. Se debe señalar también que, aunque todos estos estudios se publicaron en revistas científicas con revisión externa, varios estudios fueron patrocinados por la industria farmacéutica.

El metanálisis de medicación incluyó predominantemente estudios con poblaciones “autoseleccionadas” (véase Capítulo 1, Visión general y métodos). Además, en los estudios de medicación tanto los pacientes que recibieron el tratamiento experimental como los controles recibieron, por regla general, un asesoramiento importante. Estos dos factores tienden a producir índices de abstinencia mayores que los que generalmente se observan en los que abandonan el tabaco por sí mismos.

Antes del análisis se realizó cribado y clasificación de los estudios seleccionados inicialmente para el metanálisis exhaustivo de medicaciones. El cribado permitió eliminar medicaciones para las cuales había demasiados pocos estudios aceptables para el metanálisis (p. ej., pastillas de nicotina, selegilina) y se eliminaron los grupos de los estudios en los que había factores de confusión (p. ej., dos condiciones de medicación diferentes que tenían diferentes intensidades de asesoramiento complementario). Se tomaron decisiones sobre los valores de corte de duración del tratamiento y dosificación para que fueran compatibles con la información de la ficha técnica y los datos de eficacia (p. ej., datos previos indicaron la equivalencia clínica aproximada de ciertas dosis). Por lo tanto, aunque se intentó alcanzar cierta uniformidad en las diversas medicaciones, las decisiones sobre las dosis y la duración necesariamente se tomaron para cada medicación de forma individual. Es importante señalar que algunos tipos de medicación y algunas recomendaciones sobre la medicación no se ajustan a las recomendaciones de los fabricantes (p. ej., el uso de parches de nicotina a dosis >25 mg por día). La tabla 6.25 muestra los criterios de dosificación y duración para las clasificaciones de fármacos de duración estándar, a largo plazo y a dosis altas. En el caso de las combinaciones de medicaciones, las combinaciones típicamente incluyen dos regímenes de medicaciones con una duración estándar. Sin embargo, en una combinación se asoció la TSN a demanda (chicle o spray) con el empleo de parches de nicotina a largo plazo (“parche a largo plazo + TSN a demanda”). Se agruparon diferentes medicaciones en una sola categoría de uso (p. ej., agrupación del chicle y el spray de nicotina dentro de la situación de “TSN a demanda a largo plazo”) cuando la agrupación fue significativa desde los puntos de vista clínico y conceptual y cuando esto permitió usar mejor los datos de investigación disponibles. Se realizaron análisis para los resultados a los 6 y 12 meses, y los resultados a los 12 meses fueron muy similares a los resultados a los 6 meses que se muestran en la tabla 6.26

**Tabla 6.25. Reglas de codificación para la dosis y la duración de la medicación**

<b>Medicación</b>	<b>Codificación</b>	<b>Significado</b>
<b>Parche de nicotina</b>	Duración habitual	6-14 semanas
	Larga duración	Más de 14 semanas
	Dosis habitual/día	15 mg/16 horas/día 21 mg/24 horas/día
	Dosis altas	>25 mg/día
<b>Chicle de nicotina</b>	Duración habitual	6-14 semanas
	Larga duración	Más de 14 semanas
<b>Inhalador y spray nasal de nicotina</b>	Duración habitual	Hasta 6 meses
	Larga duración	> 6 meses
<b>Bupropión SR</b>	Duración habitual	Hasta 14 semanas
	Dosis habitual/día	150 mg una o dos veces al día
<b>Vareniclina</b>	Duración habitual	Hasta 14 semanas
	Dosis habitual/día	1 mg una o dos veces al día (analizados por separado)

**Recomendaciones sobre medicaciones individuales: medicaciones de primera elección**

Medicaciones de primera elección son las que son seguras y eficaces para el tratamiento del tabaquismo y han sido aprobadas por la FDA para este uso, excepto si hay contraindicaciones y en poblaciones específicas para las cuales no hay datos de eficacia suficientes (p. ej., embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes). Estas medicaciones de primera elección tienen un registro empírico establecido de eficacia, y los profesionales sanitarios deben plantearse primero estos fármacos cuando elijan una medicación. Para la actualización de 2008 las medicaciones de primera elección se presentan en la tabla 6.26 por la magnitud de la razón de posibilidades, y en el texto por orden alfabético del nombre genérico.

**Tabla 6.26. Metanálisis (2008): Eficacia y tasas de abstinencia de varias medicaciones y combinaciones de medicaciones en comparación con el placebo 6 meses después del abandono (n=83 estudios)**

Medicación	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC del 95%)
Placebo	80	1,0	13,8
<b>MONOTERAPIAS</b>			
Vareniclina (2g/día)	5	3,1 (2,5-3,8)	33,2 (28,9-37,8)
Spray nasal de nicotina	4	2,3 (1,7-3,0)	26,7 (21,5-32,7)
Parche de nicotina a dosis altas (>25 mg) (duración estándar y larga duración)	4	2,3 (1,7-3,0)	26,5 (21,3-32,5)
Chicle de nicotina a largo plazo (>14 semanas)	6	2,2 (1,5-3,2)	26,1 (19,7-33,6)
Vareniclina 1 mg/día	3	2,1 (1,5-3,0)	25,4 (19,6-32,2)
Inhalador de nicotina	6	2,1 (1,5-2,9)	24,8 (19,1-31,6)
Clonidina	3	2,1 (1,2-3,7)	25,0 (15,7-37,3)
Bupropión SR	26	2,0 (1,8-2,2)	24,2 (22,2-26,4)
Parche de nicotina (6-14 semanas)	32	1,9 (1,7-2,2)	23,4 (21,3-25,8)
Parche de nicotina largo plazo (>14 semanas)	10	1,9 (1,7-2,3)	23,7 (21,0-26,6)
Nortriptilina	5	1,8 (1,3-2,6)	22,5 (16,8-29,4)
Chicle de nicotina (6-14 semanas)	15	1,5 (1,2-1,7)	19,0 (16,5-21,9)
<b>TERAPIAS COMBINADAS</b>			
Parche (largo plazo; >14 semanas) + TSN (chicle o spray) a demanda)	3	3,6 (2,5-5,2)	36,5 (28,6-45,3)
Parche + bupropión SR	3	2,5 (1,9-3,4)	28,9 (23,5-35,1)
Parche + nortriptilina	2	2,3 (1,3-4,2)	27,3 (17,2-40,4)

Parche + inhalador de nicotina	2	2,2 (1,3-3,6)	25,8 (17,4-36,5)
Parche + antidepresivos de segunda generación (paroxetina, venlafaxina)	3	2,0 (1,2-3,4)	24,3 (16,1-35,0)
Medicaciones que no han sido eficaces			
Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)	3	1,0 (0,7-1,4)	13,7 (10,2-18,0)
Naltrexona	2	0,5 (0,2-1,2)	7,3 (3,1-16,2)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos usados en este metanálisis

### **Bupropión SR (liberación sostenida)**

**Recomendación: Bupropión SR es un tratamiento eficaz para dejar de fumar y se debe animar a los pacientes a que lo usen. (Nivel de evidencia = A)**

El bupropión SR fue la primera medicación no nicotínica que fue eficaz para dejar de fumar, y fue aprobado por la FDA para ese uso en 1997. Los posibles mecanismos de acción incluyen el bloqueo de la recaptación neuronal de dopamina y noradrenalina y el bloqueo de receptores acetilcolinérgicos nicotínicos. Está contraindicado en pacientes con trastorno convulsivo, diagnóstico previo o actual de bulimia o anorexia nerviosa, uso de inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) en los 14 días previos y pacientes que tomen otra medicación que contenga bupropión. El bupropión SR está disponible exclusivamente con receta médica de prescripción y se puede usar combinado con terapia sustitutiva con nicotina. En la tabla 3.3 se presentan propuestas sobre el uso clínico del bupropión SR.

Veinticuatro estudios generaron los 26 grupos que sirvieron como base para estimar el efecto del bupropión SR. La dosis de bupropión SR fue de 150 mg para 3 grupos de estudio, y 300 mg para los otros 22 grupos (un estudio no describió la dosis). Como muestra la tabla 6.26, el bupropión SR aumenta aproximadamente al doble la probabilidad de abstinencia tabáquica a largo plazo (>5 meses) en comparación con el placebo. Estos resultados son coherentes con otras revisiones independientes<sup>299</sup>.

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

Las medicaciones de terapia sustitutiva con nicotina (TSN) liberan nicotina con la finalidad de remplazar, al menos parcialmente, la nicotina que se obtiene de los cigarrillos y reducir la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínica.

### **Chicle de nicotina**

**Recomendación: El chicle de nicotina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar y se debe animar a los pacientes a que lo utilicen.**

**(Nivel de evidencia = A)**

**Recomendación: Los profesionales sanitarios deben ofrecer chicles de nicotina de 4 mg, no de 2 mg, a los fumadores muy dependientes**

**(Nivel de evidencia = B)**

El chicle de nicotina está disponible actualmente exclusivamente como medicación de venta sin receta y está empaquetado con instrucciones importantes sobre su uso correcto, incluyendo cómo masticarlo (véase en la tabla 3.4 información respecto al uso clínico del chicle de nicotina). Nueve estudios generaron los 15 grupos de estudio que sirvieron como base para estimar el efecto del chicle de nicotina. Además, otros cuatro estudios generaron los seis grupos que sirvieron como base para la estimación de los efectos del uso a largo plazo del chicle (uso dirigido más allá de 14 semanas). Dos grupos usaron chicle durante 52 semanas, y los otros cuatro grupos usaron chicle durante 24-26 semanas. La tabla 6.26 revela que la duración estándar y el uso a largo plazo del chicle de nicotina incrementaron la posibilidad de abstinencia a largo plazo en un 50% en comparación con el tratamiento con un placebo. Estos resultados son coherentes con otras revisiones independientes<sup>300</sup>.



## **Inhalador de nicotina**

**Recomendación: El inhalador de nicotina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar y se debe animar a los pacientes a que lo utilicen.**

**(Nivel de evidencia = A)**

El inhalador de nicotina actualmente está disponible exclusivamente como medicación de venta con receta. El inhalador de nicotina no es un verdadero inhalador pulmonar, sino que deposita la nicotina en la orofaringe, desde donde se absorbe a través de mucosa. Véase en la tabla 3.5 información respecto al uso clínico del inhalador de nicotina. Seis estudios generaron los seis grupos que sirvieron como base para estimar el efecto del inhalador de nicotina. Como muestra la tabla 6.26, aumenta a aproximadamente el doble la probabilidad de abstinencia de tabaco a largo plazo en comparación con el tratamiento con un placebo. Estos resultados son coherentes con otras revisiones independientes<sup>300</sup>.

## **Pastilla de nicotina**

**Recomendación: La pastilla de nicotina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar y se debe animar a los pacientes a que la utilicen.**

**(Nivel de evidencia = B)**

La pastilla de nicotina está disponible exclusivamente como medicación de venta sin receta y está empaquetada con instrucciones importantes para su uso correcto (véase tabla 3.6). Sólo se disponía de un ensayo aleatorizado y controlado de la pastilla de nicotina para la revisión<sup>301</sup>. Por lo tanto, no se incluyó la pastilla de nicotina en el metanálisis exhaustivo (tabla 6.26). En este estudio de más de 1800 fumadores se encontró que las pastillas de 2 mg para fumadores con dependencia baja (fuman el primer cigarrillo 30 minutos o más después de despertarse) aumenta a aproximadamente el doble, y la pastilla de 4 mg para fumadores muy dependientes (fuman el primer cigarrillo en los 30 minutos siguientes a despertarse) aumenta a aproximadamente el triple, la probabilidad de abstinencia 6 meses después del abandono en comparación con el tratamiento con un placebo. Véanse en la tabla 6.27 los resultados de este estudio. Estos resultados son coherentes con otras revisiones independientes<sup>300</sup>.

**Tabla 6.27. Eficacia de la pastilla de nicotina: resultados del único ensayo aleatorizado y controlado**

Dosis de pastilla	n para tratamiento activo/n para placebo	Razón de posibilidades (IC del 95%)	Índice de abstinencia continua a los 6 meses (activo/placebo)
2 mg	459/458	2,0 (1,4-2,8)	24,2/14,4
4 mg	450/451	2,8 (1,9-4,0)	23,6/10,2

**Spray nasal de nicotina**

**Recomendación: El spray nasal de nicotina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar y se debe animar a los pacientes a que lo utilicen (Nivel de evidencia = A)**

El spray nasal de nicotina actualmente está disponible exclusivamente como medicación de venta con receta. Véase en la tabla 3.7 información respecto al uso clínico del spray nasal de nicotina. Cuatro estudios generaron los cuatro grupos de estudio que sirvieron como base para estimar el efecto del spray nasal de nicotina. Como muestra la tabla 6.26, el spray nasal de nicotina aumenta a más del doble la probabilidad de abstinencia del tabaco a largo plazo en comparación con el tratamiento con un placebo.

**Parche de nicotina**

**Recomendación: El parche de nicotina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar y se debe animar a los pacientes a que lo utilicen (Nivel de evidencia = A)**

Los parches de nicotina actualmente están disponibles como medicación de venta sin receta y como medicación de venta con receta. El conocimiento de esta opción de prescripción es importante para los planes de las aseguradoras privadas que incluyen la cobertura sólo de las medicaciones de venta con receta. En la tabla 3.8 se presenta información sobre el uso clínico de los parches de nicotina.

Veinticinco estudios generaron los 32 grupos de estudio que sirvieron como base

para estimar el efecto del parche de nicotina. En esos 32 grupos, la dosis máxima usada fue 14-15 mg en 6 grupos de estudio y 21-25 mg en 25 grupos (un estudio no describió la dosis). Como muestra la tabla 6.26, el parche de nicotina casi dobló la probabilidad de abstinencia a largo plazo en comparación con el tratamiento con un placebo. Estos resultados son coherentes con otras revisiones independientes<sup>300</sup>.

El metanálisis también analizó la eficacia de la terapia con parches de nicotina a largo plazo y a altas dosis. Como se señala en la tabla 6.25, se codificó la terapia con altas dosis cuando la mayor dosis usada superó los 25 mg. Esto a menudo se consiguió usando dos parches al día como pauta posológica. Cuatro estudios generaron cuatro grupos de estudio analizables con dosis máximas de parche de 30 mg (2 grupos), 35 mg (1 grupo) y 42 mg (1 grupo). En algunos de estos grupos de dosis altas el parche se utilizó con una duración estándar (14 semanas o menos), aunque en otros grupos la duración del parche superó las 14 semanas.

La tabla 6.26 muestra que se codificó como terapia con parches a largo plazo cuando la duración del uso del parche superó las 14 semanas. Todos los estudios de parches a largo plazo usaron regímenes con dosis de parches estándar (15-25 mg). Ocho estudios generaron diez grupos de estudio que sirvieron como base para estimar el efecto de la terapia con parches a largo plazo. La tabla 6.26 muestra que la terapia a largo plazo y la terapia con parches a dosis altas aumentan a aproximadamente el doble la probabilidad de que un fumador alcance la abstinencia a largo plazo respecto al tratamiento con un placebo. Así, ni la terapia con parches a dosis altas ni a largo plazo pareció producir beneficios superiores a la terapia con parches de duración (6-14 semanas) y dosis (14-25) estándar.

Un análisis de la tendencia temporal de los estudios de parches de nicotina basados en datos del metanálisis actual no reveló ningún cambio significativo en la eficacia del parche de nicotina durante, aproximadamente, los 15 años que ha estado disponible.

## **Vareniclina**

**Recomendación: La vareniclina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar y se debe animar a los pacientes a que la utilicen. (Nivel de evidencia = A).**

La vareniclina es una medicación no nicotínica que fue aprobada por la FDA para el tratamiento del tabaquismo en 2006. Su mecanismo de acción probablemente

se deba a sus efectos como agonista parcial y antagonista del receptor nicotínico. Se tolera bien en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, una publicación reciente describió dos casos de exacerbaciones de enfermedades psiquiátricas existentes, esquizofrenia y enfermedad bipolar, en pacientes que tomaron vareniclina<sup>302, 303</sup>. Por el contrario, un estudio reciente de abandono del tabaco usando vareniclina incluyó a fumadores con enfermedades mentales (depresión, trastorno bipolar y/o psicosis) y no encontró datos de que la vareniclina empeorara la enfermedad mental de los pacientes<sup>304</sup>. Se debe destacar que la FDA señaló que no se incluyeron pacientes con enfermedades psiquiátricas en los estudios realizados para la aprobación de esta medicación.

En febrero de 2008 la FDA añadió una advertencia con respecto al uso de vareniclina. Específicamente, señaló que se había notificado estado de ánimo deprimido, agitación, cambios de conducta, ideación suicida y suicidio en pacientes que intentaban dejar de fumar mientras usaban vareniclina. La FDA recomienda (1) que los pacientes informen al profesional sanitario de cualquier antecedente de enfermedad psiquiátrica antes de empezar a tomar esta medicación, y (2) que los profesionales sanitarios supervisen a los pacientes para detectar cambios del estado de ánimo y de conducta cuando prescriban esta medicación. A la vista de estas recomendaciones de la FDA, los profesionales sanitarios deben plantearse obtener información de los antecedentes psiquiátricos de sus pacientes.

Como la vareniclina se elimina casi sin cambios en la orina, se debe usar con precaución en pacientes con disfunción renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml por minuto). La vareniclina está disponible exclusivamente como medicación de venta con receta y no se recomienda su uso en combinación con TSN debido a sus propiedades de antagonista nicotínico. Una revisión reciente<sup>297</sup> encontró que vareniclina incrementó la posibilidad de abandono respecto al bupropión SR con un perfil mínimo a moderado de efectos adversos. En la Tabla 3.9 se presentan sugerencias sobre el uso clínico de vareniclina.

La recomendación posológica de la FDA para la vareniclina es de un total de 2 mg por día (1 mg dos veces al día). Sin embargo, hay datos de que una dosis de 1 mg por día también es eficaz<sup>305</sup>. Por lo tanto, la eficacia de ambas dosis se analizó en el metanálisis exhaustivo. Cuatro estudios generaron 5 grupos de estudio que sirvieron como base para estimar el efecto de 2 mg de vareniclina. Dos estudios generaron los tres grupos del estudio que sirvieron como base para estimar el efecto de 1 mg de vareniclina. Como muestra la tabla 6.26, la dosis diaria total de 1 mg

de vareniclina aumenta a aproximadamente el doble, y la dosis total diaria de 2 mg de vareniclina aumenta al triple, la probabilidad de que un fumador mantenga la abstinencia a largo plazo del tabaco en comparación con el tratamiento con un placebo. Esto sugiere que la dosis de 1 mg por día es una alternativa viable a la dosis de 2 mg por día si el paciente tiene efectos adversos relacionados con la dosis.

Se ha indicado que la vareniclina se tolera bien en períodos de hasta 1 año<sup>306</sup>, y que el tratamiento prolongado puede ser útil para reducir la probabilidad de recaída<sup>307</sup>. Sin embargo, son necesarias más investigaciones para evaluar la vareniclina para la prevención de recaídas, sus efectos a largo plazo y su eficacia en poblaciones específicas.

### **Interacciones medicamentosas de las medicaciones de primera línea contra el tabaquismo**

El objetivo del tratamiento del tabaquismo es la abstinencia de los productos del tabaco. Para alcanzar este objetivo se deben conocer los efectos metabólicos de la abstinencia del tabaco con respecto a los posibles cambios de la homeostasis que se producen en respuesta al abandono y, finalmente, la eliminación de nicotina del cuerpo. Esto es particularmente importante para fumadores que reciben otras medicaciones para el tratamiento de enfermedades crónicas porque están esencialmente en una condición de homeostasis metabólica, y el ajuste de las medicaciones de su enfermedad crónica puede haber estado influido por su tabaquismo.

Los hidrocarburos aromáticos policíclicos del humo del tabaco son inductores metabólicos de algunas isoformas del citocromo P450 hepático<sup>308</sup>. Por ello, cuando los fumadores abandonan el tabaco y el sistema P450 vuelve a su nivel basal de funcionamiento, la concentración de los fármacos metabolizados por estas isoformas específicas del CYP puede incrementar. En consecuencia, los fumadores que dejan de fumar pueden tener efectos secundarios por tener concentraciones supratrapéuticas de cafeína, teofilina, fluvoxamina, olanzapina y clozapina. Esto puede tener consecuencias graves para fármacos como clozapina, que se asocia a agranulocitosis<sup>309</sup>. Aunque la nicotina es metabolizada por el CYP2A6, no parece inducir, de modo clínicamente significativo, las enzimas del CYP. Así, cuando un fumador ha cambiado de cigarrillos a un producto sustitutivo de nicotina, los cambios del metabolismo de los fármacos son similares a los que se ven cuando deja de fumar sin TSN.

La nicotina produce activación simpática, que puede reducir los efectos sedantes de las benzodiazepinas, y los efectos vasoconstrictores de la nicotina pueden disminuir la absorción subcutánea de la insulina. La nicotina también puede atenuar la capacidad de los betabloqueantes de reducir la tensión arterial y la frecuencia cardíaca y puede disminuir la analgesia opioide. Cuando se retiran los productos sustitutivos de nicotina, pueden ser necesarios ajustes de estos tipos de medicaciones.

El metabolismo del bupropión está mediado principalmente por CYP2B6. Tres tipos de fármacos podrían tener interacciones clínicamente significativas con bupropión: fármacos que afectan a CYP2B6, fármacos metabolizados por CYP2D6, e inductores/inhibidores enzimáticos<sup>310</sup>. Los fármacos que afectan al metabolismo de CYP2B6, como ciclofosfamida y orfenadrina, podrían alterar el metabolismo del bupropión. El bupropión y sus metabolitos inhiben a CYP2D6<sup>311, 312</sup> y podrían afectar a los fármacos metabolizados por esta enzima (p. ej., antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, antiarrítmicos de la clase 1C y algunos betabloqueantes). Debido al amplio metabolismo del bupropión, los inductores (p. ej., carbamazepina, fenobarbital y fenitoína) y los inhibidores (p. ej., valproato, cimetidina) enzimáticos pueden alterar su concentración plasmática. El bupropión puede reducir el umbral convulsivo. Se debe usar con precaución con medicaciones que también pueden reducir el umbral convulsivo<sup>310, 313</sup>. Específicamente, está contraindicado el uso de bupropión en los 14 días siguientes a la interrupción del tratamiento con cualquier inhibidor de la MAO.

La vareniclina se elimina sin cambios mediante excreción renal, por lo que se cree que no tiene efectos metabólicos. La cimetidina inhibe la excreción renal de vareniclina, aunque la magnitud de esta interacción es pequeña. No se conocen interacciones medicamentosas significativas<sup>314</sup>.

### **Recomendaciones respecto a las medicaciones de segunda línea**

Las medicaciones de segunda elección son medicaciones para las cuales hay datos de eficacia para tratamiento del tabaquismo, pero tienen un papel más limitado que las medicaciones de primera elección porque: (1) la FDA no ha aprobado su uso para tratamiento del tabaquismo, y (2) hay más preocupaciones sobre los posibles efectos adversos que con las medicaciones de primera elección. Se debe plantear el uso de medicaciones de segunda elección en base a un estudio individualizado del paciente después de que las medicaciones de primera elección (solas

o en combinación) no hayan sido eficaces, o si están contraindicadas. El listado de las medicaciones de segunda elección es alfabético por nombre genérico.

## **Clonidina**

**Recomendación: La clonidina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar. Se debe usar bajo la supervisión de un médico como fármaco de segunda línea para el tratamiento del tabaquismo. (Nivel de evidencia = A).**

Tres estudios generaron tres grupos de estudio analizables que sirvieron como base para estimar los efectos de la clonidina en la abstinencia a largo plazo. Todos estos estudios se realizaron antes de 1997. La tabla 6.26 muestra que el uso de clonidina aumenta a aproximadamente el doble la tasa de abstinencia cuando se compara con un placebo. La dosis de clonidina en estos estudios varió de 0,1 a 0,75 mg por día. El fármaco se administró por vía transdérmica u oral. Se debe señalar que la interrupción súbita de la clonidina puede causar síntomas como nerviosismo, agitación, cefalea y temblor, acompañado o seguido de una subida rápida de la tensión arterial y de las concentraciones de catecolaminas.

La clonidina se usa principalmente como antihipertensivo y no ha sido aprobada por la FDA para el tratamiento de tabaquismo. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben conocer las advertencias específicas con respecto a esta medicación, así como su perfil de efectos adversos. Además, no se ha establecido un régimen posológico específico de dosificación para dejar de fumar. El Panel de la Guía decidió recomendar clonidina como fármaco de segunda línea, y no de primera elección, a causa de las advertencias asociadas a la interrupción de clonidina, la variabilidad de las dosis usadas para estudiar esta medicación y la ausencia de aprobación de la FDA. Por ello, se debe plantear la clonidina para el tratamiento del tabaquismo bajo la supervisión de un médico en pacientes que no puedan usar las medicaciones de primera elección por contraindicaciones y en pacientes que fueron incapaces de dejar el tabaco usando medicaciones de primera elección. Una revisión independiente<sup>298</sup> indicó que la clonidina es eficaz para fomentar la abstinencia de tabaco, pero los efectos secundarios importantes limitan su utilidad. En la tabla 3.10 se presentan sugerencias con respecto al uso clínico de la clonidina.

## Nortriptilina

**Recomendación: La nortriptilina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar. Se debe usar bajo la supervisión de un médico como fármaco de segunda línea para el tratamiento del tabaquismo. (Nivel de evidencia = A).**

Cuatro estudios generaron los cinco grupos analizables de estudio que sirvieron como base para estimar el efecto de la nortriptilina en la abstinencia a largo plazo. La dosis de nortriptilina fue 75 mg por día (3 grupos) y 100 mg por día (2 grupos), con duraciones del tratamiento de 6 a 13 semanas en los cinco grupos.

Como muestra la tabla 6.26, la nortriptilina aumenta a casi el doble la probabilidad de que un fumador alcance la abstinencia a largo plazo de tabaco en comparación con el tratamiento con un placebo. Una revisión reciente<sup>158</sup> también indica que la nortriptilina es eficaz en el tratamiento del tabaquismo. En la tabla 3.11 se presentan sugerencias con respecto al uso clínico de la nortriptilina. La nortriptilina se usa principalmente como antidepresivo y no se ha evaluado ni aprobado por la FDA como medicación para el tratamiento del tabaquismo. Los profesionales sanitarios deben conocer las advertencias específicas con respecto a esta medicación, así como su perfil de efectos adversos. Se recomienda la nortriptilina como fármaco de segunda línea, y no de primera elección, a causa del perfil de efectos adversos y de la falta de aprobación por la FDA como tratamiento del tabaquismo. Por ello, se debe plantear la nortriptilina para el tratamiento del tabaquismo bajo la supervisión de un médico en pacientes que no puedan usar las medicaciones de primera elección por contraindicaciones y en pacientes que fueron incapaces de dejar el tabaco usando medicaciones de primera elección.

### Combinación de medicaciones

**Recomendación: Ciertas combinaciones de medicaciones de primera elección son eficaces como tratamientos del tabaquismo. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben plantearse usar estas combinaciones de medicaciones con sus pacientes que están dispuestos a dejarlo. Algunas combinaciones de medicaciones eficaces son:**

- Parches de nicotina a largo plazo (> 14 semanas) + otra forma de TSN (chicle y spray)
- Parche de nicotina + inhalador de nicotina
- Parche de nicotina + bupropión SR (Nivel de evidencia = A).



El número y la variedad de los artículos analizables fueron suficientes para evaluar la eficacia de cinco combinaciones de medicaciones respecto al placebo. Sólo la combinación de parche + bupropión ha sido aprobada por la FDA para dejar de fumar.

### **Parche de nicotina + bupropión SR**

Tres estudios generaron tres grupos de estudios analizables que sirvieron como base para estimar el efecto de los parches de nicotina + bupropión SR en la abstinencia a largo plazo. Los parches y el bupropión se utilizaron a las dosis y con la duración estándar (véase tabla 6.25).

### **■ Parche de nicotina + inhalador de nicotina.**

Dos estudios generaron dos grupos que sirvieron como base para estimar el efecto del parche de nicotina + el inhalador de nicotina. El parche de nicotina de 15 mg se utilizó en ambos estudios, con la duración del tratamiento habitual. La duración controlada de utilización del inhalador fue 12 semanas en un grupo y 26 semanas en el otro.

### **■ Utilización del parche de nicotina a largo plazo + TSN a demanda**

Tres estudios produjeron tres grupos de estudio analizables que sirvieron como base para estimar el efecto de la utilización del parche de nicotina a largo plazo + utilización a demanda de TSN. Todos los grupos incluyeron tratamiento con parches de nicotina que superaron las 14 semanas, con duraciones que variaron de 18 a 24 semanas. La condición de TSN a demanda incluyó chicles de nicotina en 2 grupos y spray nasal de nicotina en uno. Los dos grupos de chicles utilizaron la dosis de 2 mg, con utilización controlada durante 26 semanas en un grupo y 52 semanas en el otro grupo. El tercer grupo incluyó un spray nasal de nicotina con uso controlado durante 52 semanas.

### **■ Parche de nicotina + Nortriptilina**

Dos estudios produjeron tres grupos analizables que sirvieron como base para la estimación de los efectos del parche de nicotina + nortriptilina. El parche de ni-

cotina de 21 mg fue la dosis más alta de los parches en todos los grupos de estudio, y la dosis de nortriptilina fue de 75 mg al día en un grupo y 100 mg al día en el otro grupo. Se utilizaron ambas medicaciones durante los períodos habituales (8-14 semanas).

### ■ **Parche de nicotina y antidepresivos de segunda generación.**

Tres estudios produjeron tres grupos analizables que sirvieron de base para la estimación de los efectos de los antidepresivos de segunda generación + el parche de nicotina. La utilización de antidepresivos incluyó el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina paroxetina (20 mg al día durante 9 semanas en 2 grupos) y el antidepresivo atípico venlafaxina (22 mg al día durante 21 semanas). El parche de 21 o 22 mg fue el parche de mayor dosis, y la duración del tratamiento con parches fue de 6 u 8 semanas.

### ■ **Efectividad de las combinaciones de medicamentos**

La tabla 6.26 refleja los resultados del metanálisis que describen los datos de efectividad de cinco combinaciones de medicamentos. Los datos revelan que el parche de nicotina + bupropión SR, el parche de nicotina + inhalador, el parche de nicotina a largo plazo + TSN a demanda, el parche de nicotina + nortriptilina y el parche de nicotina + antidepresivos de segunda generación aumentan significativamente la probabilidad de que un fumador mantenga la abstinencia en relación con el tratamiento con un placebo. Un metanálisis que utilizó las tasas de abstinencia a los 12 meses obtuvo resultados similares. Las tres primeras combinaciones de medicamentos incluyeron sólo medicaciones de primera elección, y por lo tanto se recomienda su uso como tratamientos de primera elección.

Las decisiones sobre la utilización de una combinación de medicamentos pueden basarse en consideraciones distintas a la abstinencia. Por ejemplo, se ha encontrado que una combinación de medicamentos puede producir una mayor supresión de los síntomas de abstinencia que la utilización de una única medicación<sup>148,315,316</sup>. La preferencia de los pacientes puede ser importante, ya que algunas combinaciones de medicamentos pueden producir más efectos secundarios y costar más que las medicaciones individuales<sup>315,317,318</sup>.

### ***Efectividad relativa de los medicamentos.***

La información sobre la efectividad relativa de las medicaciones puede ayudar al profesional sanitario y al paciente a seleccionar una intervención medicamentosa adecuada. Para ello se compararon las características de todos los medicamentos de la tabla 6.26 con el parche de nicotina. Se escogió el parche de nicotina como elemento de comparación porque había más grupos de estudio disponibles para este elemento que para cualquier otro, y porque este elemento tenía una eficacia moderada en relación con otras condiciones (véase la tabla 6.26; RP= 1,9). No se realizaron comparaciones entre todos los tratamientos debido a la preocupación sobre los errores de tipo I por pruebas múltiples. Además, se utilizó un ajuste de Hochberg<sup>319</sup> conservador al nivel de alfa de forma que se encontrara que eran significativamente diferentes solamente los tratamientos que tuvieran una efectividad sustancialmente distinta. Se debe valorar que estas comparaciones de las diferentes medicaciones son indicativas y no definitivas. Por ejemplo, los estudios sobre un tipo de medicación pueden diferir de los estudios que evalúan otra medicación en numerosos factores como año de publicación, tipo de población y novedad de la medicación. Es posible que estas diferencias pudieran haber afectado a la magnitud relativa de la razón de posibilidades obtenida para las distintas medicaciones. Los estudios existentes que realizan comparaciones directas de medicaciones (que se incluyeron en este metanálisis) son una fuente adicional de información sobre esta cuestión.

Las pruebas a posteriori indicaron que tres elementos de tratamiento tuvieron una efectividad estadísticamente diferente a la del parche de nicotina cuando se utiliza a dosis estándar y con la duración habitual. La dosis de 2 mg al día de vareniclina y la combinación del parche durante un período largo de tiempo con TSN a demanda (chicle o spray) se asociaban a una probabilidad significativamente mayor de abstinencia a largo plazo que el parche de forma aislada (véase tabla 6.28). Dos tratamientos se asociaron a menor probabilidad de abstinencia a largo plazo: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y naltrexona. Los análisis de la tabla 6.28 representan las cifras de abstinencia a los seis meses. Se extrajeron conclusiones similares en un metanálisis de cifras de abstinencia a los 12 meses.

**Tabla 6.28. Metanálisis (2008): Efectividad y tasas de abstinencia de las medicaciones en relación al parche de nicotina (n=83 estudios)<sup>a</sup>**

Medicación	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)
Parche de nicotina (Grupo de referencia)	32	1,0
<b>Monoterapias</b>		
Vareniclina (2 mg/día)	5	1,6 (1,3-2,0)
Spray nasal de nicotina	4	1,2 (0,9-1,6)
Parche de nicotina a dosis altas (>25 mg; duración normal o a largo plazo)	4	1,2 (0,9-1,6)
Chicle de nicotina a largo plazo (>14 semanas)	6	1,2 (0,8-1,7)
Vareniclina (1 mg/día)	3	1,1 (0,8-1,6)
Inhalador de nicotina	6	1,1 (0,8-1,5)
Clonidina	3	1,1 (0,6-2,0)
Bupropión SR	26	1,0 (0,9-1,2)
Parche de nicotina a largo plazo (>14 semanas)	10	1,0 (0,9-1,2)
Nortriptilina	5	0,9 (0,6-1,4)
Chicle de nicotina	15	0,8 (0,6-1,0)
<b>Terapias combinadas</b>		
Parche (largo plazo; > 14 semanas) + TSN (chicle o spray)	3	1,9 (1,3-2,7)
Parche + bupropión SR	3	1,3 (1,0-1,8)

Parche + nortriptilina	2	0,9 (0,6-1,4)
Parche + inhalador	2	1,1 (0,7-1,9)
Antidepresivos de segunda generación y parche	3	1,0 (0,6-1,7)
<b>Medicaciones que no han sido efectivas</b>		
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	3	0,5 (0,4-0,7)
Naltrexona	2	0,3 (0,1-0,6)

<sup>a</sup>Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

### ■ Utilización de TSN antes del abandono

Estudios recientes han investigado la utilización de TSN antes de un intento de abandono. Algunos de estos estudios incluyeron a fumadores que estaban planeando dejarlo, y otros incluyeron a fumadores que no deseaban dejarlo pero deseaban reducir su tabaquismo. La utilización de TSN mientras se fuma está en contradicción con los prospectos de los envases de la TSN. La existencia de múltiples estudios sobre esta estrategia terapéutica antes del abandono llevó al Panel a revisar este tema como parte de la actualización de esta Guía. Los resultados de esta revisión (véase más adelante) sugieren que la TSN antes del abandono puede aumentar de forma efectiva las tasas de abstinencia, pero el Panel decidió no recomendar esta intervención (véase más adelante). Si esta estrategia se utiliza en la práctica clínica, se debe aconsejar a los pacientes que suspendan la TSN si aparecen síntomas de toxicidad nicotínica (p. ej., náuseas, vómitos, mareos).

**Utilización de TSN antes del abandono en pacientes que hacen un intento de abandono.** Dos estudios controlados y aleatorizados examinaron el efecto del inicio de la utilización de TSN antes de un intento de abandono en pacientes que hacen un intento de abandono. Un estudio examinó el uso de parches de nicotina, con el fármaco activo o con un placebo, 2 semanas antes de la fecha de abandono, después de la cual todos los participantes recibieron parches activos durante 12 se-

manas tras la fecha de abandono<sup>320</sup>. Los resultados no revelaron diferencias en cuanto a efectos adversos, y los fumadores que habían recibido los parches activos durante el período previo al abandono tuvieron mayor probabilidad de permanecer abstinentes a los seis meses después de la fecha de abandono. En un segundo estudio, Rose et al.<sup>321</sup> encontraron que la utilización del parche antes del día del abandono aumentó de forma significativa la tasa de abstinencia a las 4 semanas del abandono, pero no a los 6 meses.

Finalmente, un pequeño estudio piloto encontró que la utilización del parche antes de la fecha de abandono fue bien tolerada por los fumadores que querían dejarlo.<sup>322</sup> Dados los datos limitados sobre esta estrategia, el Panel declinó recomendar la utilización de TSN antes de la fecha de abandono entre los pacientes que hacen intentos de abandono. No obstante este tema justifica una mayor investigación.

**Utilización de TSN en los pacientes que no desean realizar un intento de abandono en estos momentos.** Se ha examinado la utilización de TSN en pacientes que no desean en la actualidad hacer un intento de abandono pero que afirman que desean reducir su tabaquismo. En general estos estudios encontraron que la TSN usada de esta forma aumentaba la probabilidad de que los fumadores hicieran un intento de abandono y tuvieran éxito en dejarlo. Había estudios suficientes para realizar un metanálisis de este tema para la actualización de la guía clínica. Cinco estudios generaron cinco grupos que cumplieron los criterios para el análisis del efecto de la TSN comparada con el placebo en fumadores que no deseaban dejarlo (pero que deseaban reducir el número de cigarrillos fumados y utilizar una medicación sustitutiva con nicotina). Como muestra la tabla 6.29, la utilización de TSN aumentó a más del doble la probabilidad de que un fumador estuviera abstinentes a los 12 meses, a pesar de que el fumador no deseara realizar un intento de abandono en el momento de la valoración inicial. Los productos sustitutivos de nicotina en estos estudios incluyeron chicles de nicotina (2 o 4 mg durante 6-12 meses), inhalador de nicotina (10 mg. durante 6-24 meses), parche de nicotina (parche de 16 h de 15 mg hasta 6 meses) o una combinación de estas medicaciones.

Debido a los estrictos criterios de inclusión de los participantes y otros aspectos de esta investigación, no está claro que los resultados anteriores sean relevantes para la población más general de fumadores que no desean dejarlo. Por ejemplo, a la mayoría de los pacientes de los estudios incluidos en el análisis de la tabla 6.29

no se les ofreció una intervención para el abandono antes del inicio del estudio. Es posible que algunos de los participantes hubieran optado por un tratamiento de abandono gratuito si se les hubiera ofrecido. Además, en algunos casos el material para la inclusión puede haber dejado claro que el tratamiento estaba disponible sólo para quienes no tenían interés en dejarlo. No está claro cómo afectó a la muestra esta contingencia percibida. Además, no está claro si los resultados habrían sido ciertos sólo para los fumadores interesados en reducir el tabaquismo y no para los que no estaban interesados, en general. Además, había preocupación de que si los profesionales sanitarios preguntaban de forma sistemática sobre el interés en reducir el tabaco esto podría sugerir a los fumadores que la reducción confiere beneficios para la salud, es una estrategia recomendada para las personas que intentan dejarlo o es un objetivo recomendado del tratamiento (en lugar de dejar el tabaco), y que estas percepciones podrían disminuir la proporción de fumadores que deseaban realizar un intento de abandono. Debido a estas preocupaciones, el Panel decidió no recomendar el uso de medicación como intervención estándar para los fumadores que no desean dejarlo. Un reciente análisis de la colaboración Cochrane<sup>323</sup> encontró que la TSN aumentó de manera significativa las cifras de abandono en los fumadores no motivados para dejarlo inicialmente. Los autores concluyeron, no obstante, que había datos insuficientes para recomendarlo como abordaje terapéutico estándar en esta población. El Panel cree que están justificados más estudios sobre este tema.

**Tabla 6.29. Metanálisis (2008): Efectividad y tasas de abstinencia en fumadores que no desean dejarlo (pero que desean cambiar su patrón de tabaquismo o reducir el consumo) después de recibir TSN en comparación con un placebo ( $n=5$  estudios)<sup>a</sup>**

<b>Intervención</b>	<b>Número de grupos</b>	<b>Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)</b>	<b>Tasa de abstinencia estimada (IC del 95%)</b>
Placebo	5	1,0	3,6
Aporte de nicotina (chicle, inhalador o parche)	5	2,5(1,7-3,7)	8,4 (5,9-12,0)

<sup>a</sup>Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

*Medicaciones no recomendadas por el Panel de la Guía*

■ **Antidepresivos diferentes a bupropión SR y nortriptilina**

El tabaquismo es significativamente más prevalente en personas con antecedentes de depresión, y estos pacientes tienen más dificultad para dejarlo que los fumadores sin antecedente de depresión<sup>324-328</sup>. Se ha documentado que un antidepresivo, bupropión SR, es efectivo para tratar el tabaquismo, y ha sido aprobado por la FDA para esta indicación (véase Bupropión SR [liberación sostenida], pág. 146). También se ha documentado que la nortriptilina es efectiva (véase Nortriptilina, pág. 155), aunque la FDA no ha evaluado esta medicación para el tratamiento del tabaquismo. La revisión del Panel de la literatura existente reveló un número de estudios suficiente para evaluar una clase de antidepresivos que es diferente del bupropión SR y de la nortriptilina: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

■ **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**

Dos estudios proporcionaron tres grupos analizables que sirvieron como base para estimar los efectos de los ISRS. La sertralina (200 mg al día) se usó en un grupo, y la fluoxetina (30 a 60 mg al día) en los otros dos grupos. La duración del tratamiento fue de 10 semanas en todos los grupos. Los resultados mostraron que el tratamiento con ISRS no aumentó significativamente la probabilidad de abstinencia en relación con el tratamiento con un placebo. Estos resultados concuerdan con los de otras revisiones independientes<sup>299</sup> (véase tabla 6.26).

■ **Ansiolíticos/benzodiazepinas/betabloqueantes.**

Algunos ensayos han evaluado los ansiolíticos y otros fármacos que reducen los signos somáticos o los síntomas de la ansiedad. Los primeros ensayos individuales con propranolol, un betabloqueante<sup>329</sup>, y diazepam, un ansiolítico<sup>330</sup>, no mostraron ningún efecto beneficioso de estos fármacos en comparación con las intervenciones de control. Igualmente, de los primeros estudios que valoraron el ansiolítico buspirona y que cumplieron los criterios de inclusión, sólo uno mostró datos de efectividad respecto al placebo<sup>331</sup>. Los demás estudios sobre buspirona no han re-



producido este efecto<sup>332-334</sup>. Estos resultados concuerdan con los de otras revisiones independientes<sup>333</sup>. Debido a la falta de datos no se realizaron metanálisis, y no se sacaron conclusiones sobre la efectividad de los ansiolíticos en el abandono del tabaco.

### ■ **Antagonistas de los opiáceos/naltrexona.**

Dos estudios proporcionaron los grupos de estudio analizables que sirvieron como base para estimar los efectos del antagonista opiáceo naltrexona. La tabla 6.26 revela que el tratamiento con naltrexona no aumentó la probabilidad de abstinencia en relación al tratamiento con un placebo. Estos resultados concuerdan con los de otras revisiones independientes<sup>335</sup>. Dos estudios<sup>336,337</sup> también examinaron si la naltrexona tenía un efecto aditivo a la efectividad del parche de nicotina. Estos estudios utilizaron regímenes posológicos diferentes de parches y naltrexona. El régimen posológico de los parches en un estudio no cumplió los criterios de inclusión en el metanálisis. Por lo tanto, no se sometieron estos estudios de parches + naltrexona al metanálisis. Ninguno de estos estudios encontró mejoras significativas por añadir naltrexona al parche de nicotina.

### ■ **Acetato de plata**

Debido a las limitaciones de la literatura disponible sobre el acetato de plata, este fármaco no se incluyó en el metanálisis exhaustivo. No obstante, varios ensayos clínicos aleatorizados<sup>338-340</sup> con acetato de plata no revelaron beneficio para el abandono del tabaquismo. Una revisión Cochrane concuerda con este hallazgo<sup>341</sup>.

### ■ **Mecamilamina**

En el único estudio que comparó la mecamilamina sola con un placebo no se observó efectividad<sup>342</sup>. Otro estudio antiguo comparó una combinación de mecamilamina y parche de nicotina con un placebo y encontró un efecto significativo para esta combinación<sup>343</sup>. Un estudio más reciente que comparó el parche de nicotina solo con el parche de nicotina más mecamilamina no encontró diferencias significativas<sup>344</sup>. Estos hallazgos concuerdan con los de otras revisiones independientes<sup>345</sup>. Debido a estos hallazgos, el Panel no sacó conclusiones sobre la mecamilamina en monoterapia.

## ■ Uso prolongado de medicaciones

En algunos pacientes puede ser apropiado mantener el tratamiento medicamentoso durante períodos más largos de lo que se recomienda habitualmente. Los resultados del metanálisis exhaustivo indicaron que la utilización del parche y el chicle durante períodos prolongados es eficaz. Los datos indican que la utilización de chicles durante períodos prolongados puede ser más efectiva que un ciclo más corto de tratamiento con chicle (tabla 6.26). El Lung Health Study, con casi 4.000 fumadores con datos de EPOC inicial, encontró que aproximadamente un tercio de los abstinentes de larga duración todavía utilizaba chicles de nicotina a los 12 meses<sup>346</sup>, y algunos hasta 5 años, sin efectos adversos graves<sup>347</sup>. Otros estudios también ha encontrado que en pacientes a los que se dió libre acceso a chicles de nicotina, del 15% al 20% de los que consiguieron dejar de fumar continuaba usando el chicle durante un año o más<sup>348</sup>. Por lo tanto, puede que ciertos grupos de fumadores puedan beneficiarse de usar el tratamiento medicamentoso durante períodos prolongados. Aunque se debe proponer la retirada progresiva en todos los pacientes que usan la medicación, la utilización continuada de tal medicación es claramente preferible a la vuelta al tabaquismo en relación con las consecuencias para la salud. Esto se debe a que, a diferencia del tabaquismo, estas medicaciones (a) no contienen sustancias tóxicas no nicotínicas (p. ej., alquitrán, monóxido de carbono, formaldehído, benceno), (b) no producen incrementos bruscos de la concentración sanguínea de nicotina, y (c) no producen una dependencia intensa<sup>349,350</sup>. Finalmente, se debe señalar que el tratamiento medicamentoso que produjo los mayores efectos sobre las cifras de abstinencia de los que se analizaron fue el tratamiento de larga duración con parches de nicotina + TSN a demanda (tabla 6.26).

## ■ Utilización de TSN en pacientes cardiovasculares.

Poco después de la comercialización de los parches de nicotina, los medios de comunicación informaron de un posible nexo entre el uso de esta medicación y el riesgo cardiovascular. Esta cuestión se ha estudiado sistemáticamente desde entonces. Distintos análisis han documentado la falta de asociación entre el parche de nicotina y los episodios cardiovasculares agudos<sup>351-356</sup>, incluso en pacientes que seguían fumando mientras llevaban el parche de nicotina<sup>357</sup>, aunque un estudio reciente planteó dudas respecto a la utilización de TSN en las unidades de cuidados

intensivos<sup>358</sup>. Debido a la información inexacta por los medios de comunicación en el pasado, puede ser importante informar a los pacientes que no quieren usar TSN de que no hay datos de un aumento del riesgo cardiovascular con estos medicamentos. Se debe tener en cuenta que el prospecto del envase recomienda tener precaución en pacientes con enfermedades cardiovasculares agudas (véanse tablas 3.3-3.11)

## ■ Investigación futura

Los siguientes temas farmacoterapéuticos requieren una investigación adicional:

- Efectividad relativa y seguridad de los siete medicamentos aprobados por la FDA, en general y en subpoblaciones específicas (p. ej., mujeres, adolescentes, fumadores ancianos, consumidores de tabaco sin humo, pacientes con enfermedades psiquiátricas, incluyendo trastornos por consumo de sustancias, pacientes postinfarto de miocardio) y para el tratamiento de larga duración.
- Utilización de combinaciones de medicaciones para el tabaquismo en fumadores en general y en las subpoblaciones específicas. (p. ej., fumadores muy dependientes).
- Efectividad de las medicaciones a largo plazo.
- Efectividad de la utilización de TSN previa al intento de dejarlo en el aumento de las tasas de abstinencia.
- Estrategias para tratar las frecuentes ideas erróneas sobre las medicaciones efectivas para dejar de fumar y las barreras habituales para su utilización adecuada
- Efectividad de los inhibidores la MAO, especialmente en pacientes con depresión.

*Utilización de medicaciones de venta sin receta.*

**Recomendación: El tratamiento con parches de nicotina de venta sin receta es más efectivo que el placebo, y se debe estimular su utilización. (Nivel de evidencia =B)**

No se ha identificado para la actualización de 2008 ningún estudio nuevo que haya examinado la efectividad del parche de nicotina respecto el parche de placebo en un contexto de venta sin receta. De acuerdo con la guía de 2000, había tres estudios controlados con un placebo con seis grupos que reunieron los criterios de selección para el metanálisis de las intervenciones medicamentosas en el contexto de venta sin receta. Estos tres estudios compararon específicamente el efecto del parche con el placebo. Los únicos tratamientos adicionales en estos estudios fueron un manual de autoayuda, las instrucciones contenidas en el envase y consejos escritos para la utilización del parche. Como se muestra en la tabla 6.30, la utilización del parche de nicotina en un contexto de venta sin receta aumenta a casi el doble las tasas de abstinencia en comparación con el placebo. Estos resultados concuerdan con un metanálisis reciente (2003) de parche activo frente al placebo en un contexto de venta sin receta que encontró una razón de posibilidades de 2,5 (IC del 95% = 1,8-3,6) para el parche de nicotina activo<sup>359</sup>. Un estudio que no cumplió los criterios de inclusión para el metanálisis encontró tasas bajas de abstinencia cuando el parche de nicotina se utilizó en el contexto de venta sin receta<sup>360</sup>. Se han realizado demasiados pocos estudios en el contexto de venta sin receta para poder realizar un metanálisis del efecto de venta sin receta de cualquier otra medicación. El nivel “B” de evidencia refleja la preocupación del Panel sobre la validez externa de los estudios diseñados para reflejar el contexto de venta sin receta.

La FDA ha aprobado el chicle de nicotina, las pastillas de nicotina y el parche de nicotina para su utilización sin receta. Los parches y chicles son idénticos a los que estaban disponibles previamente solo mediante prescripción. Aunque la situación de venta sin receta de estas medicaciones ha aumentado su disponibilidad y su uso<sup>361</sup>, esto no reduce la responsabilidad de los profesionales sanitarios en la participación con los fumadores o aseguradoras/organizaciones de asistencia gestionada/pagadores para cubrir los costes de dichos tratamientos. Además, la disponibilidad sin receta médica puede aumentar la capacidad de un amplio grupo de profesionales sanitarios de intervenir de forma completa cuando tratan la dependencia tabáquica.

Todos los profesionales sanitarios tienen responsabilidades específicas en relación

a estos productos, como animar a su utilización cuando sea adecuado, identificar a los pacientes con contraindicaciones específicas, proporcionar consejo y seguimiento, animar a la abstinencia total cuando se intente dejarlo, ofrecer instrucciones sobre la utilización adecuada, abordar los errores comunes de los pacientes y proporcionar recetas cuando sea necesario para asegurar el reembolso (p. ej., pacientes de asistencia pública sanitaria). Además, se debe recomendar encarecidamente a los pacientes que lean el prospecto del paquete y que consulten con su farmacéutico. Finalmente, el profesional sanitario debe aconsejar a los pacientes sobre la selección y utilización de los medicamentos, bien sean de venta sin receta o con prescripción. Ha habido debate sobre la efectividad de la TSN de venta sin receta. Por ejemplo, un estudio poblacional no encontró ningún efecto a largo plazo por la utilización del parche de nicotina de venta sin receta<sup>34</sup>. No obstante, los estudios transversales tienen problemas metodológicos (p. ej., los pacientes pueden elegir por sí mismos algunos tratamientos en función de la dependencia o la dificultad percibida para dejarlo)<sup>362</sup>.

**Tabla 6.30. Metanálisis (2000): Efectividad y tasas estimadas de abstinencia del tratamiento con parche de nicotina de venta sin receta ( $n=3$  estudios)<sup>a</sup>**

Tratamiento de venta sin receta	Número de grupos	Razón de posibilidades (IC del 95%)	Tasa estimada de abstinencia (IC del 95%)
Placebo	3	1,0	6,7
Tratamiento con parche de nicotina de venta sin receta	3	1,8 (1,2-2,8)	11,8 (7,5-16,0)

<sup>a</sup>Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

### ■ Investigación futura.

Algunos temas importantes para la investigación futura son:

- Efectividad de los parches, chicles y pastillas de nicotina de venta sin receta.
- Grado en el cual los pacientes utilizan adecuadamente las medicaciones cuando se pueden obtener sin receta.

- Grado en el que aumenta la efectividad de la medicación de venta sin receta cuando se administran otros tratamientos (p. ej., asesoramiento del farmacéutico, asesoramiento telefónico, recursos de autoayuda informáticos, intervenciones de los profesionales sanitarios).
- Grado en el cual el contexto de venta sin receta aumenta o reduce la utilización de medicación en poblaciones pobres o minoritarias.
- Estrategias para mejorar la accesibilidad y el uso adecuado de medicaciones de venta sin receta.

### C. Datos sobre los sistemas

#### *Formación de los profesionales sanitarios y recuerdo sistemático.*

**Recomendación: Se debe formar a todos los profesionales sanitarios y estudiantes de profesiones sanitarias en estrategias efectivas para ayudar a los fumadores que deseen hacer un intento de abandono y motivar a los que no deseen dejarlo. La formación parece ser más efectiva cuando se asocia a cambios al nivel de sistemas. (Nivel de evidencia = B)**

Se realizaron metanálisis para analizar los efectos de la formación de los profesionales sanitarios y otros cambios sistémicos. Fue necesario incluir en estos análisis estudios en los cuales unidades de mayor nivel (profesionales sanitarios o centros sanitarios) sirvieron como unidades de aleatorización. Esta estrategia se adoptó porque relativamente pocos estudios en esta área de investigación han aleatorizado a pacientes individuales a condiciones de tratamiento o intervenciones. Los estudios aleatorizados en unidades de mayor nivel se incluyeron en el análisis sólo si el plan analítico del estudio tenía en consideración la dependencia de datos anidados en estas unidades o si el resultado, como proporcionar consejo para el abandono, se analizó al mismo nivel que la aleatorización (p. ej., nivel de profesional sanitario o de centro sanitario). Sin embargo, de hecho los escasos estudios que analizaron datos al nivel de los profesionales sanitarios o de los centros sanitarios no compartieron resultados comunes y no se los pudo utilizar en el metanálisis. La tabla 6.31 refleja los resultados metanalíticos para los estudios que examinaron los efectos de la formación sobre los resultados de abstinencia. Sólo dos estudios, algo heterogéneos estuvieron disponibles para este análisis. Por ello, aunque el metanálisis mostró un efecto significativo de la formación, el Panel decidió asignar a esta recomendación un nivel “B” de evidencia.

**Tabla 6.31. Metanálisis (2008): Efectividad y tasas estimadas de abstinencia para el entrenamiento de los profesionales sanitarios (n=2 estudios)<sup>a</sup>**

Intervención	Numero de grupos	Razón de posibilidades (IC del 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC del 95%)
Sin intervención	2	1,0	6,4
Formación de los profesionales sanitarios	2	2,0 (1,2-3,4)	12,0 (7,6-18,6)

<sup>a</sup>Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

La formación de los profesionales sanitarios y otros cambios en los sistemas tienen como objetivo incrementar las tasas de valoración del tabaquismo y de intervención sobre el mismo. Por lo tanto, se realizaron metanálisis adicionales para verificar los efectos de los cambios de los sistemas sobre resultados como la valoración por el profesional sanitario del hábito tabáquico (Averiguar), la prestación de tratamiento (Ayudar) y la planificación del seguimiento del tratamiento (Arreglar). Por ello, estos metanálisis se centraron en el efecto de los cambios sistémicos en comportamientos específicos de los profesionales sanitarios. En los estudios analizados, el comportamiento de los profesionales sanitarios se valoró mediante el informe del paciente o la revisión de las historias clínicas (no mediante el informe del profesional sanitario). Los análisis de tales comportamientos de los profesionales sanitarios tienen importancia en salud pública porque hay datos de que la prestación de tratamiento conduce a mayores tasas de abandono del tabaco. Como se señala en la tabla 6.32, la formación de los profesionales sanitarios aumenta el porcentaje de fumadores que reciben tratamiento, como discusión de los beneficios/obstáculos para dejarlo o estrategias para evitar las recaídas, medicación y prestación de apoyo. Además, la combinación de formación de los profesionales sanitarios con un sistema de registro, como recordatorios en pegatinas para las historias clínicas o algoritmos terapéuticos adjuntos a las historias, aumentan las tasas de valoración del consumo de tabaco (tabla 6.33), establecimiento de una fecha para el abandono (tabla 6.34), suministro de materiales (tabla 6.35) y planificación del seguimiento (tabla 6.36). Por ello, la formación de los profesionales sanitarios, especialmente cuando se acompaña de otras modificaciones

sistémicas como sistemas de recordatorio, aumenta las tasas de implicación de los profesionales sanitarios en intervenciones antitabaco que aumentan de forma fiable el abandono del tabaco. La *Guide to Community Preventive Services*<sup>92</sup> no encontró datos suficientes para recomendar estrategias de formación de los profesionales sanitarios como única intervención, separada de otros cambios sistémicos, aunque sí recomienda la formación de los profesionales cuando forme parte de otros cambios sistémicos como sistemas de recordatorios.

**Tabla 6.32. Metanálisis (2008): Efectividad de la formación de los profesionales sanitarios sobre las tasas de suministro de tratamiento (“Ayudar”) (n=2 estudios)<sup>a</sup>**

Intervención	Numero de grupos	Razón de posibilidades (IC del 95%)	Tasa estimada (IC del 95%)
Sin intervención	2	1,0	36,2
Formación de los profesionales sanitarios	2	3,2 (2,0-5,2)	64,7 (53,1-74,8)

<sup>a</sup>Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Tabla 6.33. Metanálisis (2008): Efectividad de la formación de los profesionales sanitarios combinada con un sistema de historias clínicas en el interrogatorio acerca del hábito tabáquico (“Averiguar”) (n=3 estudios)<sup>a</sup>**

Intervención	Numero de grupos	Razón de posibilidades (I.C. 95%)	Tasa estimada (IC del 95%)
Sin formación	3	1,0	58,8
Formación y sistema de historias clínicas	3	2,1 (1,9-2,4)	75,2 (72,7-77,6)

<sup>a</sup>Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.



**Tabla 6.34. Metanálisis (2008): Efectividad de la formación combinada con un sistema de historias clínicas para el establecimiento de una fecha de abandono (“Ayudar”) ( $n= 2$  estudios)<sup>a</sup>**

<b>Intervención</b>	<b>Número de grupos</b>	<b>Razón de posibilidades (IC del 95%)</b>	<b>Tasa estimada (IC del 95%)</b>
Sin formación	2	1,0	11,4
Formación y sistema de historias clínicas	2	5,5 (4,1-7,4)	41,1 (34,4-48,8)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Tabla 6.35. Metanálisis (2008): Efectividad de la formación combinada con un sistema de historias clínicas sobre el suministro de materiales (“Ayudar”) ( $n= 2$  estudios)<sup>a</sup>**

<b>Intervención</b>	<b>Número de grupos</b>	<b>Razón de posibilidades (IC del 95%)</b>	<b>Tasa estimada (IC del 95%)</b>
Sin formación	2	1,0	8,7
Formación y sistema de historias clínicas	2	4,2 (3,4-5,3)	28,6

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Tabla 6.36. Metanálisis (2008) Efectividad de la formación combinada con un sistema de historias clínicas en la organización del seguimiento (“Arreglar”) (n= 2 estudios)<sup>a</sup>**

<b>Intervención</b>	<b>Número de grupos</b>	<b>Razón de posibilidades (IC del 95%)</b>	<b>Tasa estimada (IC del 95%)</b>
Sin formación	2	1,0	6,7
Formación y sistema de historias clínicas	2	2,7 (1,9-3,9)	16,3 (11,8-22,1)

<sup>a</sup> Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

Estos metanálisis confirman el hallazgo de que la formación de los profesionales sanitarios aumenta la distribución de tratamientos efectivos para el tabaquismo. Los elementos de la formación que se ofrecieron en estas intervenciones incluyeron presentación didáctica del material, discusiones en grupo y desempeño de roles. Estos estudios también examinaron diversos tipos de formación de los profesionales sanitarios, desde la formación formal durante la residencia a la formación sobre el terreno en la comunidad.

La formación se debe dirigir a los profesionales sanitarios en formación y a los profesionales sanitarios en activo. La formación se debe reforzar a lo largo de la educación y el ejercicio práctico de los profesionales sanitarios<sup>363-368</sup>. Se ha visto que esta formación es coste- efectiva<sup>369</sup>. Para los profesionales sanitarios en formación, la mayoría de las disciplinas clínicas actualmente no proporcionan formación ni precisa la competencia en las intervenciones contra el tabaquismo<sup>370</sup>, aunque esta situación está mejorando lentamente<sup>371,372</sup>. Un estudio de facultades de medicina de los Estados Unidos encontró que la mayoría de las facultades (69%) no consideraba obligatoria la formación clínica en el tratamiento del tabaquismo<sup>373</sup>. El *National Cancer Institute’s Prevention and Cessation Education in Medical Schools* (PACE) señaló que en 2004 aproximadamente el 36% de los cursos de las facultades de medicina ofrecía aproximadamente 10 horas de formación relacionada con el tabaco en 4 años<sup>374</sup>, y el PACE ha elaborado las competencias que deben adquirir los estudiantes de medicina<sup>375</sup>.

De forma similar, la *American Dental Education Association* tiene guías clínicas que recomiendan la formación en actividades clínicas para el abandono del tabaco (TUCCA) para estudiantes de odontología e higiene dental, y en 1998 el 51% de las facultades de odontología ofrecía formación clínica en esta área<sup>376</sup>. El currículo relacionado con el tabaco se puede impartir como parte de un curso de medicina preventiva o de abuso de sustancias o como una clase independiente. Serían útiles recomendaciones similares para prácticamente todas las demás disciplinas clínicas. La formación en intervenciones contra el tabaquismo no sólo debe transmitir habilidades esenciales de tratamiento (véase capítulo 3), sino que también debe inculcar la creencia de que el tratamiento del tabaquismo es un criterio de calidad de buena práctica clínica<sup>130,208,250</sup>.

Varios factores mejorarían la formación de los profesionales sanitarios en actividades de intervención sobre el tabaquismo<sup>370</sup>:

- Inclusión de la educación y la formación en los tratamientos del tabaquismo en los currículos de todas las disciplinas clínicas.
- Evaluación de los conocimientos y habilidades sobre el tratamiento efectivo del tabaquismo en los exámenes de licenciatura y certificación de todas las disciplinas clínicas.
- Adopción por las sociedades médicas especializadas de un patrón uniforme de aptitud para el tratamiento del tabaquismo para todos sus miembros.

Finalmente, los profesionales sanitarios que actualmente consumen algún producto de tabaco deberían participar en programas de tratamiento para abandonar de forma permanente su propio consumo de tabaco. Los profesionales sanitarios son figuras modélicas importantes para sus pacientes, y los que consumen tabaco posiblemente tengan menos probabilidad de aconsejar a sus pacientes que lo dejen<sup>377</sup>. Por lo tanto, es esperanzador que muchos tipos de profesionales sanitarios hayan disminuido mucho su propio consumo de tabaco en los últimos 40 años<sup>378</sup>, aunque esto no ha sido generalizado.

## ■ Investigación futura

Los siguientes temas en relación con la formación de los profesionales sanitarios requieren una investigación adicional:

- Efectividad de los programas de formación para otras disciplinas sanitarias, como enfermería, psicología, odontología (incluyendo a los higienistas), trabajo social y farmacia.
- Elementos efectivos en los programas de formación eficaces (p. ej., formación médica continuada, componentes interactivos)
- Efectos combinados de cambios sistémicos múltiples como formación de los profesionales sanitarios, sistemas de recordatorio, retroalimentación para los profesionales sanitarios, pagos incentivados y participación de líderes de opinión.

*Coste- efectividad de las intervenciones contra el tabaquismo*

**Recomendación:** Los tratamientos del tabaquismo cuya eficacia se ha demostrado en esta guía (tanto el consejo como la medicación) son muy coste-efectivos en relación con otros tratamientos reembolsados y se deben proporcionar a todos los fumadores. (Nivel de evidencia =A)

**Recomendación:** Se deben destinar recursos suficientes a sistemas de apoyo para garantizar la prestación de tratamientos eficaces del tabaquismo. (Nivel de evidencia= C)

El tabaquismo genera una carga económica considerable en los Estados Unidos. Un informe reciente de los *Centers for Disease Control and Prevention* estimó que el tabaquismo cuesta a ese país más de 96.000 millones de dólares cada año en gastos médicos directos y 97.000 millones de dólares en productividad perdida<sup>28</sup>. A la vista de estos considerables costes, la investigación se ha centrado en las consecuencias económicas y el coste-efectividad de las intervenciones de abandono del tabaco.

Los tratamientos del tabaquismo, que varían desde consejo médico breve hasta programas intensivos realizados por especialistas, incluyendo medicación, no sólo son efectivos clínicamente, sino que también son muy coste-efectivos en relación con otras intervenciones preventivas y tratamientos médicos de uso habitual. Los análisis de coste-efectividad han mostrado que el tratamiento del tabaquismo es más coste-efectivo que intervenciones médicas que se reembolsan de manera habitual, como el tratamiento de la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia,

además de intervenciones de cribado preventivo como la mamografía periódica o el frotis de Papanicolau<sup>222,224,379-382</sup>. Por ejemplo, el coste por año de vida ganado con el tratamiento del tabaquismo se ha estimado en 3.539 dólares<sup>194</sup>, lo que es más favorable que el cribado de la hipertensión en varones de 45 a 54 años (5.200 dólares) y el cribado cervical anual en mujeres de 34 a 39 años (4.100 dólares)<sup>383</sup>. El tratamiento del tabaquismo también es importante económicamente, ya que permite prevenir la aparición de diversas enfermedades crónicas costosas, como cardiopatías, cáncer y enfermedades pulmonares. De hecho, se ha considerado que el tratamiento del tabaquismo es el patrón de referencia de coste-efectividad en asistencia sanitaria<sup>225</sup>.

La relación coste-efectividad puede ser medida de varias formas, incluyendo el coste por año de vida ganado ajustado por la calidad (QALY), el coste por abandono, los costes por utilización de la asistencia sanitaria antes y después del abandono, y el retorno de la inversión (RI) por cobertura del tratamiento del tabaquismo.

### ***Coste por año de vida ganado ajustado por la calidad y coste por abandono***

Numerosos análisis han estimado el coste por QALY por el uso de intervenciones efectivas contra el tabaquismo<sup>187,222,380,384-389</sup>. En general, las intervenciones contra el tabaquismo de base científica son comparables a otras actividades preventivas y a otras intervenciones en enfermedades crónicas, como el tratamiento de la hipertensión y el cribado mediante mamografía cuando se utiliza este criterio específico. Análisis específicos han estimado que los costes del tratamiento del tabaquismo varían de varios cientos a varios miles de dólares por QALY<sup>228,385</sup>. Análisis distintos han calculado los costes estimados del tratamiento como coste por abandono. En comparación con otras intervenciones, el coste de los tratamientos del tabaquismo ha sido bajo, desde varios cientos hasta varios miles de dólares por abandono<sup>194,212,384,390-393</sup>.

Las organizaciones de asistencia gestionada (MCO) a menudo valoran el coste de una prestación por miembro y por mes (PMPM), y se ha valorado el coste del tratamiento del tabaquismo PMPM en diversos contextos. En general, el coste del tratamiento del tabaquismo PMPM ha sido bajo en relación con otras prestaciones cubiertas, variando desde 0,20 dólares hasta aproximadamente 0,80 dólares PMPM<sup>210,228,391,394</sup>.

### ***Utilización y costes de la asistencia sanitaria antes y después del abandono***

Un conjunto importante de estudios ha analizado el efecto del tratamiento del tabaquismo sobre los costes sanitarios<sup>395-399</sup>. Una síntesis de estos hallazgos indica que: (1) en los pacientes que abandonan el tabaco, los costes sanitarios típicamente aumentan durante el año en el cual los fumadores lo dejan, y luego disminuyen progresivamente, quedando por debajo del coste de los fumadores activos entre 1 y 10 años después de dejarlo; (2) en general, los costes sanitarios de los fumadores comienzan a aumentar en el período de tiempo inmediatamente anterior a los intentos de abandono; y (3) la mayor utilización de asistencia sanitaria predice el abandono del tabaco en los fumadores con y sin enfermedades crónicas. Estos hallazgos indican que el abandono del tabaco a menudo se produce como respuesta a problemas de salud graves y caros. Esta investigación también indica que los aumentos de los costes sanitarios, incluyendo las hospitalizaciones, durante el año del abandono pueden ser una causa, y no una consecuencia, del abandono de tabaco con éxito.

### ***Retorno de la inversión por cobertura del tratamiento del tabaquismo***

La herramienta RI se utiliza frecuentemente para estimar el tiempo que se tarda en recuperar parte o toda la inversión inicial tras un gasto. Los argumentos económicos que apoyan la decisión de proporcionar cobertura de los tratamientos del tabaquismo por los seguros mejorarían si los costes de dichas coberturas fueran bajos en comparación con los beneficios económicos resultantes de los abandonos con éxito (reducciones de gastos sanitarios, aumento de la productividad, y/u otros costes).

Se ha documentado que el empleador recupera con el tiempo la inversión en tratamientos contra el tabaquismo. Estos análisis han concluido que proporcionar cobertura del tratamiento del tabaquismo a los empleados a menudo produce ahorros económicos netos considerables por aumento del ahorro en asistencia sanitaria, aumento de la productividad, reducción del absentismo y reducción de la primas de los seguros de vida<sup>229,400-402</sup>.

Los ahorros económicos son más difíciles de conseguir para un plan sanitario a la vista de factores como el recambio de los miembros, la dificultad de atribuir el descenso de los gastos sanitarios a la dependencia tabáquica, y la ausencia de beneficios económicos debidos a los aumentos de productividad. Aunque la mayoría de los análisis no ha encontrado reducción de los costes, la cobertura por el seguro de los tratamientos del tabaquismo de base científica es muy coste-efectiva en relación con otros servicios sanitarios que con frecuencia sí están cubiertos. Un intento reciente de simular las implicaciones económicas de la cobertura de los tratamientos del tabaquismo por organizaciones de asistencia gestionada (MCO) encontró que a los 5 años la cobertura de este tipo de tratamientos costaba a una MCO tan sólo 0,61 dólares PMPM; los que lo dejaban ganaban una media de 7,1 años de vida y unos costes por cobertura directa de cerca de 3.500 dólares por cada año de vida ganado<sup>228</sup>. Los autores concluyeron que se debe recomendar con insistencia la cobertura de estos programas coste-efectivos de tratamiento del tabaquismo por las MCO. Otro estudio examinó la tendencia de los gastos sanitarios en exfumadores 7 años tras el abandono en comparación con los fumadores que seguían fumando<sup>395</sup>. Los autores encontraron que al séptimo año los costes acumulados de los exfumadores (incluyendo el aumento de los costes el año en que lo habían dejado) eran menores que los costes de los que seguían fumando. Un análisis más reciente concluyó que a los 10 años el RI de proporcionar la cobertura completa del tratamiento del tabaquismo, considerando sólo los costes sanitarios, variaba entre el 75% y el 92%, lo que indicaba que solamente el ahorro en asistencia sanitaria habría reembolsado más de tres cuartas partes de la inversión<sup>229</sup>. Otros análisis han mostrado que múltiples componentes del tratamiento del tabaquismo, como consejo telefónico y varias medicaciones<sup>227,403,404</sup>, ofrecen un RI favorable. Los *American Health Insurance Plans* (AHIP) han proporcionado una página web para que los planes de salud calculen su retorno de inversión por la prestación de tratamiento del tabaquismo: [www.businesscaseroi.org/roi/default.aspx](http://www.businesscaseroi.org/roi/default.aspx).

El tratamiento del tabaquismo es particularmente coste-efectivo en ciertas poblaciones, como pacientes hospitalizados y embarazadas. Para los pacientes hospitalizados, el éxito en la abstinencia tabáquica no solamente reduce los costes médicos generales a corto plazo, sino que además reduce el número de hospitalizaciones futuras<sup>9,355,405</sup>. Las intervenciones sobre el tabaquismo en embarazadas son especialmente coste-efectivas, ya que se asocian a menos niños con bajo peso

al nacimiento y menos muertes perinatales, menos problemas físicos, cognitivos y de conducta durante la lactancia y la infancia, y proporcionan importantes beneficios sanitarios a la madre<sup>406,407</sup>. Un estudio encontró que las intervenciones con fumadoras embarazadas de los EE.UU. podían conseguir unos ahorros netos de hasta 8 millones de dólares en gastos directos por ingresos neonatales a la vista del coste de una intervención (24-34 dólares) frente a los costes ahorrados (881 dólares) para cada mujer que deja de fumar durante el embarazo<sup>408</sup>. Otro estudio mostró que por cada embarazada de bajo poder adquisitivo que lo dejaba, la asistencia pública sanitaria ahorró 1.274 dólares<sup>409</sup>. Un estudio de simulación encontró que un descenso del 1% en la prevalencia del tabaquismo en las embarazadas de los EE.UU. permitiría ahorrar 21 millones de dólares (dólares de 1995) en costes médicos directos en el primer año<sup>406,410,411</sup>.

*Tratamiento del tabaquismo como parte de la valoración de la calidad de la asistencia sanitaria.*

**Recomendación.** La prestación de intervenciones basadas en guías clínicas para tratar el tabaquismo debe permanecer en las valoraciones estándar y en las medidas de calidad global de la asistencia sanitarias (p. ej., NCQA HEDIS). Estas medidas estándar deben incluir también mediciones de los resultados (p. ej., uso de tratamiento para el abandono, tasas de abstinencia a corto y a largo plazo) que se obtienen por la prestación de intervenciones sobre el tabaquismo. (Nivel de evidencia= C)

La prestación del tratamiento del tabaquismo debería aumentar por: (1) atención a las “tarjetas informativas” de las organizaciones sanitarias (p. ej., HEDIS, la *Joint Comisión, Physician Consortium for Performance Improvement, National Quality Forum, Ambulatory Quality Alliance*)<sup>89,412-414</sup>, que fomentan la identificación del fumador y su tratamiento; (2) criterios de acreditación utilizados por la *Joint Commission* y otras instituciones de acreditación que incluyan la presencia de políticas efectivas de intervención y valoración del tabaquismo; y (3) aumentando las medidas relacionadas con el tabaquismo en las iniciativas de pago por prestación.



### ***Investigación futura.***

Los siguientes temas sobre coste-efectividad y sistemas sanitarios requieren más investigación:

- Coste-efectividad de los diversos tratamientos del tabaquismo, a corto y a largo plazo.
- Métodos óptimos para superar las barreras sistémicas que evitan que los profesionales sanitarios proporcionen tratamientos del tabaquismo de manera efectiva.
- Intervenciones generales para animar al proveedor y al paciente a utilizar tratamientos efectivos del tabaquismo.
- Costes relativos y efectos económicos de los diferentes formatos de tratamiento del tabaquismo efectivos (p. ej., consejo telefónico proactivo, contacto directo, medicación)
- Efecto de la utilización de medidas sobre el rendimiento de las intervenciones contra el tabaquismo sobre los resultados de la intervención en profesionales sanitarios y pacientes, incluyendo la utilización de dichas medidas en los programas de “pago por prestación”.

### **Prestación del tratamiento del tabaquismo como prestación cubierta**

**Recomendación: El suministro de tratamientos del tabaquismo (tanto medicación como consejo) como prestación pagada o cubierta por los planes de seguros sanitarios aumenta la proporción de fumadores que usan el tratamiento para el abandono, que intentan dejarlo y que lo dejan con éxito. Por lo tanto, los tratamientos que se consideran efectivos en esta Guía se deben incluir como prestaciones cubiertas en los planes sanitarios públicos y privados. (Nivel de evidencia= A)**

Múltiples estudios han valorado el efecto de incluir el tratamiento del tabaquismo como prestación cubierta por los seguros sanitarios para los fumadores. La mayoría de los estudios ha documentado que esta cobertura por el seguro sanitario au-

menta tanto las tasas de utilización del tratamiento como las tasas de abandono<sup>210,212,391,415</sup>, aunque algunos estudios no concuerdan con estos hallazgos. Un análisis Cochrane reciente (2005) concluyó que los sistemas de financiación de la asistencia sanitaria que ofrecieron pago completo por el tratamiento del tabaquismo aumentaron las cifras de abstinencia declarada por el fumador con un coste relativamente bajo cuando se comparó con una cobertura parcial o con la ausencia de cobertura. Además, el prepago y el descuento en la cobertura de los fármacos de venta con receta aumentaron la prescripción de medicación a los pacientes y las tasas de abstinencia tabaquica<sup>231,348,417</sup>. Estos estudios ponen de relieve que la eliminación de todas las barreras económicas se asocia a las mayores tasas de utilización del tratamiento.

Tres estudios cumplieron los criterios de inclusión en un metanálisis de esta Guía actualizada de 2008 sobre los efectos de la prestación del tratamiento del tabaquismo como prestación cubierta por el seguro sanitario. Se examinaron tres resultados diferentes: tasas de prestación de tratamiento, intentos de abandono y tasas de abandono. Como se puede ver en las tablas 6.37 a 6.39, en comparación con no tener cobertura del tratamiento contra el tabaquismo, los pacientes con cobertura de esta prestación tenían más probabilidad de recibir tratamiento, de hacer un intento de abandono y de mantener la abstinencia.

**Tabla 6.37. Metanálisis (2008): Tasas estimadas de intervención para los pacientes que recibieron intervenciones contra el tabaquismo como prestación cubierta por el seguro sanitario (n=3 estudios)<sup>a</sup>**

Tratamiento	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasa estimada de intervención (IC del 95%)
Pacientes sin cobertura de la prestación por el seguro médico	3	1,0	8,9
Pacientes con cobertura	3	2,3 (1,8-2,9)	18,2 (14,8-2,3)

<sup>a</sup>Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Tabla 6.38. Metanálisis (2008): Tasas estimadas de intentos de abandono para los pacientes que recibieron intervenciones contra el tabaquismo como prestación cubierta por el seguro sanitario (n= 3 estudios)<sup>a</sup>**

Tratamiento	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasa estimada de intentos de abandono (IC del 95%)
Pacientes sin cobertura de la prestación	3	1,0	30,5
Pacientes con cobertura	3	1,3 (1,01-1,5)	36,2 (32,3-40,2)

<sup>a</sup>Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

**Tabla 6.39. Metanálisis (2008): Tasas estimadas de abstinencia para los pacientes que recibieron intervenciones contra el tabaquismo como prestación cubierta (n=3 estudios)<sup>a</sup>**

Tratamiento	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC del 95%)
Pacientes sin cobertura de la prestación	3	1,0	6,7
Pacientes con la cobertura	3	1,6 (1,2-2,2)	10,5 (8,1-13,5)

<sup>a</sup>Véanse en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos utilizados en este metanálisis.

En beneficio de las compañías de seguros, las organizaciones de asistencia gestionada (MCO), los empresarios y compradores y las organizaciones gubernamentales de un área geográfica específica, se debería trabajar de forma conjunta para asegurarse de que las intervenciones contra el tabaquismo sean una prestación cubierta y que los beneficiarios de estas entidades conozcan estos beneficios. Esto permitiría que todos los planes sanitarios de una comunidad obtuvieran los beneficios económicos del éxito de la utilización de estos servicios.

### **Investigación futura.**

- Efecto de la promoción o comunicación de los beneficios del tratamiento del tabaquismo sobre la utilización y los consiguientes efectos económicos y sanitarios en la población.
- Coste-efectividad de los elementos específicos del tratamiento del tabaquismo.
- Nivel adecuado de financiación necesaria para optimizar la distribución por los profesionales sanitarios de los tratamientos del tabaquismo.



## CAPÍTULO

## 7

POBLACIONES ESPECÍFICAS  
Y OTROS TEMAS

## INTRODUCCIÓN

Son muchos los factores que podrían afectar a la aceptabilidad, el uso y la eficacia de los tratamientos del tabaquismo. Esto plantea la cuestión de si las intervenciones deben adaptarse o modificarse en función de las características personales o de factores contextuales tales como sexo, raza / etnia, edad, comorbilidad u hospitalización. ¿Las fumadoras embarazadas deben recibir medicación para tratar el tabaquismo? ¿Las intervenciones sobre el tabaquismo interfieren con los tratamientos de la dependencia química no relacionada con el tabaco? Éstas y otras poblaciones y cuestiones específicas se consideran en este capítulo. Las respuestas a estas preguntas competen a una serie de profesionales sanitarios que habitualmente tratan con poblaciones específicas de fumadores (p. ej., obstetras, ginecólogos, pediatras, psiquiatras, internistas, cardiólogos, profesionales de enfermería, farmacéuticos, odontólogos e higienistas dentales).

**Recomendación: las intervenciones que se consideraron efectivas en esta Guía fueron igual de efectivas en diversas poblaciones. Además, muchos de los estudios que apoyan estas intervenciones incluyeron diversos tipos de consumidores de tabaco. Por lo tanto, las intervenciones que se consideraron efectivas en esta Guía se recomiendan para todos los individuos que consumen el tabaco, excepto cuando existen contraindicaciones para la medicación o en poblaciones específicas en las cuales no se ha mostrado la eficacia de la medicación (embarazadas, usuarios de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes). (Nivel de evidencia: B).**

## **Tratamientos eficaces para poblaciones específicas**

La recomendación anterior se aplica a una población amplia de fumadores que incluye fumadores positivos para el VIH, hospitalizados, lesbianas/gay/bisexuales/transexuales, pacientes con nivel socioeconómico bajo/educación formal escasa, fumadores con comorbilidades médicas, fumadores ancianos, fumadores con trastornos psiquiátricos incluidos los trastornos por consumo de sustancias, minorías raciales y étnicas, y mujeres que fuman. No se aplica a adolescentes, embarazadas fumadoras, fumadores leves y usuarios de tabaco sin humo (véase más adelante). La recomendación de utilizar los tratamientos del tabaquismo en una población amplia de fumadores surge de varias consideraciones. Una de ellas es que muchos de los estudios aleatorizados que generaron las recomendaciones de tratamiento comprendían muestras diversas. Una segunda consideración es que los estudios que evaluaron intervenciones en poblaciones específicas y homogéneas muestran que las intervenciones que son eficaces en una población tienden a ser eficaces en otras poblaciones. Por último, la relativa seguridad de los tratamientos del tabaquismo frente a los riesgos del uso continuado del tabaco apoya la extrapolación a partir de algunos datos existentes. La tabla 7.1 muestra los datos obtenidos de los estudios clínicos aleatorizados (ECA) acerca de la eficacia de varios tratamientos en diferentes poblaciones. Salvo que se indique lo contrario, presenta datos de ensayos clínicos aleatorizados seleccionados e individuales, y no de metanálisis. No se pretende ofrecer una revisión exhaustiva de la literatura, sino más bien proporcionar algunos hallazgos claves de esa revisión. Es importante destacar que los adolescentes, las fumadoras embarazadas, los fumadores leves y los usuarios de tabaco sin humo tienen cada uno sus propias secciones en la presente actualización de la Guía, dado que usualmente se les excluyen de los ECA que se usan para evaluar la efectividad de las intervenciones presentadas en esta Guía y pueden tener otros problemas específicos (p. ej., seguridad).

**Tabla 7.1: Datos de la eficacia de las intervenciones sobre el tabaquismo en poblaciones específicas<sup>a</sup>.**

<b>Población de fumadore</b>	<b>Revisión de la evidencia</b>
Positivo para el VIH	<p>Ningún ECA a largo plazo ha examinado la eficacia de las intervenciones en esta población. Se necesita más investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un estudio de seguimiento de 3 meses indicó que el asesoramiento telefónico es prometedor<sup>418</sup>.</li> <li>• Datos de estudios pilotos indican que los tratamientos eficaces también lo son en esta población<sup>419</sup>.</li> </ul>
Pacientes hospitalizados	<p>Los análisis Cochrane del 2007 revelaron que la intervención intensiva<sup>420</sup> (contacto con enfermos hospitalizados más seguimiento durante al menos 1 mes) se asoció a una tasa de abandono significativamente mayor en con las condiciones control (RP = 1,65, IC del 95% = 1,44-1,90, 17 estudios). Hallazgos adicionales específicos de la colaboración Cochrane:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El seguimiento posthospitalización parece ser un componente clave de las intervenciones eficaces.</li> <li>• No se observaron efectos significativos de la medicación en esta población. Sin embargo, las magnitudes del efecto fueron comparables a las que se obtuvieron en otros estudios clínicos, lo que sugiere que la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y el bupropión SR pueden ser eficaces en esta población.</li> <li>• La intervención es efectiva, independientemente del motivo del ingreso del paciente. No hubo datos sólidos de que el diagnóstico clínico de la enfermedad médica comórbida afectara a la probabilidad de dejar de fumar.</li> </ul> <p>Las intervenciones que han sido eficaces en los estudios individuales son: asesoramiento y medicación<sup>57,355,421-423</sup> y otras intervenciones psicosociales, incluida la autoayuda a través de folleto o de audio/vídeo; recordatorios en la historia clínica que recuerdan al médico que debe aplicar consejo para dejar de fumar, asesoramiento hospitalario y orientación telefónica tras el alta<sup>424,425</sup>. Algunos datos sugieren que la TSN podría no ser apropiada en pacientes de cuidados intensivos<sup>358</sup>.</p>



Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales	Ningún ECA a largo plazo ha examinado la eficacia de las intervenciones específicamente en esta población.
Bajo nivel socioeconómico/educación escasa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metanálisis (2008): 5 estudios cumplieron los criterios de selección y contribuyeron a un metanálisis de la Guía del 2008 que compara el asesoramiento con la asistencia habitual o ningún asesoramiento en pacientes con bajo nivel socioeconómico/educación escasa. Los resultados del metanálisis mostraron que el asesoramiento es eficaz en el tratamiento de fumadores con bajo nivel socioeconómico/educación formal escasa (RP = 1,42, IC del 95% = 1,04-1,92) (tasa de abstinencia sin asesoramiento = 13,2%; con asesoramiento, tasa de abstinencia = 17,7% [IC del 95% = 13,7%-22,6%])</li> <li>• Las intervenciones incluidas en el metanálisis fueron mensajes motivacionales con o sin asesoramiento telefónico para las madres de bajos ingresos y afroamericanos de bajos ingresos<sup>172,426</sup>, asesoramiento telefónico proactivo, además de parches de nicotina<sup>427,428</sup>, asesoramiento de cabecera adaptado y seguimiento de pacientes afroamericanos hospitalizados<sup>429</sup>.</li> </ul>
Comorbilidades médicas	<p>Los tratamientos del tabaquismo han sido eficaces en fumadores con diversas co-morbilidades. Las co-morbilidades y las intervenciones eficaces incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades cardiovasculares: intervenciones psicosociales<sup>430-439</sup>, ejercicio, bupropión SR<sup>440,441,439,442</sup> (pero un estudio no encontró efectos significativos a largo plazo<sup>443</sup>), parche de nicotina, chicles o inhalador<sup>439</sup>.</li> <li>• Enfermedades pulmonares/EPOC: asesoramiento intensivo para el abandono<sup>444</sup>, programa conductual intensivo (prevención de las recaídas) combinado con terapia sustitutiva con nicotina, bupropión SR<sup>445,446,447</sup>, nortriptilina<sup>447</sup>, parche o inhalador de nicotina<sup>448</sup>.</li> <li>• Cáncer: Asesoramiento y medicación<sup>251,449,450</sup>, asesoramiento motivacional<sup>451</sup>.</li> </ul>
Fumadores ancianos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La investigación ha demostrado la eficacia de las “4 A” [Averiguar, Asesorar, Ayudar y Arreglar] en pacientes de 50</li> </ul>

	<p>años y más<sup>452-454</sup>. Las intervenciones de asesoramiento<sup>455-457</sup>, el consejo médico<sup>118,456</sup>, los programas de apoyo de amigos<sup>458</sup>, los materiales de autoayuda adaptados a la edad<sup>456,459-461</sup>, el asesoramiento telefónico<sup>460,461</sup> y los parches de nicotina<sup>454,462,463</sup> han sido eficaces en el tratamiento del tabaquismo en adultos mayores de 50 años.</p>
<p>Trastornos psiquiátricos, incluyendo las alteraciones por el consumo de sustancias <sup>a</sup>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metanálisis (2008): Cuatro estudios cumplieron los criterios de selección y fueron relevantes para un metanálisis de la Guía 2008 que compara antidepresivos (bupropión SR y nortriptilina) con el placebo en pacientes con antecedentes de depresión. Los resultados del metanálisis mostraron que los antidepresivos, específicamente el bupropión SR y la nortriptilina, son eficaces en el aumento de las tasas de abandono a largo plazo en los fumadores con antecedentes de depresión (RP = 3,42, IC del 95% = 1,70-6,84; tasas de abstinencia = 29,9%, IC del 95% = 17,5%-46,1%). Se debe tener en cuenta que estos estudios típicamente incluyeron intervenciones psicosociales intensivas para todos los participantes.</li> <li>• Aunque los trastornos psiquiátricos pueden hacer que los fumadores tengan mayor riesgo de recaída, se puede ayudar a estos fumadores con los tratamientos del tabaquismo<sup>464-468</sup>.</li> <li>• Algunos datos sugieren que el bupropión SR y el TSN pueden ser eficaces para el tratamiento del tabaquismo en pacientes con esquizofrenia y pueden mejorar los síntomas negativos de la esquizofrenia y los síntomas depresivos<sup>467,469-472</sup>. Los datos sugieren que los pacientes tratados con antipsicóticos atípicos pueden responder mejor al bupropión SR para el tratamiento del tabaquismo que los que utilizan antipsicóticos estándar<sup>472</sup>.</li> <li>• Los datos actuales son insuficientes para determinar si los fumadores con trastornos psiquiátricos pueden beneficiarse más de los tratamientos para el tabaquismo ajustados a trastornos/síntomas psiquiátricos que de los tratamientos estándar<sup>266,473</sup>.</li> <li>• Los datos indican que las intervenciones contra el tabaquismo, tanto el asesoramiento como la medicación, son eficaces en el tratamiento de los fumadores que están recibiendo tratamiento para la dependencia química<sup>464,474-476</sup>.</li> </ul>

- Hay pocos datos de que las intervenciones para el tabaquismo interfieran con la recuperación de dependencias químicas no tabáquicas en los pacientes que están en tratamiento para tales dependencias<sup>475,477-482</sup>. Un estudio sugiere que la aplicación de intervenciones para dejar de fumar de forma simultánea con intervenciones para la dependencia del alcohol puede comprometer los resultados de la abstinencia del alcohol, aunque no hubo diferencias en las tasas de abstinencia tabáquica<sup>483</sup>.
- El uso de vareniclina se ha asociado a depresión, agitación, ideas suicidas y suicidio. La FDA recomienda que los pacientes avisen a sus profesionales sanitarios de cualquier antecedente de enfermedad psiquiátrica antes del comienzo de la vareniclina, y que los médicos monitoricen los cambios en el estado de ánimo y la conducta cuando se prescribe este medicamento. A la luz de estas recomendaciones de la FDA, los médicos deben considerar la obtención de información de antecedentes psiquiátricos en sus pacientes. Para obtener más información, véase el prospecto de la FDA.

Minorías  
étnicas/raciales

Los ECA han examinado la eficacia de las intervenciones en poblaciones minoritarias raciales/étnicas específicas:

Afroamericanos

- Han sido eficaces en fumadores afroamericanos: bupropión SR<sup>484</sup>, asesoramiento motivacional individual<sup>176</sup>, parches de nicotina<sup>485</sup>, asesoramiento clínico<sup>486,487</sup>, asesoramiento<sup>488</sup>, retroalimentación biomédica<sup>489</sup>, manuales y materiales de autoayuda adaptados, y asesoramiento telefónico<sup>486,490</sup>.

Asiáticos e isleños del Pacífico

- Ningún ECA a largo plazo ha examinado la eficacia de las intervenciones específicamente en esta población.

Hispanos

- En fumadores hispanos han sido eficaces: parches de nicotina, consejo telefónico<sup>491,492</sup>, materiales de autoayuda, incluyendo un componente del manejo del estado de ánimo<sup>493</sup>, e intervenciones individualizadas<sup>94</sup>.

	<p>Indios estadounidenses y nativos de Alaska</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En poblaciones de indios estadounidenses y nativos de Alaska han sido eficaces: cribado para detectar consumo de tabaco, asesoramiento, refuerzo por el personal clínico y materiales para el seguimiento<sup>495</sup>.</li> </ul>
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los datos muestran que tanto hombres como mujeres se benefician de bupropión SR, TSN y vareniclina<sup>496</sup>; hay datos contradictorios sobre si las mujeres se benefician tanto de la TSN como los hombres<sup>150,155-157,496-498</sup>.</li> <li>• Las intervenciones psicosociales, incluido el seguimiento individual personalizado<sup>499</sup>, el asesoramiento telefónico proactivo<sup>462</sup> y el consejo para dejar de fumar dirigido a la salud infantil<sup>500</sup> son eficaces con las mujeres. Hay datos de que el ejercicio es eficaz en las mujeres<sup>501</sup>; sin embargo, estos hallazgos no son constantes<sup>502</sup>.</li> </ul>

<sup>a</sup> Se pueden consultar en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos usados en este metanálisis.

### PROBLEMAS CLÍNICOS EN POBLACIONES ESPECÍFICAS

Existen problemas y cuestiones clínicas en poblaciones específicas en relación con la prevalencia y el tratamiento del tabaquismo (véase la tabla 7.2).

**Tabla 7.2: Cuestiones clínicas en el tratamiento de poblaciones específicas.**

Cuestión	Abordaje
Idioma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar que las intervenciones se presenten en un idioma que el paciente entienda. La mayoría de las Guías proporcionan asesoramiento en español, y algunas lo hacen en otras lenguas<sup>503</sup>. Todos los materiales de texto utilizados (p. ej., folletos de autoayuda) deben estar escritos en un nivel de lectura apropiado. Esto es particularmente importante dado que los datos epidemiológicos revelan que las tasas de tabaquismo son notablemente mayores en personas de menor nivel educativo<sup>504,505</sup>.</li> </ul>
Cultura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las intervenciones deben ser adecuadas culturalmente y</li> </ul>

	<p>pertinentes para ser aceptables para los pacientes<sup>506</sup>. Son necesarios más estudios para determinar la magnitud con que la adaptación cultural refuerza la efectividad de la intervención<sup>490</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los médicos deben seguir siendo sensibles a las diferencias individuales y las creencias espirituales y sanitarias que pueden afectar a la aceptación del tratamiento, el uso y el éxito en todas las poblaciones (véase el capítulo 6A, Evaluación especializada).</li> </ul>
Comorbilidad médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examinar la posibilidad de interacciones medicamentosas (véase el capítulo 6B, Interacciones de los fármacos de primera línea contra el tabaco con otros fármacos)<sup>308</sup>. Abordar cómo la exposición al tabaco puede alterar la capacidad del hígado de metabolizar diferentes medicamentos (pacientes positivos para el VIH).</li> </ul>

## FUMADORES POSITIVOS PARA EL VIH

Las personas positivas para el VIH tienen más probabilidad de fumar que la población general<sup>507-510</sup>. Actualmente las personas seropositivas viven más tiempo debido a los avances en el tratamiento, siendo el hábito de fumar en esta población un problema clínico significativo<sup>511,512</sup>. Los fumadores positivos para el VIH tienen mayores tasas de mortalidad y peor calidad de vida que los pacientes positivos para el VIH no fumadores<sup>513-516</sup>. Además, los fumadores positivos para el VIH parecen tener mayor riesgo de presentar enfermedades neumocócicas invasoras e infecciones del SNC que las personas no infectadas por el VIH<sup>514-517</sup>. También, en comparación con las personas seropositivas no fumadoras, el hábito de fumar en las personas positivas para el VIH se asocia a mayor riesgo de diversas infecciones oportunistas<sup>518-520</sup> y neumotórax espontáneo<sup>521</sup>. Los datos sugieren que los fumadores positivos para el VIH subestiman los efectos del tabaquismo sobre la salud, y algunos afirman que no vivirán el tiempo suficiente como para que les preocupen estos efectos<sup>507,522</sup>. Además algunos fumadores positivos para el VIH refieren que el hábito de fumar es una forma eficaz de hacer frente a la tensión que genera su enfermedad<sup>522</sup>.

## Investigaciones futuras

Los siguientes temas en relación con los fumadores positivos para el VIH requieren una investigación adicional:

- Eficacia de los medicamentos y consejos/intervenciones conductuales, incluyendo intervenciones individualizadas.
- Eficacia de las entrevistas motivacionales y los abordajes educativos en el aumento de la motivación para dejar de fumar.
- Efectividad de la comunidad y las redes de apoyo social en el fortalecimiento de la motivación para dejar de fumar y mejorar los resultados del tratamiento.

## FUMADORES HOSPITALIZADOS

Es vital que los pacientes hospitalizados intenten dejar de fumar, ya que el consumo de tabaco puede interferir con su recuperación y su salud general. Entre los pacientes cardíacos, los segundos infartos de miocardio son más comunes en los que continúan fumando<sup>9,523</sup>. Los pacientes con cáncer de pulmón y de cabeza y cuello, que son tratados con éxito del cáncer tienen un riesgo elevado de un segundo cáncer si continúan fumando<sup>524-531</sup>. Además, el consumo de tabaco actúa negativamente en la EPOC, así como al hueso y a la cicatrización de las heridas<sup>531-538</sup>.

Los pacientes hospitalizados pueden estar especialmente motivados para hacer un intento de dejar de fumar, por dos razones. En primer lugar, la enfermedad causante de la hospitalización puede haber estado causada o exacerbada por el consumo de tabaco, lo que refuerza la percepción de la vulnerabilidad del paciente a los riesgos para la salud del hábito de fumar<sup>539</sup>, y la hospitalización es un período en el cual el paciente está especialmente receptivo a las indicaciones de los profesionales sanitarios. En segundo lugar, todos los hospitales de los Estados Unidos deben estar libres de humo de tabaco para ser acreditados por la *Joint Commission*. En consecuencia, todo fumador hospitalizado estará alojado temporalmente en un ambiente libre de humo. Además, los hospitales están adoptando políticas de establecimiento de campus libre de tabaco, para así ampliar el espacio libre de humo desde las instalaciones interiores hasta los espacios exteriores circundantes<sup>540-542</sup>. Por estas razones, los médicos deben utilizar la hospitalización como oportunidad para promover el abandono del tabaco<sup>11,543,544</sup>. Ésta también es una oportunidad

para que los médicos prescriban medicamentos que alivien los síntomas de abstinencia. Si los pacientes tienen experiencias positivas con el alivio de los síntomas de abstinencia, será más probable que utilicen tratamientos intensivos en un futuro intento de dejar de fumar o de mantener la abstinencia inducida en el hospital. Los pacientes en centros de cuidados crónicos también deben recibir las intervenciones contra el tabaquismo que se identificaron como eficaces en esta Guía. Las intervenciones propuestas para los pacientes hospitalizados se encuentran en la tabla 7.3.

---

**Tabla 7.3 Intervenciones propuestas para pacientes hospitalizados**

---

Pasos a seguir con todos los pacientes hospitalizados:

- Preguntar al paciente en el ingreso si fuma, y documentar su hábito tabáquico.
  - Para los fumadores actuales, registrar su hábito tabáquico en la lista de problemas al ingreso, así como en el diagnóstico al alta.
  - Asesoramiento y uso de medicamentos para ayudar a todos los fumadores a mantener la abstinencia del tabaco y tratar los síntomas de abstinencia.
  - Proporcionar asesoramiento y asistencia sobre cómo dejar de fumar durante la hospitalización y mantener la abstinencia después del alta.
  - Organizar el seguimiento en relación con el hábito tabáquico. Proporcionar contacto de apoyo por lo menos durante un mes después del alta.
- 

Se ha demostrado la importancia del seguimiento posterior a la hospitalización<sup>355,545,546</sup>. Sin embargo, hay problemas al nivel de sistemas que pueden complicar la capacidad de los profesionales sanitarios del hospital para realizar el seguimiento de los pacientes consumidores de tabaco. El desarrollo de sistemas de fax para dejar de fumar con líneas telefónicas para ayudar con el abandono, puede ser una manera eficaz y eficiente en la que los hospitales pueden derivar a los pacientes para el seguimiento del abandono tabáquico<sup>195,199,547</sup>.

**Investigaciones futuras**

Los siguientes temas en relación con los pacientes hospitalizados requieren una investigación adicional:

- Efectividad de las intervenciones realizadas por diferente personal hospitalario, incluyendo al personal de enfermería y terapeutas respiratorios.

- Eficacia del asesoramiento y la medicación en los pacientes hospitalizados.
- Prevención de las recaídas una vez que el paciente abandone el hospital, incluido el uso de programas por fax para dejar de fumar.

## **FUMADORES LESBIANAS/GAYS/BISEXUALES/TRANSEXUALES (LGBT)**

Las personas LGBT, tanto adolescentes como adultas, son más propensos a fumar que la población general<sup>548-550</sup>, y la comercialización del tabaco se dirige a estas comunidades<sup>551-554</sup>. De igual forma, estas personas LGBT tienen más probabilidades de tener otros factores de riesgo para fumar, incluyendo el estrés diario asociado a los prejuicios y la estigmatización<sup>555-558</sup>.

### **Investigaciones futuras**

Los siguientes temas en relación con los fumadores LGBT requieren una investigación adicional:

- Accesibilidad y aceptabilidad de las intervenciones para el tabaquismo.
- Tasas de uso y eficacia de las intervenciones, tanto de las medicaciones como de los tratamientos de asesoramiento, incluyendo los servicios telefónicos para dejar de fumar.
- Eficacia de las intervenciones individualizadas.

## **BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO/ESCASA EDUCACIÓN FORMAL**

Las personas con bajo NSE y/o escasa educación formal, incluidas las personas “sin hogar”, sufren excesivamente las consecuencias del tabaquismo<sup>559</sup>. Abordar esta particular disparidad es una parte importante de la mejora de la salud general de la población estadounidense<sup>560</sup>. Estos pacientes tienen más probabilidad de: fumar<sup>561,562</sup>, tener poco acceso a un tratamiento eficaz<sup>563,564</sup>, estar desinformados acerca de medicamentos para abandonar el hábito<sup>565</sup>, estar expuestos a políticas medioambientales y en el lugar de trabajo más permisivas con respecto al hábito de fumar<sup>562</sup>, y ser el blanco de las compañías tabacaleras<sup>566</sup>. Tienen menos posibi-



lidades de recibir asistencia para el abandono<sup>564</sup>. Por otra parte, los fumadores con bajo nivel socioeconómico/escasa educación formal tienen más probabilidades de no tener seguros sanitarios ni asistencia pública sanitaria que los otros fumadores<sup>567</sup>. Sólo el 25% de los fumadores con asistencia pública sanitaria reconoció recibir alguna ayuda práctica para abandonar el tabaco. Sin embargo, los fumadores con bajo nivel socioeconómico y los que tienen escasa educación formal manifiestan gran interés en dejar de fumar<sup>404,507,508,568</sup> y parecen beneficiarse del tratamiento<sup>569,570</sup>. Debido a la prevalencia del hábito de fumar en esta población es vital la intervención de los profesionales sanitarios con estas personas. Es importante que las intervenciones, particularmente los materiales escritos, se presenten en una manera comprensible para el paciente.

### **Investigaciones futuras**

Los siguientes temas en relación con fumadores de bajo estatus socio-económico / limitada educación formal requieren una investigación adicional:

- Eficacia y cumplimiento de la medicación de eficacia demostrada en la población general de fumadores.
- Eficacia y utilización de nuevos entornos para la prestación del tratamiento (p. ej., farmacia, comunidad, lugar de trabajo).
- Eficacia de las líneas telefónicas de tratamiento, incluyendo la capacidad de esta población de acceder a servicios que utilizan esta modalidad.
- Estrategias para hacer frente a las ideas erróneas sobre el tratamiento de abandono eficaz, que pueden ser más comunes en estas poblaciones.
- Coste-efectividad de las intervenciones de abandono proporcionados como parte de los programas de tratamiento de enfermedades crónicas.

## COMORBILIDADES MÉDICAS COMO CÁNCER, ENFERMEDAD CARDIACA, EPOC, DIABETES Y ASMA

Los fumadores con comorbilidades médicas como cáncer, cardiopatías, EPOC, diabetes y asma son un objetivo importante al que se deben dirigir los tratamientos del tabaquismo, dado el papel que desempeña el tabaquismo en la exacerbación de estas enfermedades<sup>447,538,571-581</sup>. Los profesionales sanitarios que tratan a estos fumadores tienen una excelente oportunidad para intervenir sobre el tabaquismo de los mismos, ya que la enfermedad puede haber estado causada o exacerbada por el consumo de tabaco y puede mejorar con el abandono del hábito<sup>198,582-588</sup>, aunque no con la reducción del mismo. Una manera efectiva y eficaz de proporcionar intervenciones para el tabaquismo en estas poblaciones es aplicar programas de manejo de enfermedades crónicas, integrando las intervenciones sobre el tabaquismo con el tratamiento de base de la enfermedad.

### Investigaciones futuras

Los siguientes temas en relación con los fumadores con comorbilidades médicas requieren una investigación adicional:

- Eficacia del asesoramiento y el tratamiento medicamentoso para el abandono en pacientes con diabetes y asma.
- Efecto y eficacia de la evaluación especializada y de intervenciones individualizadas en estas poblaciones.

## FUMADORES ANCIANOS

Se estima que más de 18 millones de estadounidenses de 45 años o más fuman cigarrillos, lo que supone el 41% de todos los fumadores adultos en los Estados Unidos<sup>589</sup>; 4,5 millones de adultos mayores de 65 años son fumadores de cigarrillos<sup>590</sup>. Incluso los fumadores de más de 65 años pueden beneficiarse en gran medida de la abstinencia<sup>9,405,523,591</sup>. Los fumadores ancianos que dejan de fumar pueden reducir su riesgo de muerte por enfermedad coronaria, EPOC y cáncer de pulmón, y disminuir su riesgo de osteoporosis<sup>544,592,593</sup>. Además, la abstinencia puede promover una recuperación más rápida de enfermedades que se agravan

por el tabaco y puede mejorar la circulación cerebral<sup>453,594,595</sup>. De hecho, la edad no parece disminuir el deseo de dejar de fumar<sup>596</sup> o de los beneficios del abandono<sup>166,597</sup>, y los tratamientos que se consideran eficaces en esta Guía también son eficaces en los fumadores de más edad (véase la tabla 7.1). Sin embargo, los fumadores de más de 65 años pueden tener menos probabilidades de recibir los medicamentos para dejar de fumar identificados como eficaces en la presente Guía<sup>598</sup>. Algunos problemas particulares de esta población (p. ej., movilidad, medicamentos) hacen que el uso de asesoramiento telefónico proactivo sea especialmente prometedor. La asistencia pública sanitaria ha ampliado la cobertura del asesoramiento y las medicaciones recetadas como tratamiento del tabaquismo<sup>219</sup>.

### **Investigaciones futuras**

Los siguientes temas en relación con los fumadores ancianos requieren una investigación adicional:

- Eficacia de las intervenciones de asesoramiento generales y personalizadas en los fumadores ancianos para fomentar la abstinencia al tabaco.
- Eficacia y efectos secundarios de los medicamentos.
- Métodos efectivos para motivar a los fumadores de más edad para que intenten dejar de fumar.

### **TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Los trastornos psiquiátricos son más comunes en los fumadores que en la población general. Por ejemplo, del 30 al 60% de los pacientes que solicitan tratamiento para la dependencia del tabaco puede tener un antecedente de depresión<sup>599,600</sup>, y el 20% o más de abuso o dependencia del alcohol<sup>601-603</sup>. El hábito de fumar se encuentra en tasas muy por encima de la media poblacional en las personas que abusan del alcohol y las drogas (es decir, más del 70%)<sup>604-607</sup>, y un estudio encontró que estos pacientes tenían aumento de la mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaco<sup>608</sup>. Estas personas consultan con menos frecuencia para el tratamiento del tabaquismo. Sin embargo, se podrían aplicar estos tratamientos de forma ade-

cuada en el contexto de la dependencia química y en las clínicas de salud mental<sup>609</sup>. Como se señala en la sección de evaluación especializada del capítulo 6A, los fumadores que tienen actualmente un trastorno psiquiátrico tienen mayor riesgo de recaída en el consumo de tabaco después de un intento de abandono<sup>246,466,610-613</sup>. A todos los fumadores con trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos por consumo de sustancias, se les debe ofrecer tratamiento para el tabaquismo, y los profesionales sanitarios deben superar su reticencia a tratar a esta población<sup>614</sup>. Sin embargo, el profesional sanitario prefiere ofrecer el tratamiento del tabaquismo cuando los síntomas psiquiátricos no son graves. Aunque los pacientes de unidades de hospitalización psiquiátrica son capaces de dejar de fumar con pocos efectos adversos (p. ej., poco aumento de la agresividad)<sup>615-617</sup>, el abandono del tabaco y la abstinencia de la nicotina pueden agravar una comorbilidad del paciente. Por ejemplo, dejar de fumar puede provocar o agravar la depresión en pacientes con antecedentes de trastornos afectivos<sup>325,618,619</sup>. Un estudio indica que el tratamiento del alcoholismo debe preceder al tratamiento del tabaquismo para maximizar el efecto del primero<sup>483</sup>. Sin embargo, muchos estudios indican también que el tratamiento del tabaquismo no interfiere con la recuperación de los pacientes del abuso de otras sustancias<sup>474,475,477,480-482,620</sup>. El tratamiento del tabaquismo en pacientes con trastornos psiquiátricos se hace más complejo por la posibilidad de que haya múltiples diagnósticos y medicamentos psiquiátricos. El abandono del tabaco puede afectar a la farmacocinética de ciertos medicamentos psiquiátricos<sup>308,621</sup>. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben supervisar estrechamente la concentración o los efectos de la medicación en los fumadores que hacen el intento de dejar de fumar<sup>75</sup>.

### **Investigaciones futuras**

Los siguientes temas en relación con los trastornos psiquiátricos, incluyendo los trastornos por consumo de sustancias, requieren una investigación adicional:

- Eficacia relativa y alcance de los diferentes medicamentos para el tratamiento del tabaquismo y estrategias de asesoramiento en pacientes con comorbilidad psiquiátrica, como depresión.
- Eficacia y efectos de los tratamientos del tabaquismo en el contexto de los tratamientos de la dependencia química no tabáquica.

- Importancia y eficacia de la evaluación especializada y de las intervenciones personalizadas en esta población.
- Consecuencias del abandono del hábito tabáquico sobre los trastornos psiquiátricos y su tratamiento.

## **POBLACIONES MINORITARIAS RACIALES Y ÉTNICAS**

Algunas poblaciones minoritarias raciales y étnicas de los Estados Unidos, como afroamericanos, indios estadounidenses y nativos de Alaska, asiáticos e isleños del Pacífico e hispanos tienen mayor mortalidad por algunas enfermedades que por otras. Por ejemplo, los afroamericanos tienen un importante exceso de mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y muerte del lactante, en todo lo cual influye directamente el consumo de tabaco<sup>622-626</sup>. Por otra parte, los afroamericanos tienen mayor exposición a la publicidad del tabaco<sup>627-629</sup>. Los indios estadounidenses y los nativos de Alaska tienen algunas de las tasas más altas documentadas de mortalidad del lactante causada por Síndrome de Muerte Súbita en el Lactante,<sup>630,631</sup> la cual también depende del consumo de tabaco y el tabaquismo pasivo. Por lo tanto, la necesidad de aplicar intervenciones eficaces para la dependencia del tabaco en los fumadores de minorías étnicas y raciales es crítica. Desafortunadamente, los datos indican que gran parte de algunos grupos raciales y étnicos carece de acceso adecuado a los proveedores de atención primaria y tienen más probabilidades de tener un nivel socioeconómico bajo<sup>632,633</sup>. Estas poblaciones pueden conocer menos la asistencia sanitaria pública y otras prestaciones disponibles<sup>564,633-635</sup>, y es más probable que alberguen conceptos erróneos acerca de los tratamientos del tabaquismo<sup>636-639</sup>. Finalmente, estas poblaciones pueden tener menos probabilidades de recibir asesoramiento para dejar de fumar<sup>640,641</sup> y tratamiento del tabaquismo<sup>635,637,642</sup> que otras personas. Esto indica que se deben realizar esfuerzos especiales y proveer de recursos adecuados a estas poblaciones marginadas para satisfacer sus necesidades de tratamiento del tabaquismo<sup>4,643</sup>.

Las diferencias entre las minorías raciales y étnicas y los blancos en cuanto a la prevalencia del tabaquismo, los patrones de consumo de tabaco, la farmacocinética de la nicotina y el comportamiento de abandono del tabaco en los Estados Unidos están bien documentadas<sup>587,642,644-656</sup>. Por otra parte, la prevalencia y los patrones del tabaquismo varían sustancialmente dentro de los subgrupos minoritarios (p. ej.,

sexo, nivel de analfabetismo, comunidades tribales)<sup>636</sup>. grupos de minorías raciales y étnicas<sup>657-663</sup> también difieren de los blancos en el conocimiento de los efectos para la salud del hábito de fumar<sup>636,664-667</sup> y en el nivel de concienciación de los beneficios de los tratamientos de eficacia demostrada, y algunas poblaciones de minorías raciales y étnicas tienen un mayor sentimiento de fatalismo que puede afectar a las estrategias de prevención de las enfermedades<sup>637,660</sup>. Por otra parte, tanto la dependencia del tabaco como el deseo del abandonarlo parecen ser prevalentes en diversos grupos raciales y étnicos<sup>642,667-671</sup>. De hecho, los fumadores de varios grupos raciales y étnicos intentan el abandono con una frecuencia igual o mayor que los fumadores no minoritarios, pero usan tratamientos eficaces con menos frecuencia y tienen tasas de éxito menores<sup>642,672</sup>.

### **Investigaciones futuras**

Los siguientes temas con respecto a las minorías raciales y étnicas requieren una investigación adicional:

- Eficacia de intervenciones específicas de tratamiento del tabaquismo, incluyendo medicamentos y líneas telefónicas de abandono, en estas poblaciones (p. ej., fumadores indios estadounidenses y nativos de Alaska).
- Efectividad de intervenciones genéricas frente a intervenciones adaptadas culturalmente para las diferentes poblaciones de las minorías raciales y étnicas.
- Identificación y desarrollo de intervenciones para abordar las barreras o impedimentos específicos en la prestación, el consumo y el éxito del tratamiento, (p. ej., nivel socioeconómico bajo, acceso inadecuado a atención médica, tratamiento erróneo, no ver el consumo de tabaco como un problema).
- Identificación de motivadores para el abandono del hábito que sean especialmente eficaces en miembros de las poblaciones de las minorías raciales y étnicas (p. ej., miedo a la enfermedad que requiera atención a largo plazo y a la discapacidad).

## MUJERES

Los datos indican que las mujeres tienen más probabilidades de solicitar ayuda para sus intentos de dejar de fumar que los hombres<sup>673</sup>. Las investigaciones indican que las mujeres se benefician de las mismas intervenciones que los hombres, aunque hay datos contradictorios sobre si se benefician tanto como ellos<sup>156,157</sup>. Las mujeres pueden enfrentarse a diferentes factores estresantes y barreras para dejar de fumar que pueden abordarse en el tratamiento. Los mismos incluyen mayor probabilidad de depresión, mayor preocupación por el control del peso, ciclos hormonales, mayores motivos no farmacológicos para fumar (p. ej., socialización) y diferencias educativas, entre otros<sup>248</sup>. Esto sugiere que las mujeres pueden beneficiarse de tratamientos del tabaquismo que aborden estos temas, aunque pocos estudios han examinado programas dirigidos a un sexo en concreto.

### Investigaciones futuras

Los siguientes temas en relación con las diferencias de género requieren una investigación adicional:

- Las diferencias de sexo en la eficacia de los tratamientos del tabaquismo que se consideran efectivos en esta guía, incluyendo la asesoría y la efectividad de la vareniclina y la combinación de medicamentos.
- Efecto de los motivos específicos de sexo que pueden incrementar los intentos de abandono y el éxito (p. ej., abandono para mejorar la fertilidad y la salud reproductiva, resultado del embarazo, aspecto físico y osteoporosis).

## OTROS TEMAS Y POBLACIONES ESPECÍFICAS

### NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Recomendación:** Los profesionales sanitarios deben preguntar a los pacientes pediátricos y adolescentes sobre el consumo de tabaco y dar un fuerte mensaje sobre la importancia de abstenerse totalmente de tabaco.

(Nivel de evidencia: C).

**Recomendación:** El asesoramiento ha sido eficaz en el tratamiento de los adolescentes fumadores. Por lo tanto, se deben ofrecer a los adolescentes fumadores

**intervenciones de asesoramiento para ayudarles a dejar de fumar. (Nivel de evidencia: B)**

**Recomendación: El tabaquismo pasivo es perjudicial para los niños. El asesoramiento para el abandono en el contexto pediátrico ha sido eficaz en el aumento de la abstinencia en los padres que fuman. Por lo tanto, para proteger a los niños del tabaquismo pasivo los profesionales sanitarios deben preguntar a los padres su consumo de tabaco, y ofrecerles asesoramiento y asistencia para dejar de fumar. (Nivel de evidencia: B).**

## **Introducción**

El consumo de tabaco es un problema en pediatría. En los Estados Unidos aproximadamente 4.000 niños y adolescentes menores de 18 años fuman su primer cigarrillo cada día, y se estima que 1.200 niños, niñas y adolescentes se inician en el consumo de tabaco cada día<sup>44,674</sup>. El 90% de los adultos fumadores diarios fumó su primer cigarrillo antes de los 21 años<sup>675</sup>. Se estima que en 2006, 3,3 millones de adolescentes estadounidenses de edades comprendidas entre los 12 y 17 años fueron consumidores actuales de productos de tabaco (en el último mes) y 2,6 millones fueron consumidores actuales de cigarrillos<sup>43</sup>. Aunque el consumo de cigarrillos y cigarros disminuyó ligeramente a partir de 2005 en este grupo de edad, el uso de tabaco sin humo ha aumentado<sup>43</sup>. Si persisten los patrones actuales, se estima que 6,4 millones de jóvenes morirán prematuramente por una enfermedad relacionada con el tabaquismo<sup>675</sup>. Los jóvenes comienzan a experimentar y consumir habitualmente tabaco por diversas razones, como normas sociales y parentales, publicidad, películas populares y medios de comunicación, influencia de los iguales, padres fumadores, control del peso y curiosidad<sup>676-685</sup>. Sin embargo, la dependencia de la nicotina se establece rápidamente en los adolescentes<sup>686-689</sup>. Debido a la importancia de la prevención primaria, los médicos deben asegurarse de que ofrecen mensajes de prevención y abandono del consumo de tabaco a los pacientes pediátricos y sus padres. Como el consumo de tabaco con frecuencia comienza durante la preadolescencia<sup>690</sup>, los médicos deben evaluar e intervenir rutinariamente en esta población. La investigación sobre las diversas intervenciones sigue siendo prioritaria en esta población. Las revisiones actuales acerca de las intervenciones relacionadas con la prevención y el abandono del tabaquismo en adolescentes hasta ahora han demostrado una eficacia



escasa<sup>691,692</sup>. Un estudio nacional realizado en 2007 sobre la eficacia de estos programas para el abandono del tabaco en jóvenes mostro la ausencia de este tipo de programas en las comunidades más necesitadas, especialmente aquéllos en los que la prevalencia del tabaquismo entre los jóvenes continúa aumentando<sup>693</sup>. Las estrategias más útiles se pueden encontrar en el informe *Growing Up Tobacco Free*<sup>694</sup> del *Institute of Medicine* y en el informe *Reducing Tobacco Use*<sup>6</sup> del Ministro de Sanidad del año 2000, y recientemente las han abordado diversos autores<sup>695,696</sup>.

Los jóvenes subestiman enormemente el potencial adictivo de la nicotina. Los adolescentes fumadores, tanto ocasionales como diarios, tienen mayor probabilidad de creer que pueden abandonar el tabaco en cualquier momento que los no fumadores<sup>697</sup>. Sin embargo, sólo aproximadamente el 4% de los fumadores de entre 12 y 19 años de edad logra abandonar el tabaco cada año<sup>698,699</sup>, y la tasa de intento fallido en los adolescentes es superior a la de los fumadores adultos<sup>32</sup>. Los adolescentes están muy interesados en dejar de fumar, el 82% de los fumadores de 11 a 19 años está pensando en dejar de fumar<sup>700</sup>, y el 77% de ellos ha hecho un intento serio de abandonar el tabaco el año anterior<sup>701,702</sup>. Los intentos de abandono en adolescentes raras veces están planificados, y los adolescentes tienden a utilizar métodos para el abandono sin ayuda, no con ayuda<sup>32</sup>, aunque los jóvenes que se inscriben en un programa para dejar de fumar tienen el doble de probabilidades de tener éxito en su intento de dejar de fumar<sup>703,704</sup>.

### **Tratamiento del tabaquismo en niños y adolescentes**

**Asesoramiento.** Siete estudios cumplieron los criterios de selección y se incluyeron en el nuevo análisis de 2008 que comparó el asesoramiento con la atención habitual en adolescentes fumadores. Los resultados de este análisis se muestran en la tabla 7.4. Como puede observarse en este análisis, el uso de asesoramiento duplica las tasas de abstinencia a largo plazo en comparación con la atención habitual o con no recibir ningún tratamiento. En estos estudios la atención habitual puede haber incluido consejo breve, folletos de autoayuda, materiales de lectura o la derivación a otro centro. Hay que tener en cuenta que si bien el asesoramiento psicológico mejora significativamente las tasas de abstinencia, las tasas de abstinencia absoluta son bastante bajas, lo que demuestra la necesidad de mejorar

las intervenciones de asesoramiento en adolescentes. Un análisis de los estudios incluidos mostró una gran heterogeneidad entre los artículos analizados. Por ello, el Panel de Expertos decidió hacer una recomendación de tipo “B” en vez de “A”. Un reciente metanálisis de la colaboración Cochrane ofreció resultados contradictorios en relación con el asesoramiento como tratamiento del tabaquismo en jóvenes<sup>705</sup>.

**Tabla 7.4. Metanálisis (2008): Eficacia y tasas de abstinencia estimadas para el asesoramiento psicológico en adolescentes fumadores (n = 7 estudios)<sup>a</sup>.**

<b>Adolescentes fumadores</b>	<b>Número de estudios</b>	<b>Razón de posibilidades estimadas (IC del 95%)</b>	<b>Tasas de abstinencia estimadas (IC del 95%)</b>
Atención habitual	7	1.0	
Asesoramiento psicológico	7	1,8 (1,1-3,0)	11,6 (7,5-17,5)

<sup>a</sup> Se pueden consultar en [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) los artículos usados en este metanálisis.

Hubo muy pocos estudios para poder realizar un metanálisis sobre las técnicas utilizadas en el asesoramiento psicológico (p. ej., entrevistas motivacionales). Los estudios de intervención en adolescentes que mostraron resultados significativos utilizaron intervenciones variadas en cuanto a intensidad, formato y contenido. Un estudio utilizó una intervención que incluía una sesión de asesoramiento en persona y una llamada telefónica; las otras dos intervenciones incluyeron seis y ocho sesiones de asesoramiento en grupo. El contenido del asesoramiento de estas intervenciones incluía esfuerzos para aumentar la motivación de los adolescentes, establecer la transferencia, fijar metas, formar en resolución de problemas y habilidades, y prevenir las recaídas<sup>482,706,707</sup>. Un reciente metanálisis encontró efectos significativos para los estudios que emplearon estrategias cognitivas-conductuales (automonitorización y habilidades de afrontamiento), estrategias de influencia

social (que abordan las influencias sociales que sirven para promover o mantener el consumo de tabaco) y estrategias motivacionales (técnicas para aclarar el deseo de cambio y para reducir la ambivalencia hacia el cambio)<sup>704</sup>.

Una serie de estudios que compararon sesiones de grupo intensivas basadas en terapia social/cognitiva con sesiones de consejo breve de 10 a 20 minutos ofreció resultados prometedores, al menos cuando se midieron al final del tratamiento, en diversas poblaciones de adolescentes<sup>708-716</sup>. Las intervenciones deben ser adecuadas al desarrollo en todo el intervalo de edad de los adolescentes (p. ej., apropiado para los 12 años de edad frente a los 18 años). Además, se recomienda el asesoramiento y otras intervenciones en adultos jóvenes de 18 años a 24 años<sup>717</sup>.

Estudios recientes indican que se identifica y aconseja el abandono del tabaco a los adolescentes fumadores en el 33-55% de sus visitas al médico<sup>120,718,719</sup> y en aproximadamente el 20% de las visitas al dentista<sup>120</sup>. Recibió ayuda para dejar de fumar el 42% de los adolescentes, y se realizó seguimiento en sólo el 16% de los adolescentes<sup>719</sup>. Sin embargo, en una encuesta realizada a 5.000 adolescentes (todos los estudiantes de primero de secundaria de la ciudad de Memphis), más del 79% reconoció que se les había preguntado si fumaban<sup>718</sup>. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben indagar si los adolescentes son fumadores y ofrecerles asesoramiento y apoyo.

Preguntar acerca del consumo de tabaco y aconsejar a los adolescentes que lo abandonen son los puntos de partida para realizar intervenciones eficaces. Los profesionales sanitarios pueden utilizar intervenciones motivacionales como las que se enumeran en el Capítulo 3B, que se pueden adaptar para su uso con adolescentes<sup>173,706,720,721</sup>. Es importante que los profesionales sanitarios intervengan con los adolescentes de una manera que respete la confidencialidad y la privacidad (p. ej., entrevistando a los adolescentes sin la presencia de sus padres).

**Consejo realizado a los padres durante la visita de pediatría.** Recientes investigaciones indican que las intervenciones para prevenir el consumo de tabaco en los padres en las consultas de pediatría o durante las hospitalizaciones de los niños aumentan el interés de los padres por dejar de fumar<sup>198,722</sup>, el número de padres que intentan abandonar el tabaco<sup>198,199</sup> y las tasas de abstinencia<sup>172,723,724</sup>, aunque un estudio no ha encontrado tal efecto<sup>428</sup>.

Los niños y adolescentes también se benefician de que los padres reciban información sobre la exposición al tabaquismo pasivo. Una revisión de los estudios re-

alizados por el Panel de expertos puso de manifiesto que informar a los padres sobre los perjuicios de la exposición pasiva al humo del tabaco reduce la exposición de los niños a ese humo y puede reducir las tasas de tabaquismo de los padres<sup>198,725</sup>.

Se han planteado dudas acerca de si los profesionales sanitarios que atienden a niños y adolescentes podrían ofrecer tratamiento para el tabaquismo a los padres que fuman, y cómo podrían hacerlo. ¿Podrían estos tratamientos interferir con la relación médico-paciente que tienen estos padres con sus médicos? En respuesta a esta preocupación, la *American Medical Association* aprobó una declaración en 2005 apoyando la práctica de que los pediatras aborden el tabaquismo parental<sup>726</sup>.

**Uso de fármacos para tratar el tabaquismo.** A pesar de que la terapia sustitutiva con nicotina ha sido segura en los adolescentes, hay pocos datos de que estos fármacos y el bupropión SR sean eficaces en la promoción de la abstinencia a largo plazo del tabaco en los fumadores adolescentes<sup>727-731</sup>. Como consecuencia, no se recomiendan estos fármacos como componente de las intervenciones pediátricas sobre el tabaquismo. Un pequeño estudio piloto ( $n = 22$ ) encontró algunos efectos positivos iniciales de bupropión SR<sup>730</sup>. Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias a las 10-12 semanas tras la fecha de abandono del tabaco entre el placebo y el parche de nicotina<sup>727</sup> o entre el placebo y los chicles o parches a los 6 meses de la fecha de abandono<sup>729, 732</sup>. La mayoría de estos estudios incluyó también un componente de consejo intensivo (6 o más sesiones).

### Investigaciones futuras

Los siguientes temas en relación con los niños y adolescentes requieren una investigación adicional:

- Eficacia de la utilización de la estrategia de las 5 As en clínicas pediátricas para tratar a los adolescentes y a sus padres.
- Seguridad y eficacia de los fármacos en los adolescentes, incluyendo bupropión SR, TSN, vareniclina y vacuna nicotínica.

- Eficacia de las intervenciones de asesoramiento diseñadas específicamente para motivar a los jóvenes a dejar de fumar.
- Eficacia de intervenciones centradas en los niños, en la familia o en sus iguales, además de intervenciones para dejar de fumar realizadas a través de Internet, intervenciones con líneas telefónicas para el abandono y programas escolares.
- Estrategias para aumentar la eficacia, el atractivo y el alcance del asesoramiento en adolescentes fumadores.

### **Fumadores leves**

**Recomendación: Se debe identificar a los fumadores leves, se les debe instar encarecidamente a que dejen de fumar y se les debe ofrecer asesoramiento e intervenciones para dejar de fumar (Nivel de evidencia = B).**

El campo de investigación de la dependencia del tabaco no ha logrado consenso en torno a la definición de fumador leve. Para esta Guía, el panel de expertos consideró como fumador leve a toda persona que fuma menos de 10 cigarrillos al día, dado que estas personas con frecuencia son excluidas de los ECA que son la base de algunas recomendaciones terapéuticas. Esta definición incluye a personas que no fuman diariamente. El término fumador leve no hace referencia a fumadores de cigarrillos con bajo contenido en nicotina y alquitrán. A pesar de sus menores niveles de consumo, los fumadores leves tienen riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco<sup>733, 734</sup>. Un extenso estudio longitudinal realizado en Noruega ( $n = 42.722$ ) encontró un aumento en el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica y otras enfermedades relacionadas con el tabaco en los hombres y las mujeres que fumaban entre uno y cuatro cigarrillos por día<sup>735</sup>. Se encontraron resultados similares en una cohorte de fumadores fineses, en la que se observó un aumento de la morbilidad y la mortalidad cardiovasculares en los hombres que refirieron ser “fumadores ocasionales”<sup>736</sup>.

Los fumadores leves son cada vez más habituales, quizás debido a las restricciones al consumo de tabaco y los aumentos del precio de cigarrillos<sup>734, 737</sup>. Un reciente estudio *Nacional Health Interview Survey* (NHIS) encontró que aproximadamente el 25,4% de los fumadores adultos de los Estados Unidos fuma 10 o menos ciga-

rrillos por día, y el 11,6% fuma 5 o menos cigarrillos por día<sup>738</sup>. Muchos fumadores leves desean dejar de fumar, pero tienen dificultades para hacerlo<sup>734</sup>. Esto es coherente con los datos de que muchos fumadores leves son dependientes, aunque fumen pocos cigarrillos<sup>739</sup>. Los fumadores leves tienen, también, menos probabilidades de recibir tratamiento que los fumadores más intensos<sup>734, 740</sup>.

A los fumadores leves se les debe proporcionar asesoramiento acerca de los tratamientos identificados como eficaces en esta Guía. Un estudio encontró que la educación para la salud fue más eficaz que las entrevistas motivacionales en los fumadores leves ( $\leq 10$  cigarrillos por día) afroamericanos<sup>176</sup>.

**Uso de fármacos para tratar el tabaquismo.** Dos estudios examinaron la eficacia de los fármacos para tratar el tabaquismo en fumadores leves. Un estudio encontró que el uso de comprimidos de nicotina aumentó significativamente las tasas de abstinencia a los 12 meses en fumadores leves ( $\leq 15$  cigarrillos por día) en comparación con el placebo<sup>741</sup>. Otro estudio no encontró diferencias significativas entre chicles de nicotina de 2 mg y placebo<sup>176</sup>.

### Investigaciones futuras

Los siguientes temas en relación con los fumadores leves requieren una investigación adicional:

- Efectividad del consejo y el tratamiento farmacológico en este tipo de fumadores leves.

### Usuarios de tabaco distinto de los cigarrillos

**Recomendación:** se debe identificar a los usuarios de tabaco sin humo, se les debe instar enérgicamente a que dejen el tabaco y se les debe dar asesoramiento destinado a facilitar el abandono del tabaco (Nivel de evidencia =A)

**Recomendación:** los dentistas deberían ofrecer consejo breve a todos los usuarios de tabaco sin humo (Nivel de evidencia =A).

**Recomendación:** se debe identificar a los usuarios de cigarrillos puros, pipas y otras formas de tabaco diferentes de los cigarrillos, se les debe instar enérgicamente a que dejen el tabaco, y se les debe ofrecer el mismo tipo de consejo recomendado para los fumadores de cigarrillos (Nivel de evidencia = C).

Al igual que el consumo de cigarrillos, el uso de tabaco sin humo, como tabaco de mascar, rapé y rapé húmedo, produce adicción a la nicotina y tiene graves consecuencias para la salud<sup>742-744</sup>. Refirió consumo de tabaco sin humo en 2005 el 4% de los hombres adultos, y algo menos del 1% de las mujeres<sup>591,745</sup>. Los riesgos para la salud de estos productos incluyen abrasión de los dientes, recesión gingival, pérdida de hueso periodontal, leucoplasia, y cáncer oral y de páncreas<sup>745,746</sup>. Por lo tanto, el uso de tabaco sin humo no es una alternativa segura al cigarrillo<sup>747</sup> y no hay datos que sugieran que es eficaz para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

Los datos muestran que el asesoramiento es eficaz en el tratamiento de las personas que utilizan tabaco sin humo<sup>748-750</sup>. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben ofrecer asesoramiento para dejar de fumar y ayuda a sus pacientes que consumen tabaco, con independencia del tipo de tabaco consumido. Alguna información puede ser particularmente relevante en este tipo de pacientes. Por ejemplo, una gran mayoría de los consumidores de rapé húmedo sufre lesiones orales, y hacer hincapié en esta información durante un examen oral puede ser útil para motivar un intento de abandono del tabaco. Una revisión de la literatura mostró que cuando los sanitarios encargados de los cuidados dentales (p. ej., higienistas dentales) realizan un consejo breve de abandono, en el contexto de la información sobre la higiene oral, puede aumentar las tasas de abstinencia<sup>250,751</sup>.

Los fumadores de puros tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades coronarias, EPOC, periodontitis, y cáncer oral, de esófago, laringe, pulmón y de otros tipos, con datos de la existencia de relación dosis-respuesta<sup>752-756</sup>. La prevalencia de consumo de puros fue del 5% en los hombres y menos del 1% en las mujeres<sup>590</sup>. Aunque las ventas de cigarrillos han disminuido en la última década, en los Estados Unidos durante el año 2005 las ventas de puros han aumentado un 15,3%<sup>757</sup> y los “puritos” (puros pequeños) alcanzaron un máximo histórico de ventas en 2006<sup>758</sup>. Se sabe que los fumadores de puros minusvaloran los efectos sobre la salud de fumar cigarros, porque creen que son menos perjudiciales que los cigarrillos<sup>752,759</sup>. Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de las tendencias de uso de otros productos del tabaco distintos de los cigarrillos, como pipas, pipas de agua (también conocidas como hookahs y narghile), puritos, tabaco suelto, bidis y betel quid. El uso de todas estas formas de tabaco se asocia a cáncer de pulmón, estómago, cavidad oral, laringe y esófago<sup>760</sup>. Además, no está suficientemente claro si los que utilizan estas formas de tabaco, las combinen o no con cigarrillos, tienen más o menos dificultad para conseguir la abstinencia del tabaco que los fumadores exclusivos de cigarrillos<sup>761,762</sup>.

**Uso de fármacos para tratar la dependencia del tabaco.** Los datos actuales no son suficientes para poder sugerir que el uso de fármacos para tratar el tabaquismo aumenta la abstinencia a largo plazo en los usuarios de tabaco sin humo. Estudios realizados hasta la fecha con diversos fármacos no han demostrado que la utilización de estos aumente las tasas de abstinencia<sup>750,751,763,764</sup>.

### **Investigaciones futuras**

Los siguientes temas en relación con los consumidores de formas de tabaco diferentes de los cigarrillos requieren una investigación adicional:

- Eficacia de los tratamientos de asesoramiento y orientación en el fomento de la abstinencia en los usuarios de productos del tabaco diferentes de los cigarrillos, incluyendo los usuarios de tabaco sin humo, pipas, cigarros, y hookahs
- Eficacia de los fármacos utilizados para fomentar la abstinencia en los usuarios de productos del tabaco diferentes de los cigarrillos, incluidos los usuarios de tabaco sin humo, pipas, cigarros, y hookahs
- Eficacia de la combinación de fármacos, asesoramiento y tratamientos conductuales en los usuarios de productos del tabaco diferentes de los cigarrillos.
- Eficacia de la medicación y el asesoramiento en las personas consumidoras tanto de productos del tabaco diferentes de los cigarrillos como de cigarrillos (usuarios mixtos).

### **Embarazadas fumadoras**

**Recomendación:** Debido a los graves riesgos del tabaquismo para la embarazada fumadora y para el feto, siempre que sea posible a las fumadoras embarazadas se les deben ofrecer intervenciones psicosociales directas para dejar de fumar que vayan más allá del consejo breve. (Nivel de evidencia = A).

**Recomendación:** Si bien la abstinencia en fases tempranas del embarazo produce los mayores beneficios para el feto y para la futura madre, dejar de fumar en cualquier momento del embarazo puede producir beneficios. Por lo



**tanto, los profesionales sanitarios deben ofrecer intervenciones eficaces para tratar el tabaquismo en embarazadas fumadoras en la primera visita prenatal, así como a lo largo de todo el embarazo. (Nivel de evidencia = B).**

**Intervenciones psicosociales.** Los criterios de selección de los estudios incluidos para realizar el metanálisis en embarazadas se ajustaron para que fueran adecuados para esta población singular. Los datos de abstinencia se incluyeron únicamente si se habían confirmado bioquímicamente, debido al alto porcentaje de ocultación del tabaquismo en las embarazadas<sup>765-769</sup>. Se seleccionaron dos períodos temporales de seguimiento diferentes: abstinencia prenatal (> 24 semanas de gestación) y abstinencia más de 5 meses después del parto. Para el metanálisis, la intervención mínima (<3 minutos) o las intervenciones señaladas como “asistencia habitual” constituyeron la situación de referencia. Ocho estudios cumplieron los criterios y se los incluyó en el análisis comparativo de la intervención psicosocial individualizada directa para dejar de fumar con la asistencia habitual en mujeres embarazadas. Una intervención de “asistencia habitual” con embarazadas fumadoras normalmente consiste en una recomendación de dejar de fumar, que a menudo se completa con la entrega de materiales de autoayuda o la remisión de la embarazada a programas de abandono del tabaco o de consejo breve. Las intervenciones psicosociales individualizadas directas típicamente incluyeron estos componentes del tratamiento además de un consejo más intensivo que el consejo mínimo. Un estudio incluyó 12 sesiones de consejo telefónico después de una primera sesión presencial, y el resto de los estudios incluyó por lo menos dos sesiones presenciales de asesoramiento. Un estudio utilizó una intervención grupal y el resto de los estudios sesiones individualizadas. Seis de los estudios ofrecieron asesoramiento sólo durante el embarazo, uno ofreció asesoramiento en el hospital y otro después del parto. Como se recoge en la tabla 7.5, las intervenciones psicosociales son significativamente más eficaces que la asistencia habitual para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar durante el embarazo. Estos resultados son congruentes con los de otras revisiones independientes<sup>770</sup>. También se realizó un metanálisis para examinar los efectos de las intervenciones psicosociales en la abstinencia posparto. La razón de posibilidades para la intervención psicosocial fue compatible con un efecto positivo sobre la abstinencia posparto; sin embargo, los resultados no fueron estadísticamente significativos (RP = 1,6, IC del 95%: 0,7-3,5). Los resultados de los estudios que utilizaron el asesoramiento telefónico como único

formato que comparó los resultados confirmados bioquímicamente con una intervención mínima muestran un posible efecto diferencial entre fumadoras leves y fumadoras intensas y subrayan la necesidad de seguir investigando acerca de este formato<sup>771,772</sup>.

**Tabla 7.5. Metanálisis (2008): Eficacia y tasas de abstinencia preparto estimadas para intervenciones psicosociales en fumadoras embarazadas (n = 8 estudios)<sup>a</sup>.**

<b>Embarazadas fumadoras</b>	<b>Número de grupos</b>	<b>Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)</b>	<b>Porcentaje de abstinencia estimado (IC del 95%)</b>
Asistencia habitual	8	1,0	7,6
Intervención psicosocial (abstinencia preparto)	9	1,8 (1,4–2,3)	13,3 (9,0–19,4)

<sup>a</sup> Véase [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) para acceder a los artículos utilizados en este metanálisis.

Algunos componentes de las intervenciones psicosociales individuales directas se enumeran en la tabla 7.6. Estas intervenciones se seleccionaron de los artículos incluidos en el metanálisis de la tabla 7.5 y deberían servir de guía a los profesionales sanitarios para el tratamiento de las fumadoras embarazadas.

**Tabla 7.6. Ejemplos de intervenciones psicosociales efectivas en fumadoras embarazadas**

<p>Consejo médico en relación con los riesgos relacionados con el tabaquismo (2-3 minutos), cintas de vídeo con información sobre los riesgos, obstáculos, y consejos para dejar de fumar, asesoramiento con una matrona en una sesión única de 10 minutos, manual de autoayuda y envío de cartas de seguimiento<sup>773</sup>.</p>
<p>Materiales de autoayuda específicos para la embarazada (<i>Pregnant Woman's Self-Help Guide To Quit Smoking</i>) y una sesión de consejo de 10 minutos con un profesional de educación para la salud<sup>774</sup>.</p>
<p>Una sesión de consejo de 90 minutos por un asesor más llamadas telefónicas de seguimiento bimensuales durante el embarazo y llamadas mensuales después del parto<sup>775</sup>.</p>

Fumar durante el embarazo supone riesgos para la mujer y el feto. Se ha demostrado que el tabaquismo en las embarazadas produce resultados adversos fetales, como mortinatos, abortos espontáneos, retraso del crecimiento fetal, parto prematuro, bajo peso al nacimiento, desprendimiento placentario prematuro y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), y se ha vinculado a trastornos cognitivos, emocionales y conductuales en los niños<sup>776,777</sup>. Muchas mujeres están motivadas para dejar de fumar durante el embarazo, y los profesionales sanitarios deben reforzar la motivación aumentando los conocimientos de la madre de que el abandono del tabaco reducirá los riesgos para la salud del feto y ofrece beneficios después del parto para la madre y el niño<sup>778-780</sup>

El primer paso en la intervención es identificar el hábito tabáquico. Esto es especialmente importante en una población en la que existe una fuerte estigmatización contra el consumo de tabaco, ello aumenta la posibilidad de ocultación<sup>781,782</sup>. Diversas investigaciones han demostrado que el uso de preguntas de elección múltiple (véase la tabla 7.7), en contraposición a una pregunta sencilla de tipo sí /no, puede aumentar la identificación de mujeres embarazadas fumadoras en hasta el 40%<sup>783,784</sup>.

**Tabla 7.7. Propuestas prácticas para ayudar a una paciente embarazada a dejar de fumar**

<b>Práctica clínica</b>	<b>Fundamento</b>
<p>Evaluar en la mujer embarazada el consumo de tabaco mediante una pregunta de elección múltiple para mejorar la veracidad de la respuesta.</p>	<p>Muchas mujeres embarazadas niegan el consumo de tabaco y la pregunta en formato de elección múltiple mejora la veracidad de la respuesta.</p> <p>Por ejemplo:</p> <p>¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación ante el consumo de cigarrillos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahora fumo habitualmente, aproximadamente la misma cantidad que antes de estar embarazada.</li> <li>• Ahora fumo habitualmente, pero lo voy a dejar desde ahora que me he enterado que estoy embarazada.</li> <li>• Fumo de vez en cuando.</li> <li>• He dejado de fumar desde que supe que estaba embarazada.</li> <li>• No fumaba nada cuando supe que estaba embarazada, y actualmente no fumo.</li> </ul>
<p>Felicitar a las fumadoras que han dejado de fumar.</p>	<p>Animarles a mantenerse abstinentes.</p>
<p>Motivar para dejar de fumar con mensajes educativos sobre las consecuencias del tabaquismo sobre la salud materna y fetal.</p>	<p>Se asocia a altas tasas de abandono del tabaco.</p>
<p>Dar un consejo claro y serio para dejar de fumar.</p>	<p>Dejar de fumar en las primeras semanas del embarazo proporciona el mayor beneficio para el feto.</p>

Utilizar métodos de asesoramiento para la resolución de problemas y proporcionar apoyo social y materiales de autoayuda específicos para el embarazo.	Refuerza los beneficios específicos para el embarazo y aumenta las tasas de abstinencia.
Organizar las evaluaciones de seguimiento durante el embarazo, incluyendo un mayor estímulo para el abandono.	La mujer embarazada y el feto, se benefician del abandono del tabaco, incluso en fases avanzadas del embarazo
En el período posparto temprano, evaluar la posibilidad de recaída y estar dispuesto a seguir o volver a aplicar las intervenciones para dejar de fumar, reconociendo que las pacientes pueden minimizar o negar el consumo de tabaco.	Las tasas de recaída aumentan después del parto, incluso si una mujer ha mantenido la abstinencia durante el embarazo.

Dejar de fumar antes de la concepción o en una fase temprana del embarazo es más beneficioso, pero dejar de fumar es beneficioso para la salud en cualquier momento<sup>742,785-787</sup>. Se estima que el 20% o más de los casos de bajo peso al nacimiento podría evitarse abandonando el tabaco durante el embarazo<sup>592,788</sup>. Por lo tanto, una fumadora embarazada debe recibir apoyo y ayuda para dejar de fumar durante el embarazo. A las mujeres que acuden a consulta preconcepcional o a otras consultas médicas también se les deben ofrecer intervenciones contra el tabaquismo, porque el consumo de tabaco puede disminuir la fertilidad<sup>1789,790</sup> y algunos efectos adversos del tabaco se producen en una fase temprana del embarazo<sup>788</sup>. Además, el tratamiento del tabaquismo antes de la concepción ofrece más opciones al profesional sanitario, incluyendo las opciones de medicación, cuando no se plantean preocupaciones por la salud fetal.

Incluso mujeres que han mantenido la abstinencia total del tabaco durante 6 o más meses en el embarazo presentan una elevada tasa de recaída en el período posparto<sup>787,791,792</sup>. Las recaídas posparto pueden disminuirse manteniendo el énfasis entre la relación existente entre el consumo de tabaco por la madre y la salud infantil (p. ej., SMSL, infecciones respiratorias, asma y enfermedades del oído medio)<sup>793-798</sup>. Un estudio piloto encontró que la intervención para prevenir la re-

caída era efectiva<sup>799</sup>. Sin embargo, dos revisiones de estudios de prevención de las recaídas (antes y después del parto) no encontraron ninguna reducción significativa de las recaídas<sup>185,770</sup>. Es necesario continuar investigando acerca de la prevención de las recaídas en el posparto. La tabla 7.7 recoge los factores clínicos que se deben abordar con mujeres embarazadas para aconsejarles acerca del consumo de tabaco.

Los resultados del metanálisis confirman la efectividad de los materiales de autoayuda en mujeres fumadoras que quieren dejarlo durante el embarazo, en comparación con folletos informativos básicos o ninguna información (véase tabla 7.8). Los folletos y guías se utilizaron en los dos estudios como material de autoayuda. Otros estudios documentan resultados favorables cuando los materiales de autoayuda, con o sin una breve discusión/asesoramiento, se añaden al consejo habitual de dejar de fumar<sup>774,800</sup>.

**Tabla 7.8. Metanálisis (2008): Efectividad y tasas de abstinencia de la intervención preparto con materiales de autoayuda en fumadoras embarazadas (n = 2 estudios)<sup>a</sup>**

<b>Embarazadas fumadoras</b>	<b>Número de grupos</b>	<b>Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)</b>	<b>Porcentaje de abstinencia estimado (IC del 95%)</b>
Asistencia habitual	2	1,0	8,6
Materiales de autoayuda (Preparto)	2	1,9 (1,2–2,9)	15,0 (10,1–21,6)

<sup>a</sup> Véase [www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm) para acceder a los artículos utilizados en este metanálisis.

**Uso de fármacos para dejar de fumar y embarazadas. Efectividad.** Los datos sobre la efectividad de la terapia sustitutiva con nicotina en fumadoras embarazadas incluyen tres estudios aleatorizados y controlados de parches de nicotina. Un estudio asignó aleatoriamente a 250 mujeres embarazadas que seguían fumando durante el primer trimestre del embarazo a tratamiento con parches de 15 mg, de

16 horas, durante 8 semanas y parches de 10 mg, de 16 horas, durante 3 semanas adicionales, o a un placebo. No se observaron diferencias significativas en las tasas de abstinencia, el número de cigarrillos fumados, el peso al nacimiento ni el número de partos prematuros<sup>801</sup>. Un estudio similar del parche de nicotina en 30 mujeres embarazadas que seguían fumando 15 o más cigarrillos al día después del primer trimestre encontró un efecto moderado pero no significativo en las tasas de abstinencia (el 23% en el grupo tratado con el parche y asesoramiento frente al 0% en el grupo tratado con parche placebo y asesoramiento)<sup>802</sup>. En un reciente estudio<sup>803</sup> se aleatorizó a 181 mujeres embarazadas a terapia cognitiva-conductual (TCC) y TSN o TCC sola. Las mujeres del grupo de TSN y TCC tuvieron una probabilidad significativamente mayor de ser abstinentes 7 semanas después de la aleatorización (el 29% frente al 10%) y a las 38 semanas de gestación (el 22% frente al 7%). El estudio se detuvo antes de la finalización por razones de seguridad (véase la sección de seguridad, más adelante). De acuerdo con estos datos, el panel de expertos no hizo ninguna recomendación respecto del uso de fármacos durante el embarazo.

**Uso de fármacos para dejar de fumar y embarazadas. Seguridad:** El consumo de cigarrillos es el mayor factor de riesgo modificable de morbilidad y mortalidad relacionadas con el embarazo en los Estados Unidos<sup>804</sup>. Los efectos adversos del consumo de tabaco durante el embarazo y después del mismo incluyen incremento del riesgo de aborto espontáneo<sup>805</sup>, parto prematuro<sup>806</sup>, placenta previa<sup>807</sup>, retraso del crecimiento fetal<sup>808-810</sup>, SMSL<sup>811,812</sup> y otros muchos riesgos para la salud de la mujer y su hijo<sup>794,813</sup>.

El humo del cigarrillo contiene miles de componentes químicos, muchos de los cuales pueden producir toxicidad reproductiva. Son especialmente preocupantes el monóxido de carbono, la nicotina y los oxidantes<sup>814</sup>. Concentraciones altas de monóxido del carbono tienen efectos neuroteratogénos<sup>815,816</sup>. Los oxidantes químicos probablemente contribuyen a un aumento del riesgo de complicaciones tromboticas y, al reducir la disponibilidad del óxido nítrico, contribuyen a provocar vasoconstricción placentaria y parto prematuro<sup>817,818</sup>.

La nicotina puede contribuir a los efectos adversos del tabaco durante el embarazo y puede lesionar al feto<sup>819-821</sup>. La nicotina puede causar insuficiencia uteroplacentaria por vasoconstricción, neurotoxicidad fetal que produce retraso o daño del desarrollo cerebral, inhibe la maduración de las células pulmonares y aumenta el riesgo de SMSL. Estas conclusiones se basan fundamentalmente en estudios rea-

lizados en animales. Se han realizado relativamente pocos estudios en seres humanos sobre los efectos de la nicotina pura en el embarazo.

Algunos estudios de exposición breve a parches o chicles de nicotina han demostrado pequeños efectos hemodinámicos en la madre y el feto, generalmente menores que los que se ven con el consumo de cigarrillos<sup>822</sup>. Los tres ensayos clínicos de uso de TSN en embarazadas han ofrecido poca información sobre la seguridad de su uso. El ensayo de Wisborg de 250 mujeres aleatorizadas al parche de nicotina (15 mg) o al placebo durante 11 semanas no encontró datos de efectos adversos graves producidos por la nicotina<sup>801</sup>; por el contrario, el peso al nacimiento era significativamente mayor en los hijos de la embarazadas tratadas con TSN, posiblemente por la reducción del número de cigarrillos fumados en el grupo de embarazadas tratadas con TSN. El estudio de Kapur incluyó a 30 mujeres aleatorizadas a tratamiento con parches de nicotina (15 mg) o un placebo, y no se observó ningún efecto adverso serio con la TSN<sup>802</sup>. Una mujer tratada con placebo sintió síntomas intensos de abstinencia de la nicotina, asociado a aumento de los movimientos fetales, lo que llevó a su retirada del ensayo. El estudio de Pollack incluyó a 181 mujeres, 122 aleatorizadas a TCC más TSN y 59 a TCC sola<sup>803</sup>. El grupo de TSN podía seleccionar parches, chicles o comprimidos de nicotina, o no utilizar TSN. Más de la mitad de las mujeres seleccionó los parches de nicotina, y la dosis se ajustó según el número de cigarrillos fumados al día en el momento de su entrada en el estudio. Como ya se descrito en la sección de efectividad, las mujeres tratadas con TSN tuvieron tasas significativamente mayores de abstinencia durante el embarazo que las mujeres tratadas exclusivamente con TCC. Sin embargo, el comité de monitorización de la seguridad (CMS) cerró prematuramente el estudio por una incidencia mayor de reacciones adversas. Se produjeron reacciones adversas graves en el 30% del grupo tratado con TSN frente al 17% del grupo que realizó TCC exclusivamente. La reacción adversa más grave fue el parto pretérmino. Las diferencias se podrían explicar por la existencia de diferencias previas en un antecedente de parto pretérmino al inicio del estudio entre ambos grupos. El CMS indicó que hubo que finalizar el estudio por las reglas de finalización establecidas *a priori*; sin embargo, no creyeron que las reacciones adversas graves estuviesen relacionadas con la TSN. Los autores concluyeron que este estudio no puede confirmar ni negar lo publicado en la literatura acerca de los riesgos del empleo de la TSN durante el embarazo.



Morales-Suarez-Varela y cols. presentaron datos de un estudio de cohortes retrospectivo que indica que el uso de TSN en mujeres que dejaron de fumar pero que utilizaron sustitutivos de la nicotina durante las 12 primeras semanas del embarazo se asoció a un aumento pequeño, pero significativo, de malformaciones congénitas en comparación con las madres que siguieron fumando durante el primer trimestre del embarazo<sup>823</sup>. Sin embargo, este estudio tiene múltiples problemas metodológicos importantes que dificultan la interpretación de sus resultados. Además, el número de casos de malformación en el grupo de TSN fue bastante pequeño y los cocientes de las tasas de prevalencia de malformaciones en comparación con el grupo control tenían significación limítrofe. Además, se han planteado preocupaciones por la posible existencia de abortos espontáneos no detectados en el grupo de fumadoras. Por otro lado, la mayoría de las mujeres que utilizan TSN lo hace durante el segundo o el tercer trimestre, y no se presentaron datos de efectos adversos en estas mujeres.

La seguridad no es categórica. Una designación de “seguro” refleja la conclusión de que los beneficios de un fármaco superan a sus riesgos. Es muy probable que la nicotina tenga efectos adversos sobre el feto durante el embarazo. Aunque el uso de TSN durante el embarazo expone a las mujeres embarazadas a la nicotina, fumar las expone a los efectos adversos de la nicotina y de otros numerosos productos químicos perjudiciales tanto para la mujer como para el feto. Se deben tener en consideración estas preocupaciones en el contexto de datos no concluyentes de que los medicamentos para dejar de fumar aumentan la tasa de abstinencia en fumadoras embarazadas.

### **Investigaciones futuras**

Los siguientes temas en relación con el consumo de tabaco durante el embarazo requieren una investigación adicional:

- Prevención de las recaídas en mujeres embarazadas y mujeres que han parido recientemente.
- Efectividad de los tratamientos psicosociales no presenciales, como las líneas telefónicas de ayuda y los programas basados en Internet.

- Seguridad y efectividad de los fármacos para tratar el tabaquismo (bupropión SR, TSN y vareniclina) durante el embarazo para la mujer y para el feto, incluyendo los riesgos y beneficios relativos de utilizar la medicación en función del nivel de dependencia, con una formulación y un momento adecuados del uso de los fármacos.
- Seguridad y efectividad de los fármacos para tratar el tabaquismo, especialmente vareniclina y bupropión SR, así como las distintas formas de TSN, par ala mujer y el niño durante la lactancia.
- Efectividad del uso de incentivos económicos para promover el abandono y mantener la abstinencia.
- Efectos del consumo de tabaco sobre los tratamientos para la fertilidad y los efectos y efectividad de las intervenciones para dejar de fumar en la población infértil, tanto hombres como mujeres.
- Efectos de registrar el consumo de tabaco y ofrecer ayuda para dejar de fumar como parte de la base de datos nacional para los tratamientos tecnológicos de la infertilidad (*Center for Disease Control and Prevention's Assisted Reproductive Technology [ART]*). [www.cdc.gov/art](http://www.cdc.gov/art).
- Efectividad de los programas de prevención de las recaídas en embarazadas fumadoras que han dejado de fumar espontáneamente.
- Efectividad de diferentes tipos de asesoramiento, terapias conductuales e intervenciones motivacionales (p. ej., retroalimentación fisiológica sobre los efectos adversos del consumo de tabaco, beneficios del abandono) para las mujeres embarazadas en general y las poblaciones de alta prevalencia (p. ej., mujeres indias estadounidenses y nativas de Alaska, sobre todo).
- Estrategias para vincular entre sí las intervenciones aplicadas antes de la concepción, el embarazo y el período posparto (incluyendo a pediatras).

## Ganancia de peso al dejar de fumar

**Recomendación:** Para los fumadores que están muy preocupados por la ganancia de peso al dejar de fumar puede ser muy apropiado prescribir o recomendar bupropión SR o TSN (en particular, chicles y pastillas de nicotina), que han sido eficaces para retrasar la ganancia de peso después de dejar de fumar. (Nivel de evidencia = B).

La mayoría de fumadores que dejan de fumar gana peso. La mayoría ganará menos de 4,5 kg, pero hay un amplio intervalo de ganancia de peso: el 10% pueden ganar hasta 13,5 kg<sup>824-827</sup>. Sin embargo, la ganancia de peso que sigue al abandono del tabaco es un riesgo menor para la salud en comparación con los riesgos de continuar fumando<sup>824</sup>.

Las mujeres tienden a ganar ligeramente más peso que los hombres<sup>828</sup>. En ambos sexos, los afroamericanos, las personas menores de 55 años y los fumadores intensos (los que fuman más de 25 cigarrillos al día) ellos tienen un riesgo elevado de tener un mayor incremento de peso<sup>826,829-831</sup>.

Para algunos fumadores, sobre todo las mujeres, la preocupación sobre el peso o los miedos sobre la ganancia de peso son factores que les pueden motivar a empezar a fumar o a continuar fumando<sup>832-836</sup>.

Los adolescentes, incluso tan jóvenes como en el segundo ciclo de primaria, que se preocupan por su peso se inician al consumo de tabaco más a menudo que otros adolescentes<sup>683,837-838</sup>.

Las preocupaciones acerca del peso varían mucho por grupos raciales. Por ejemplo, las adolescentes afroamericanas tienen mucha menor probabilidad que las estadounidenses blancas de origen europeo a referir que fuman para controlar el peso<sup>683,839</sup>. Ésta es un área importante para realizar más estudios, porque hay poca investigación en tabaquismo sobre mujeres de minorías raciales/étnicas<sup>683</sup>.

No hay datos convincentes de que intervenciones de consejo diseñadas específicamente para mitigar la ganancia de peso durante los esfuerzos por dejar de fumar reduzcan dicha ganancia<sup>165,499,840</sup>. Tampoco está claro que estas intervenciones afecten al éxito del abandono; específicamente, estas intervenciones no parecen afectar adversamente al éxito del abandono<sup>499,840-842</sup>.

La terapia sustitutiva con nicotina, en particular los chicles de 4 mg y las pastillas de 4 mg, parecen ser eficaces para retrasar el aumento de peso. Además, parece haber una relación dosis-respuesta entre el uso del chicle y la ganancia de peso (es

decir, a mayor uso del chicle, menor ganancia de peso). El bupropión SR también parece ser eficaz para retrasar la ganancia de peso<sup>484,843-845</sup>. Sin embargo, una vez que se finaliza el tratamiento con el chicle o con bupropión SR, el fumador que ha dejado de fumar tiene una ganancia de peso que es aproximadamente la misma que habría tenido si no hubiera utilizado los fármacos (chicles o bupropión SR)<sup>843,846-848</sup>. El aumento de peso después de dejar de fumar parece deberse tanto al aumento de la ingesta (p. ej., comer, incluyendo alimentos ricos en calorías, y consumir alcohol) como a la disminución del metabolismo. La participación de mecanismos metabólicos indica que incluso si los fumadores no aumentan la ingesta calórica al dejar de fumar, en promedio ganan algo de peso<sup>849-852</sup>. Una vez que una persona recae y empieza a fumar al mismo nivel que antes de dejar el tabaco, habitualmente perderá parte o la totalidad del peso ganado durante el intento de dejar de fumar.

Los datos de investigación anteriores muestran por qué la preocupación por la ganancia de peso puede ser un obstáculo para el abandono del tabaco. Muchos fumadores (especialmente mujeres) están preocupados por su peso y temen que se produzca un aumento de peso al dejar el tabaco. Muchos también creen que pueden hacer poco para prevenir el aumento de peso después de dejar de fumar, excepto volver a fumar. Estas creencias son difíciles de abordar clínicamente porque el tabaquismo sí parece afectar al peso.

### **Recomendaciones para los profesionales sanitarios a la hora de tratar los problemas de ganancia de peso.**

¿Cómo deberían abordar los profesionales sanitarios la preocupación por el aumento de peso? En primer lugar, el profesional sanitario no debe negar ni minimizar la posibilidad del aumento de peso ni su importancia para el paciente. Por el contrario, el profesional sanitario debe informar al paciente de la probabilidad de aumento de peso y prepararle para cuando ocurra. El profesional sanitario debe luchar también contra los miedos exagerados sobre el aumento de peso debido al aumento de peso relativamente moderado que suele producirse. Ciertos tipos de información pueden ayudar a preparar al paciente para afrontar el aumento de peso después de dejar de fumar (véase la tabla 7.9). Los profesionales sanitarios también deben informar al paciente que el tabaco representa un riesgo para la salud mucho mayor que el despreciable riesgo para la salud que supone el pequeño aumento de peso asociado a la abstinencia de fumar.

En segundo lugar, durante el intento de dejar de fumar el profesional sanitario debe

ofrecer ayuda para abordar el aumento de peso del paciente (ya sea personalmente o través de una interconsulta) una vez que el paciente ha logrado dejar de fumar. Se debe animar al paciente a mantener o adoptar un estilo de vida saludable, incluyendo realizar ejercicio moderado, comer muchas frutas y verduras y limitar el consumo de alcohol<sup>502,853</sup>.

## **Ejercicio**

Las investigaciones disponibles no muestran que las intervenciones para aumentar el ejercicio aumenten las tasas de abstinencia<sup>842,854</sup>. Sin embargo, un estudio reciente mostró que un programa de ejercicio de tres sesiones de 45 minutos por semana aumenta la tasa de abstinencia a largo plazo y retrasa el aumento de peso en mujeres cuando se combina con un programa cognitivo-conductual para dejar de fumar<sup>853</sup>. Como en el caso de las intervenciones de pérdida de peso, no hay pruebas de que el ejercicio pueda socavar el éxito de las intervenciones para dejar de fumar. Algunos datos sugieren que el aumento de peso se reduce si el abandono del tabaco se acompaña de un aumento moderado de la actividad física<sup>885</sup>. Los programas de ejercicio físico vigoroso no deben realizarse sin consultar a un médico. Aunque puede ser difícil conseguir que los fumadores cumplan un programa de ejercicio vigoroso, se les debe animar a realizar ejercicio físico moderado como parte de un estilo de vida saludable<sup>856</sup>.

### **Tabla 7.9. Afirmaciones que puede utilizar el profesional sanitario para ayudar a un paciente a prepararse y hacer frente al aumento de peso al dejar de fumar.**

---

#### **Afirmaciones del profesional sanitario**

---

La gran mayoría de los fumadores aumenta de peso una vez que deja de fumar. Sin embargo, incluso sin dieta o ejercicio especial, el aumento de peso es por lo general 4,5 kg. o menos.

---

Algunos medicamentos, como la terapia sustitutiva con nicotina y el bupropión SR, pueden retrasar el aumento de peso.

---

Hay datos de que los fumadores suelen ganar peso una vez que dejan de fumar, incluso si no comen más. Sin embargo, hay medicamentos que les ayudarán a dejar de fumar y limitan o retrasan el aumento de peso. Le puedo recomendar uno a usted.

---

---

La ganancia de peso al dejar de fumar es un riesgo leve para su salud en comparación con los riesgos que supone continuar fumando.

Sé que usted no quiere ganar mucho peso. Sin embargo, vamos a centrarnos en las estrategias para mejorar su salud y no en el aumento de peso. Plantéese comer muchas frutas y verduras, haga ejercicio de forma regular, duerma lo suficiente y evite comidas y bebidas ricas en calorías. En este momento probablemente esto sea lo mejor que puede hacer usted para su peso y su salud.

Aunque puede ganar peso después de dejar de fumar, debe comparar la importancia de este aumento de peso con los años de vida saludable que ganará, la mejora de su apariencia (menos arrugas en la piel, dientes más blancos, aliento más fresco) y los buenos sentimientos sobre el abandono del tabaco.

---

### **Investigaciones futuras**

Los siguientes temas en relación con la ganancia de peso en el proceso de abandono del tabaco requieren una investigación adicional:

- Eficacia de las medidas de control de peso durante los intentos de abandono del tabaco y su efecto sobre la abstinencia del tabaco y sobre el peso, incluido el calendario de aplicación de las medidas de control del peso.
- Eficacia de los fármacos para controlar el aumento de peso durante el proceso de abandono del tabaco.
- Eficacia del ejercicio para controlar el aumento de peso durante el intento de abandono del tabaco, incluida la “dosis” óptima de ejercicio para minimizar la ganancia de peso sin poner en peligro la abstinencia.
- Efecto de las preocupaciones sobre la ganancia de peso en poblaciones específicas, como adolescentes fumadores y mujeres de grupos étnicos minoritarios.
- Estrategias para aumentar el cumplimiento a protocolos de ejercicio como parte de las intervenciones terapéuticas para dejar de fumar destinadas a reducir el aumento de peso.



## GLOSARIO

**Abandono mediante fax.** Referencia para pacientes en la que el sujeto y el proveedor rellenan un documento con la pertinente información, que es enviado por fax a una línea telefónica de ayuda para el seguimiento.

**Abstinencia (porcentual).** Porcentaje de fumadores que consiguen una abstinencia prolongada del consumo de tabaco. La medida de abstinencia utilizada más frecuentemente por ésta Guía fue el porcentaje de fumadores en un grupo o situación de tratamiento que estaba abstinentes en un momento puntual del seguimiento que ocurría, al menos, 5 meses tras el tratamiento.

**Abstinencia autoinformada.** Abstinencia basada en la declaración verbal del paciente, que puede o no ser verificada clínicamente por métodos biológicos.

**Abstinencia continuada.** Medida de la abstinencia del tabaco basada en el hecho de que los individuos están abstinentes del consumo de tabaco continuamente desde el día del abandono hasta el que se designa como punto final (p. ej., final del tratamiento, 6 meses tras el día de abandono).

**Abstinencia puntual.** Medida de la abstinencia del consumo de tabaco basada en el consumo de tabaco en un período de tiempo determinado (generalmente 7 días) previo a una evaluación de seguimiento.

**Acetato de plata.** El acetato de plata reacciona con el humo del cigarrillo y produce un sabor desagradable, y se ha investigado como disuasor del consumo. No está autorizado por la FDA para esta indicación.



**Acupuntura.** Tratamiento que supone la colocación de agujas en áreas específicas del cuerpo con la intención de promover la abstinencia del tabaco. La acupuntura también puede realizarse usando electroestimulación o láser.

**Adaptación del tratamiento combinado.** Asignación diferencial de un paciente al tratamiento basado en las características de dicho paciente previas al tratamiento. Se basa en la noción de que tipos particulares de consumo de tabaco tienen más probabilidad de beneficiarse de determinados tipos de tratamiento.

**Adicción.** Uso compulsivo de una droga, con pérdida del control, aparición de dependencia, uso continuado a pesar de sus consecuencias negativas, y síntomas específicos de abstinencia cuando se elimina la droga.

**Agonista.** Acción de un fármaco que generalmente remeda o aumenta el efecto de otro fármaco en un receptor neuronal. La nicotina es un agonista colinérgico.

**Ansiolítico.** Medicamento utilizado para reducir los síntomas de ansiedad.

**Antagonista.** La acción de un fármaco que generalmente bloquea o neutraliza el efecto de otro fármaco en un receptor neuronal. La naltrexona y la mecamilamina son ejemplos de antagonistas.

**Años de vida ganados ajustados por calidad (QALY).** Medida tanto de la calidad como de la cantidad de vida vivida. Se utiliza para cuantificar los beneficios de una intervención médica.

**Apoyo social dentro del tratamiento.** Componente de la intervención que va destinado a proporcionar ánimo, atención especial y escucha empática como parte del tratamiento.

**Apoyo social.** Apoyo no farmacológico para el abandono del tabaco en un paciente, que proporciona estímulo personal y escucha empática. Los tratamientos de la dependencia tabáquica incluyen dos tipos de apoyo social: apoyo social dentro del tratamiento y apoyo social externo al tratamiento.

**Apreciación.** Todas las intervenciones de abandono tabáquico empiezan con la identificación de los usuarios de tabaco y la realización de una apreciación (del

consumo). La apreciación se utiliza para identificar la intervención más beneficiosa para cada fumador. Estas apreciaciones pueden ser especializadas y pueden iniciarse mediante un programa de tratamiento del tabaquismo o producirse durante el seguimiento.

**Asesoramiento práctico (resolución de problemas/formación en habilidades).** Tratamiento del tabaquismo en el que se forma a los consumidores para que identifiquen y afronten acontecimientos o problemas que aumentan la probabilidad de que consuman tabaco. Por ejemplo, se podría formar a los pacientes que están abandonando el tabaco para que se anticipen a situaciones estresantes y a que utilicen herramientas para afrontarlas, como distracción o respiración profunda, para enfrentarse a las ganas de fumar. Otras intervenciones relacionadas son: formación en habilidades de afrontamiento, prevención de las recaídas y manejo del estrés.

**Asesoramiento telefónico proactivo.** Línea telefónica de ayuda al fumador que responde a las llamadas entrantes y realiza llamadas de seguimiento. El profesional sanitario inicia el contacto telefónico para asesorar al paciente, a petición de éste o dentro de un programa de abandono mediante fax. (Véase Línea telefónica/línea de ayuda).

**Asesoramiento telefónico reactivo.** Asesoramiento telefónico que proporciona una respuesta inmediata a la petición de ayuda de un paciente ya iniciado. Es una línea telefónica de ayuda destinada a responder sólo las llamadas entrantes (véase Línea telefónica/línea de ayuda).

**Asistencia escalonada.** Práctica de iniciar el tratamiento con una intervención de baja intensidad y luego someter los fallos del tratamiento a intervenciones cada vez más intensivas

**Autoayuda.** Estrategia de intervención en la que el paciente utiliza una ayuda física no farmacológica para conseguir la abstinencia del tabaco. Las estrategias de autoayuda conllevan típicamente escaso contacto con el profesional sanitario, aunque algunas de ellas conllevan un contacto escaso con el paciente-iniciado (p. ej., línea telefónica/ayuda reactiva). Algunos materiales de autoayuda son: panfletos, folletos, correos, manuales; vídeos; audios; remisiones a programas de 12 pasos; intervenciones a nivel comunitario en medios de comunicación;

listas de programas comunitarios; líneas telefónicas de ayuda reactivas; programas informáticos/Internet.

**Autoeficacia.** Sentimiento o creencia acerca de la capacidad que tenemos para actuar con éxito para conseguir objetivos específicos o influir sobre acontecimientos que afectan a nuestra propia vida.

**Benzodiacepina.** Medicación usada como ansiolítico. Las benzodiacepinas no están autorizadas por la FDA para el tratamiento farmacológico del tabaquismo.

**Bidis.** Cigarrillos pequeños, delgados y liados a mano, a menudo compuestos de tabaco aromatizado envuelto en hojas de tendu o de temburni (*Diospyros melanoxylon*), Tienen mayor concentración de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono que los cigarrillos convencionales vendidos en los Estados Unidos. Son importados a este país desde la India y otros países del Sudeste Asiático.

**Bupropión SR (bupropión de liberación prolongada).** Fármaco no nicotínico para el tratamiento del tabaquismo, originalmente desarrollado y comercializado como antidepresivo. Químicamente no está relacionado con los antidepresivos tricíclicos ni tetracíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina ni otros antidepresivos conocidos. Se piensa que su mecanismo de acción está mediado por su capacidad de bloquear la recaptación de dopamina y norepinefrina a nivel central.

**Buspirona.** Medicación no benzodiacepínica con propiedades ansiolíticas. Este fármaco no está autorizado por la FDA para el tratamiento farmacológico del tabaquismo.

**Caladas rápidas/consumo rápido.** Técnica de abandono del tabaquismo que supone el emparejamiento del consumo de tabaco con asociaciones o respuestas negativas (p. ej., náuseas).

**Clonidina.** Agonista alfa-2-adrenérgico que típicamente se usa como antihipertensivo, pero que en esta Guía también se considera que es una medicación efectiva para el tratamiento del tabaquismo.

**Comorbilidad.** Coexistencia de consumo de tabaco con otras enfermedades, incluyendo enfermedades mentales.

**Componente de apoyo social fuera del tratamiento.** Intervenciones o elementos de una intervención en la cual se proporcionan a los pacientes herramientas o ayuda para obtener apoyo social fuera del contexto terapéutico. Esta categoría es distinta del apoyo social dentro del tratamiento, en la cual el equipo terapéutico proporciona directamente el apoyo social.

**Comprador.** Empresa, corporación, agencia gubernamental u otros consorcios que compran prestaciones sanitarias para un grupo de individuos.

**Concentraciones séricas de nicotina y cotinina.** Concentraciones sanguíneas de nicotina y cotinina. La cotinina es el principal metabolito de la nicotina, y tiene una semivida significativamente más prolongada que la nicotina. A menudo se usa para estimar la autoadministración de tabaco/nicotina antes del abandono, y para confirmar la abstinencia autoinformada durante el seguimiento. La cotinina generalmente se cuantifica en orina y saliva.

**Confirmación bioquímica.** Uso de muestras biológicas (aire espirado, saliva u orina) para medir compuestos relacionados con el tabaco como tiocianato, cotinina, nicotina y carboxihemoglobina, para verificar la información de los pacientes sobre la abstinencia.

**Conjunto de datos de eficacia e información de la asistencia sanitaria (HEDIS).** Sirve como “ficha informativa” para proporcionar información sobre la calidad, la utilización, el acceso y la satisfacción de los pacientes y aspectos económicos de organizaciones asistenciales gestionadas y otras entidades que prestan atención sanitaria.

**Consejo de alta intensidad.** Se refiere a las intervenciones que incluyen contacto prolongado entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Se codifica basándose en la duración del contacto entre los profesionales sanitarios y los pacientes (mayor de 10 minutos). Si esta información no está disponible, la codificación se basa en el contenido del contacto entre los profesionales sanitarios y los pacientes.

**Consejo de baja intensidad (mínimo).** Intervenciones que se realizan mediante un contacto entre los profesionales sanitarios y los pacientes cuya duración es entre 3 y 10 minutos. Si la información sobre la duración del contacto no está disponible, se codifica según la descripción del contenido de la intervención sanitaria.

**Consejo mínimo.** Consejo mínimo se refiere a intervenciones que suponen un contacto muy breve entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Se codifica de acuerdo con la duración del contacto los profesionales y los pacientes (3 minutos o menos). Si esta información no está disponible, se codifica de acuerdo con el contenido de la intervención clínica.

**Consumidor de tabaco.** Persona adicta a una o más formas de productos de tabaco.

**Contrato de contingencias/contingencias instrumentales.** Intervenciones que incorporan el uso de recompensas tangibles por la abstinencia del tabaco y/o los costes del tabaquismo. Para el análisis, pactos simples acerca del día de abandono, u otros pactos entre los proveedores del tratamiento y los pacientes sin consecuencias especificadas, así como el reembolso de los depósitos basado en la asistencia al estudio y/u otros incentivos que no dependían de la abstinencia de fumar o la recidiva no se consideraron ejemplos de contrato de contingencias.

**Coste-efectividad.** Análisis cuantitativo de los costes de un programa de tratamiento del tabaquismo en relación con los costes del consumo de tabaco.

**Dependencia del tabaco.** Dependencia de cualquier forma de tabaco, incluyendo, entre otros, cigarrillos, pipas, cigarros puros y tabaco de mascar.

**Desliz.** Retorno breve o reducido al consumo de tabaco tras el abandono. También se denomina “fallo” (*véase* Recidiva).

**Día de abandono del tabaco.** Día fijado para hacer un intento de abandono durante el cual un paciente intenta abstenerse totalmente del consumo de tabaco. También se refiere a una intervención motivacional por la cual un paciente se compromete a abandonar el consumo de tabaco en una determinada fecha.

**Diacepam.** Fármaco benzodiacepínico destinado a reducir la ansiedad.

**Discrepancia.** Estrategia utilizada en la entrevista motivacional para destacar cómo las prioridades expresadas por el paciente, sus valores y objetivos se contradicen con el consumo de tabaco.

**Disminución del número de cigarrillos/reducción del consumo antes del abandono.** Estrategia de intervención diseñada para reducir el número de cigarrillos fumados o el consumo de nicotina antes de la fecha de abandono del paciente. Esto puede conseguirse mediante el consejo de reducir o restringir sistemáticamente el acceso a los cigarrillos. Estas intervenciones utilizan ordenadores y/o estrategias para llevar a cabo las reducciones del consumo de cigarrillos o del consumo de nicotina antes del abandono.

**Efectos adversos.** Acciones y efectos no deseados de una medicación utilizada para el tratamiento del tabaquismo, como insomnio y sequedad de boca.

**Eficacia y efectividad.** Eficacia es el resultado conseguido por un tratamiento del tabaquismo en condiciones casi ideales de tratamiento (típicamente en un estudio de investigación). Los estudios de eficacia suponen inclusión de participantes motivados, asignación aleatoria de los tratamientos, seguimiento intensivo y métodos para mantener a los participantes en tratamiento. La efectividad es el resultado conseguido por un tratamiento proporcionado en la “práctica clínica diaria” (p. ej., en una consulta o un centro médico comunitario). Tales estudios generalmente incluyen participantes que no solicitan el estudio o el tratamiento, pero el tratamiento se proporciona de forma compatible con su uso habitual en la práctica clínica diaria. Esta actualización clínica de 2008 utiliza exclusivamente el término “efectividad”, reconociendo que la mayoría de los estudios resumidos refleja investigación sobre la eficacia que requiere asignación aleatoria y un alto grado de control experimental. Esto se hizo en aras de la claridad para la audiencia clínica a la que va destinada.

**Ejercicio/buena forma física.** Intervención que contiene un componente relacionado con el ejercicio y la buena forma física. Dentro de esta categoría la intensidad de las intervenciones varía desde la mera provisión de información, consejo acerca del ejercicio y la forma física hasta clases de ejercicio.

**Entrevista motivacional. (EM)** Método de asesoramiento dirigido y centrado en el paciente, que se utiliza para incrementar la motivación y facilitar el cambio.

**Especialistas en el tratamiento del tabaquismo.** Estos especialistas típicamente proporcionan intervenciones intensivas para el tratamiento del tabaquismo. Los especialistas no se definen por su filiación profesional ni por el campo en el cual se

han formado. Por el contrario, los especialistas consideran el tratamiento del tabaquismo como su papel profesional principal. Los especialistas poseen habilidades, conocimiento y formación para proporcionar intervenciones efectivas de diversas intensidades, y a menudo están adscritos a programas que ofrecen intervenciones o servicios de tratamiento intensivo.

**Estudio aleatorizado y controlado.** Estudio en el cual se asigna a los individuos a determinadas condiciones de forma aleatoria, y donde al menos una de tales condiciones es una situación de comparación o control.

**Evaluaciones especializadas.** Evaluación de las características del paciente, como la dependencia nicotínica y motivación para el abandono, que servirán a los profesionales sanitarios para diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades de un determinado paciente.

**Fluoxetina.** Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina que se usa como antidepresivo. La fluoxetina no está autorizada para tratar el tabaquismo por la FDA.

**Food and Drug Administration (FDA).** Agencia reguladora federal que tiene el control sobre la seguridad y la salida al mercado de los medicamentos en los Estados Unidos.

**Formación en habilidades.** Tratamiento del tabaquismo en el que se forma a los consumidores para que identifiquen y afronten situaciones y problemas que pueden aumentar el riesgo de consumo de tabaco. Por ejemplo, se debería formar a los pacientes que están abandonando el tabaco para que anticipen situaciones estresantes y utilicen técnicas de afrontamiento, como distracción o respiración profunda, para luchar contra la necesidad urgente de fumar. Otras intervenciones relacionadas son asesoramiento práctico, prevención de las recaídas y manejo del estrés.

**Formatos.** Estrategias de tratamiento del tabaquismo que incluyen autoayuda, asesoramiento telefónico proactivo, servicios sanitarios informáticos o electrónicos, asesoramiento individual y asesoramiento en grupo.

**Fumador leve.** El campo de la investigación sobre la dependencia tabáquica no ha alcanzado el consenso sobre la definición de un fumador leve. En esta publi-

cación se refiere a cualquier persona que fuma entre 1 y 10 cigarrillos al día.

**Grupo de referencia.** En un metanálisis se refiere al grupo con el cual se comparan otros grupos (p. ej., grupo de comparación o grupo testigo)

**Hipnosis.** Tratamiento mediante el cual el profesional sanitario induce un estado de atención alterada y una elevada sugestionabilidad en un consumidor de tabaco con el propósito de promover la abstinencia. También se denomina como hipnoterapia.

**Hookah.** Pipa para fumar que tiene un tubo largo que pasa a través de un recipiente con agua que enfría el humo a medida que pasa por ella. También se denominada “pipa de agua”, “pipa turca” “narghile” y “shisha”.

**Humo de tabaco ambiental (HTA).** También conocido como “humo de tabaco de segunda mano”. Humo inhalado por un individuo no implicado activamente en el tabaquismo, pero que está expuesto al humo de la punta del cigarrillo y al humo exhalado por el fumador.

**Humo de tabaco de segunda mano.** También conocido como humo de tabaco ambiental (HTA). Es el humo inhalado por un individuo que no está implicado activamente en el consumo, pero que está expuesto al humo de la punta del cigarrillo y al humo exhalado por el fumador.

**Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).** Clase de antidepresivos usados en el tratamiento de la depresión clínica que se ha estudiado en el tratamiento del tabaquismo. Ningún ISRS ha sido autorizado por la FDA para el tratamiento del tabaquismo.

**Intención de tratar.** Análisis del resultado del tratamiento que determina los porcentajes de abstinencia basados en todos los individuos aleatorizados a todas las condiciones de tratamiento, y no en los individuos que completaron la intervención o con los que se pudo establecer contacto durante el seguimiento.

**Intentos de abandono sin ayuda.** Intentos de abandono hechos por los pacientes, sin la ayuda de una intervención clínica o de fármacos. También conocido como “dejarlo con fuerza de voluntad”.



**Intervalo de confianza.** Intervalo de valores estimado que probablemente incluya un parámetro desconocido de la población. La estimación de estos valores se calcula a partir de los datos de una muestra.

**Intervención coordinada.** Estrategia para el tratamiento del tabaquismo que agrupa las intervenciones sistemáticas para profesionales sanitarios, administradores de sistemas sanitarios públicos y privados, aseguradoras privadas, empresarios y pacientes para asegurar la provisión del tratamiento del tabaquismo como elemento integral del sistema sanitario.

**Intervención directa (persona-persona).** Contacto en persona o “cara a cara” entre un profesional sanitario y un paciente, como intervención o como evaluación del tabaquismo.

**Intervención frente al afecto negativo y la depresión.** Tipo de intervención destinado a formar a los pacientes para que se enfrenten al afecto negativo tras el abandono del tabaco. La intensidad de estas intervenciones en ésta categoría puede variar desde asesoramiento prolongado a provisión de información para afrontar los sentimientos negativos. Para recibir este código, las intervenciones deben actuar sobre el estado de ánimo negativo, no simplemente sobre el estrés. Las intervenciones dirigidas a enseñar a los pacientes a enfrentarse a situaciones estresantes se codifican como “resolución de problemas”. Cuando no está claro si una intervención se dirige al estado de ánimo negativo/depresión o al estrés psicosocial, el código utilizado por defecto es “resolución de problemas”.

**Intervención motivacional.** Intervención destinada a incrementar la motivación del fumador para el abandono.

**Intervención.** Acción o programa dirigido a obtener resultados identificables. En el tratamiento de la dependencia tabáquica, la intervención generalmente es de naturaleza clínica y puede incluir asesoramiento y uso de fármacos. También se denomina “tratamiento”.

**Intervenciones a nivel comunitario.** Intervenciones para la prevención primaria o el tratamiento del consumo de tabaco que habitualmente no se aplican en los centros de atención primaria de salud. Estas intervenciones la mayoría de las veces se ponen en práctica mediante campañas en los medios de comunicación.

**Intervenciones adaptadas.** Se basan en una dimensión o un grupo de dimensiones del individuo (p. ej., preocupación por el peso, dependencia, etc.). *Véase también* Intervenciones individualizadas.

**Intervenciones basadas en la web.** *Véase* Intervenciones por Internet.

**Intervenciones individualizadas.** Intervenciones pensadas para adaptarse a las necesidades de un fumador particular. Por ejemplo, la prevención de las recaídas puede individualizarse basándose en la información obtenida de los problemas que el paciente ha tenido para el mantenimiento de la abstinencia. *Véase también* “Intervenciones adaptadas”.

**Intervenciones intensivas:** Tratamientos globales que se desarrollan durante múltiples visitas durante largos períodos de tiempo y que pueden ser realizados por más de un profesional sanitario.

**Intervenciones por Internet (intervenciones basadas en la web).** Intervenciones realizadas mediante el uso de un ordenador. El fumador puede navegar por una página web específica para acceder al tratamiento general y a información sobre el mismo, o puede interactuar con un programa que le proporciona una intervención personalizada.

**Intervenciones psicosociales.** Se refiere a estrategias de intervención que están destinadas a incrementar las tasas de abstinencia del consumo de tabaco mediante mecanismos de apoyo psicológico o social. Estas intervenciones incluyen asesoramiento, autoayuda y tratamiento conductual, como consumo rápido de tabaco y contrato de contingencias.

**Intervenciones sanitarias por etapas.** *Véase* asistencia escalonada.

**Investigación.** *Véase* Sistema de investigación clínica.

**Línea telefónica de ayuda al fumador.** Servicio de asesoramiento telefónico que puede proporcionar a través del teléfono tanto asesoramiento proactivo como asesoramiento reactivo (*véase* Asesoramiento telefónico proactivo y Asesoramiento telefónico reactivo).

**Línea telefónica/Línea de ayuda.** Línea telefónica reactiva dedicada a realizar una intervención para dejar de fumar a través del teléfono. Este tratamiento se produce cuando se proporciona al paciente un número de línea telefónica/línea de ayuda, o se le remite a una línea destinada a ello. La distinción clave entre la línea telefónica/línea de ayuda y el asesoramiento telefónico proactivo es que en la primera el paciente debe iniciar cada contacto clínico. (Vease asesoramiento telefónico reactivo y asesoramiento telefónico proactivo).

**Mecamilamina.** Antagonista nicotínico usado como antihipertensivo. La mecamilamina no está autorizada por la FDA para el tratamiento del tabaquismo.

**Medicación de venta sin receta.** Fármaco o medicación para la cual no es necesaria la receta médica.

**Medicaciones combinadas.** Tratamiento que combina dos o más medicaciones que contienen nicotina o una medicación que contenga nicotina con otra medicación para el tratamiento del tabaquismo, como bupropión SR.

**Medicamentos de primera elección.** Fármacos que han sido seguros y efectivos en el tratamiento del tabaquismo y han sido aprobados por la FDA. Tienen un registro de eficacia empírico establecido e inicialmente se los debería considerar como parte del tratamiento del tabaquismo, excepto en casos de contraindicaciones.

**Medicamentos de segunda línea.** Medicaciones sobre las que hay datos de eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Tienen un papel más limitado que los medicamentos de primera línea porque: (1) la FDA no los ha aprobado para el tratamiento del tabaquismo, y (2) hay más preocupaciones sobre los efectos secundarios que con los medicamentos de primera elección. Se deben plantear los fármacos de segunda línea de forma individual, cuando se hayan planteado los fármacos de primera elección.

**Metanálisis.** Técnica estadística que estima el efecto de un tratamiento o variable en una serie de estudios, publicaciones o investigaciones relacionados.

**Modelo de efectos aleatorios.** Modelo en el cual tanto el error de muestreo (varianza) como la variación intraestudio se incluyen en la verificación de la incertidumbre (intervalo de confianza) de los resultados de un metanálisis. Si hay una

heterogeneidad significativa entre los resultados de los estudios incluidos, los efectos aleatorios del modelo darán intervalos de confianza más amplios que los modelos de efectos fijos.

**Modelo de enfermedad crónica.** Reconoce la naturaleza crónica de la dependencia tabáquica, con la expectativa de que los pacientes pueden tener períodos de recidiva y remisión. El modelo de enfermedad crónica enfatiza la importancia de la educación continuada del paciente, el asesoramiento y el consejo activo persistente.

**Monitorización fisiológica/retroalimentación con marcadores biológicos.** Tratamiento mediante el cual un profesional sanitario ofrece a un consumidor de tabaco información biológica, como lecturas de espirometría, lecturas de monóxido de carbono o información de susceptibilidad genética, con la finalidad de incrementar la abstinencia del tabaco.

**Motivación.** Intento o resolución de abandono por el paciente. La motivación se puede reforzar mediante acciones como fijar una fecha para el abandono, utilizar un contrato en el que se especifique la fecha del abandono, correspondencia de refuerzo (cartas enviadas por el personal sanitario felicitando al paciente por su decisión de abandonar el consumo o por un éxito precoz) y proporcionar información acerca de los riesgos para la salud del tabaquismo.

**Mucosa oral.** Membranas mucosas de la boca.

**Naltrexona.** Un antagonista opiáceo utilizado para el tratamiento de las drogodependencias. La naltrexona no está autorizada por la FDA para el tratamiento del tabaquismo.

**National Committee for Quality Assurance (NCQA).** Revisa y acredita las organizaciones de asistencia gestionada, desarrolla procesos para medir el cumplimiento de los programas sanitarios y disemina la información sobre la calidad, de forma que los usuarios puedan realizar elecciones informadas (p. ej., con “fichas informativas”, tales como HEDIS).

**Neuroteratógeno.** Capacidad de algunas sustancias de alterar el desarrollo normal del sistema nervioso del feto.

**Neurotoxicidad.** Capacidad de algunas sustancias de causar una lesión del sistema nervioso.

**Nicotina sérica. Concentración sanguínea de nicotina.** A menudo se utiliza para comprobar la autoadministración de nicotina/tabaco por el paciente antes del abandono, y para confirmar la abstinencia autoinformada durante el seguimiento. La nicotina habitualmente se mide en la saliva y en la orina.

**Nicotina, spray nasal.** Spray que contiene nicotina, como ayuda para el abandono del consumo de tabaco, que libera nicotina en forma de “niebla” que es absorbida en las vías aéreas nasales. Sólo se puede adquirir con receta médica.

**Nicotina, chicle.** Chicle que contiene nicotina, como ayuda para el abandono del consumo de tabaco, que libera nicotina a través de la mucosa oral. Se puede adquirir sin receta médica.

**Nicotina, inhalador.** Inhalador que contiene nicotina, como ayuda para el abandono del consumo de tabaco, que libera nicotina mediante vaporización y que es absorbida a través de la mucosa oral. Sólo se puede adquirir con receta médica.

**Nicotina, parches.** Parches que contienen nicotina, como ayuda para el abandono del consumo de tabaco, que liberan nicotina a través de la piel; se pueden obtener con o sin receta médica.

**Nicotina, pastillas.** Comprimidos duros que contienen nicotina, como ayuda para el abandono del consumo de tabaco, que liberan nicotina a través de la mucosa oral. Se pueden adquirir sin receta médica.

**Nivel socioeconómico (NSE).** Posición de un individuo o grupo en una población o sociedad; generalmente se basa en los ingresos económicos, la educación o la categoría profesional.

**Nortriptilina.** Antidepresivo tricíclico identificado por el panel de la Guía como medicación de segunda línea para el abandono del tabaquismo. La nortriptilina no está indicada para el tratamiento del tabaquismo por la FDA.

**Opiáceos, antagonistas.** Son medicaciones que bloquean la acción en un receptor opiáceo. La naltrexona es un tipo de antagonista opiáceo. No hay ningún antagonista de opiáceos autorizado por la FDA para el tratamiento del tabaquismo.

**Organizaciones de asistencia gestionada (MCO).** Cualquier grupo que presta atención sanitaria utilizando conceptos de asistencia gestionada, como preautorización del tratamiento, revisión de la utilización, estrategias de mejora de la calidad, y una red de proveedores.

**Pago por objetivos.** Un programa incentivado en el que los compradores de servicios realizan pagos adicionales u otros incentivos usualmente a los centros sanitarios o a los proveedores si se consigue un determinado objetivo.

**Peso/dieta/nutrición.** Recibe este código una estrategia de intervención diseñada para controlar la ganancia de peso o las preocupaciones acerca del aumento de peso. Las intervenciones que enseñan estrategias para controlar el peso, la dieta y la nutrición incorporan la monitorización diaria/semanal del peso (por razones distintas a la recogida de datos rutinaria), requieren o sugieren mantenimiento/reducción de la ingestión energética, y/o transmiten información nutricional/folletos/asesoramiento.

**Placebo.** Sustancia inactiva, inocua y sin efectos directos beneficiosos conocidos. Generalmente se utiliza en estudios clínicos para la comparación de la efectividad de un fármaco o régimen experimental.

**Prevención de las recaídas.** Estrategias destinadas a evitar que un exfumador reciente retorne a un consumo habitual.

**Productos para la reducción de la exposición (PPRE).** Productos destinados a reducir las concentraciones de los productos tóxicos del tabaco, como: (1) productos de tabaco modificados, (2) productos de tabaco que se calientan en lugar de encenderlos, (3) productos de tabaco orales con bajo contenido en nitrosaminas, y (4) productos medicinales con nicotina (p. ej., TSN). Con la excepción de la TSN, se ha investigado muy poco sobre los PPRE.

**Profesional sanitario de atención primaria.** Profesional sanitario (p. ej., de medicina, enfermería, psicología, farmacología, odontología/salud oral, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia respiratoria) que presta servicios sanitarios básicos para problemas distintos al consumo de tabaco en sí mismo. Se estimula a los profesionales sanitarios de atención primaria a que identifiquen a los consumidores de tabaco y a que intervengan, independientemente de que el tabaquismo sea o no el motivo de consulta.

**Profesional sanitario.** Profesional que presta directamente servicios sanitarios.

**Propranolol.** Betabloqueante utilizado a menudo como antihipertensivo. El propranolol no está indicado por la FDA para el tratamiento del tabaquismo.

**Razón de posibilidades.** Posibilidad de un resultado en una variable, dada una determinada situación de otras variables. Esta razón expresa el aumento del riesgo de un resultado dado si está presente una variable específica.

**Recidiva.** Retorno al consumo habitual de tabaco por alguien que lo había abandonado. A veces se realiza la distinción entre “recidiva” y “fallo” (o desliz), que es un retorno a un consumo reducido o breve de tabaco tras el abandono, que no llega al reinicio del consumo habitual. (*Véase también* Desliz).

**Regresión logística.** Técnica estadística para determinar la asociación estadística o la relación entre dos o más variables, en la que la variable dependiente es dicotómica (tiene sólo dos niveles de magnitud, p. ej., abstinencia frente a consumo).

**Relajación/respiración.** Estrategia de intervención en la que se forma a los pacientes en técnicas de relajación como meditación y ejercicios respiratorios. Se deben diferenciar estas intervenciones de la “resolución de problemas”, que incluye una gama mucho mayor de estrategias para la reducción y el afrontamiento del estrés.

**Retorno de la inversión (RI).** Cantidad de dinero ganado o perdido, incluyendo el dinero que debería haberse gastado para la atención sanitaria, en relación con la cantidad de dinero necesaria para suministrar el tratamiento.

**Revisión Cochrane.** Servicio de la Colaboración Cochrane, organización internacional, independiente y sin ánimo de lucro ([www.cochrane.org/index.htm](http://www.cochrane.org/index.htm)) que publica regularmente revisiones de base científica sobre intervenciones sanitarias.

**Revisión de la literatura.** Análisis crítico de la investigación realizada sobre un tema o cuestión particular en el campo científico.

**Sertralina.** Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina. La sertralina no está autorizada por la FDA para tratar el tabaquismo.

**Signos vitales.** Medidas estándar del paciente para evaluar las funciones críticas de su organismo, como tensión arterial, pulso, peso, temperatura y frecuencia respiratoria. El primer paso (es decir, la primera “A”) para proporcionar intervenciones para el abandono del tabaquismo es identificar a los fumadores. Los signos vitales deberían ampliarse para incluir el hábito tabáquico (fumador actual, exfumador, nunca fumador) o un sistema alternativo de identificación universal en las historias de los pacientes.

**Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).** Muerte súbita e inesperada de un lactante aparentemente sano durante el sueño, sin datos de enfermedad en la autopsia. Es la causa más importante de muerte en lactantes de entre 2 semanas y 1 año de edad. La causa es desconocida, pero se han identificado algunos factores de riesgo, como prematuridad, bajo peso al nacimiento, nacimiento en los meses de invierno, y madres muy jóvenes, fumadoras, adictas a drogas o que han tenido una infección reciente de las vías respiratorias superiores. También se llamada “muerte de la cuna”.

**Síntomas de abstinencia.** Serie de síntomas desagradables (p. ej., dificultad de concentración, irritabilidad, ansiedad, ira, estado de ánimo depresivo, alteraciones del sueño, necesidad urgente de fumar) que se producen tras la reducción o suspensión del consumo de una droga adictiva. Se piensa que los síntomas de abstinencia aumentan el riesgo de recidiva.

**Sistema de investigación clínica.** Estrategias usadas en la práctica médica y clínica para prestar servicios clínicos. Las intervenciones del sistema de investigación clínica incluyen cambios de los protocolos proyectados para aumentar la identificación y la intervención con los pacientes que fuman. Como ejemplos se incluyen poner etiquetas sobre el consumo del tabaco en las historias de los



pacientes, ampliar la información de los signos vitales incluyendo el consumo de tabaco, incorporar preguntas sobre tabaquismo a los cuestionarios de los pacientes, e incluir peticiones de monitorización del consumo de tabaco en las historias clínicas electrónicas.

**Tabaco sin humo.** Cualquier tipo de tabaco que no se enciende, como tabaco de mascar, *snus* y rapé. El consumo de tabaco sin humo es tan adictivo como el tabaco que se fuma y causa cáncer de encías, mejillas, labios, boca, lengua, garganta y páncreas.

**Terapia cognitiva-conductual (TCC).** Abordaje psicoterapéutico dirigido a identificar y modificar estilos de pensamiento negativos defectuosos o distorsionados y las conductas maladaptativas asociadas a dichos estilos de pensamiento.

**Terapia conductual.** Abordaje psicoterápico destinado a identificar y modificar conductas asociadas a los problemas humanos.

**Terapia de estimulación ambiental restringida (TEAR).** Tratamiento que conlleva el uso de privación sensorial para promover la abstinencia del consumo de tabaco.

**The Joint Commission (TJC) (antes Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO).** Organización independiente y sin ánimo de lucro que evalúa y acredita más de 19.500 organizaciones sanitarias en los Estados Unidos, incluyendo hospitales, sistemas o redes de centros sanitarios, organizaciones de asistencia gestionada y organizaciones sanitarias que proporcionan atención domiciliaria, atención de larga duración, atención sanitaria conductual y servicios sanitarios de laboratorios y ambulatorios.

**“Todos los que llegan”.** Individuos incluidos en un estudio de tratamiento del tabaquismo independientemente de que quieran o no participar. Por ejemplo, si se suministra tratamiento a todos los fumadores que acuden a una consulta de atención primaria, la población en tratamiento se codificaría como “todos los que llegan”. Probablemente los individuos que solicitan participar en estudios de tratamiento del tabaquismo (fumadores que “desean abandonarlo”) estén más motivados para el abandono, y los estudios limitados a estos individuos tendrán may-

ores tasas de abandono. Se debe diferenciar a “todos los que llegan” de los que “desean abandonarlo” y de poblaciones autoseleccionadas.

**Transdérmico.** Se refiere a la liberación de una sustancia y su absorción a través de la piel. La nicotina transdérmica a menudo se usa como sinónimo de “parche de nicotina”.

**Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN).** Medicaciones que contienen nicotina destinadas a promover el abandono del tabaquismo. Hay 5 sistemas de liberación de nicotina autorizados actualmente en los Estados Unidos: chicle de nicotina, inhalador nicotínico, pastillas de nicotina, spray nasal de nicotina y parche de nicotina.

**Tratamiento.** Acción o programa que tiene como objetivo producir resultados identificables. En el caso del tabaquismo, el tratamiento es generalmente clínico y puede incluir asesoramiento y medicaciones. También se puede denominar “intervención”.

**Tratamiento aversivo.** Diversos tipos de técnicas terapéuticas que suponen fumar de una forma desagradable o concentrada. Estas técnicas emparejan el tabaquismo con asociaciones o respuestas negativas. Los ejemplos principales incluyen fumar rápidamente, caladas rápidas y fumar hasta quedar saciado.

**Vareniclina.** Fármaco no nicotínico aprobado por la FDA para el tratamiento del tabaquismo. Se piensa que su mecanismo de acción depende de su actividad como agonista parcial y antagonista del receptor nicotínico. Sólo se puede conseguir con receta médica.



## APENDICES

### APÉNDICE A. DECLARACIÓN ECONÓMICA (POSIBLES CONFLICTOS DE INTERESES) DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO, COORDINADORES Y REVISORES

#### Miembros del equipo

La evaluación de posibles conflictos económicos en la guía actualizada de 2008 constituye un procedimiento en dos fases diseñado para obtener información cada vez más detallada sobre los posibles intereses que pudieran influir en la elaboración de la guía.

1. En julio de 2006, y antes de la reunión inicial en octubre del mismo año, los miembros del equipo llevaron a cabo una revisión general notificando cualquier posible conflicto en los 5 años anteriores. Cuando se detectaron posibles conflictos, los miembros del equipo proporcionaron un listado de las organizaciones correspondientes y del tipo de conflicto. A los miembros del equipo se les pidió que actualizaran esta revisión en base a la aparición de alguna información nueva o de nuevos posibles conflictos.

2. Antes de la segunda reunión presencial del grupo en junio de 2007, y antes de que se tomara cualquier decisión sobre sus recomendaciones, a los miembros del equipo se les solicitó una declaración más exhaustiva referente a los años naturales 2005, 2006 y 2007, basada en las guías de realización de estudios de investigación del *United States Department of Health and Human Services*, PHS (*Public Health Service*), título 42, capítulo 1, Parte 50 ([ori.hhs.gov/policies/fedreg42cfr50.shtml](http://ori.hhs.gov/policies/fedreg42cfr50.shtml)).

Además al equipo se le pidió que actualizaran este informe por la aparición de información nueva o de nuevos posibles conflictos. Siguiendo la guía mencionada, se consideró que un posible conflicto era “significativo” cuando reunía uno o más de los tres criterios siguientes:

- A.- Compensación neta recibida mayor de 10.000 dólares estadounidenses en cualquiera de los años mencionados, tanto por el interesado como por su cónyuge o hijos a su cargo, por actividades externas para cualquier entidad cuyos intereses pudieran verse afectados por las recomendaciones de la guía (se excluyen entidades públicas o sin ánimo de lucro)
  
- B.- Puesto de responsabilidad como representante, director oficial o miembro de consejo de administración durante cualquiera de los años mencionados, tanto por el interesado como su cónyuge o hijos a su cargo en cualquier entidad cuyos intereses pudieran verse afectados por las recomendaciones de la guía (se excluyen entidades públicas o sin ánimo de lucro)
  
- C.- Propiedad de más de 10. 000 dólares estadounidenses o del 5% de la empresa en cualquiera de los años mencionados, tanto del interesado como de su cónyuge o hijos a su cargo, en cualquier entidad cuyos intereses se pudieran ver afectados por las recomendaciones de la guía (se excluyen entidades públicas o sin ánimo de lucro)

A los integrantes del equipo se pidió que rellenaran este documento basado en la guía de los *Public Health Services* referido a los años 2005, 2006 y 2007, que incluía tanto el período de 18 meses antes de que el equipo fuera constituido como el período completo de elaboración de la guía. Para cualquier conflicto significativo declarado, los miembros del equipo aportaron una descripción detallada del tipo de vínculo con la organización correspondiente, incluyendo la categorización de las cantidades percibidas o de los intereses económicos implicados. De toda la lista de miembros en este documento, 21 de 24 no tenían conflictos de intereses significativos siguiendo los criterios basados en la guía del PHS. Además de esta declaración se pidió al equipo que notificaran cualquier otra información que pudiera ser manifestada en una publicación profesional.

Se recusó (retiró por riesgo de falta de imparcialidad) de las deliberaciones del equipo relacionadas con sus áreas de conflicto a tres miembros del equipo cuyas declaraciones superaban los criterios de la guía del PHS de interés económico significativo; otro miembro del equipo se recusó voluntariamente.

A continuación se expone una lista con el resumen de todos los intereses económicos significativos según la definición anterior durante los años 2005, 2006 y 2007, así como las declaraciones adicionales aportadas por los miembros del equipo.

William C. Bailey notificó intereses económicos significativos en forma de compensación económica procedente de tres compañías farmacéuticas en 2006 y de dos en 2007 por charlas con patrocinio de compañías farmacéuticas.

Timothy B. Baker no declaró ningún interés económico significativo. Hizo una declaración adicional de que había colaborado como coinvestigador en estudios de investigación en la Universidad de Wisconsin patrocinados por 4 compañías farmacéuticas.

Neal L. Benowitz declaró un interés económico significativo en forma de compensación económica de una compañía farmacéutica en todos los años desde 2005 a 2007, además de ser propietario de acciones de una compañía farmacéutica. Dentro de las declaraciones adicionales, informó que había declarado como experto en juicios contra las compañías tabaqueras.

Susan J. Curry no declaró ningún interés económico significativo ni hizo declaraciones adicionales.

Sally Faith Dorfman no declaró ningún interés económico significativo. Bajo el epígrafe de declaraciones adicionales informó de su empleo en *Ferring Pharmaceuticals, Inc.*, empresa en la cual no constan negocios relacionados con el tratamiento del tabaquismo.

Michael C. Fiore no notificó intereses económicos significativos. En las declaraciones adicionales expuso que había trabajado en estudios de investigación en la Universidad de Wisconsin con financiación total o parcial por 4 empresas farmacéuticas, y que en el año 2005 había recibido compensación económica de una

compañía farmacéutica. Además, declaró que en 1998, dicha universidad le nombró para ocupar una cátedra específica, lo cual fue posible gracias a una beca de GlaxoWellcome a dicha Universidad.

Erika S. Froehlicher no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Michael G. Goldstein no declaró ningún interés económico significativo. En las declaraciones adicionales informó de que su empleador recibió una subvención de *Bayer Pharmaceutical* antes de 2005 y que él mismo había sido empleado de esa empresa antes del 1 de enero de 2005. Su organización cobró por sus servicios profesionales a 2 compañías farmacéuticas y a una página comercial de internet para dejar de fumar durante los años 2005-2007.

Cheryl Heaton no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Patricia Nez Henderson no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Richard B. Heyman no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Carlos Roberto Jaén no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Howard K Koch no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Thomas E. Kottke no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Harry A. Lando no declaró ningún interés económico significativo. Bajo las declaraciones adicionales informó de su pertenencia al comité asesor durante el estudio de un nuevo fármaco para dejar de fumar y de la asistencia a una reunión de 2 días en 2005 y 2006 como miembro de este equipo.

Robert E. Mecklenburg no declaró ningún interés económico significativo. En sus declaraciones adicionales informó de su asistencia a *Clinicals Tools, Inc.*, mediante un contrato gubernamental para el desarrollo de un curso de formación continuada en Internet basado en la Guía del PHS de 2000.

Robin Mermelstein no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Patricia Dolan Muller no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

C. Tracy Orleans declaró intereses económicos significativos por tener un hijo a su cargo que posee acciones de la industria farmacéutica. No hizo declaraciones adicionales.

Lawrence Robinson no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Maxine L. Stitzer no declaró ningún interés económico significativo. Como declaración adicional informó de su participación en el comité científico asesor para un nuevo fármaco para dejar de fumar.

Anthony C. Tommasello no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Louise Villejo no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Mary Ellen Wewers no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

### **Coordinadores**

Los coordinadores se sometieron al mismo proceso que los miembros del equipo en la notificación de intereses económicos. Sus declaraciones se resumen como sigue: Glen Bennett no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.



Stephen Heishman no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Corinne Husten no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Glen Morgan no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Ernestine W. Murray no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

Christine Williams no declaró ningún interés económico significativo ni tampoco hizo declaraciones adicionales.

## **Revisores**

En cuanto a los revisores, se les solicitó que informaran sobre sus intereses económicos en el momento en que aceptaron su trabajo. Los intereses fueron evaluados antes de la adjudicación de los comentarios de cada revisor. Todos los intereses significativos se reseñan en el listado de la sección de colaboradores de esta guía.

## **Comentarios externos**

La disponibilidad del borrador del documento para su revisión se anunció en el *Federal Register* el 28 de septiembre de 2007 (Volumen 72, número 188). A aquellas personas que habían informado a los miembros del equipo o a la plantilla que deseaban una oportunidad de participar en la revisión del documento se les ofreció la oportunidad de hacerlo. A los que aceptaron se les preguntó si tenían intereses económicos significativos en el momento en que presentaron sus comentarios. Antes de que cada conjunto de comentarios fuera considerado y adjudicado, se registró y tuvo en consideración la información declarada (o no declarada).

## APÉNDICE B. DIRECCIONES ÚTILES EN INTERNET

La inclusión de sitios web en este apéndice pretende asistir a los lectores en la búsqueda de información adicional referente al tratamiento del tabaquismo y temas relacionados pero no presuponen la aprobación de todos sus contenidos. Todos los sitios incluidos corresponden al ámbito gubernamental o fundaciones sin ánimo de lucro.

*Addressing Tobacco in Healthcare* (anteriormente, *Addressing Tobacco in Managed*

*Care*): [www.atmc.wisc.edu](http://www.atmc.wisc.edu)

*Agency for Healthcare Research and Quality*: [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)

*American Academy of Family Physicians*: [www.aafp.org](http://www.aafp.org)

*American Cancer Society* : [www.cancer.org](http://www.cancer.org)

*American College of Chest Physicians*: [www.chestnet.org](http://www.chestnet.org)

*American Legacy Foundation* : [www.americanlegacy.org](http://www.americanlegacy.org)

*American Lung Association* (mantiene perfiles de las actividades estatales para el control del tabaquismo): [www.lungusa.org](http://www.lungusa.org)

*American Psychological Association* : [www.apa.org](http://www.apa.org)

*Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence*:  
[www.attud.org](http://www.attud.org)

*Campaign for Tobacco-Free Kids*: [www.tobaccofreekids.org](http://www.tobaccofreekids.org)

*Chest Foundation* : [www.chestfoundation.org/tobaccoPrevention/index.php](http://www.chestfoundation.org/tobaccoPrevention/index.php)

*Kaiser Family State Health Facts*: [www.statehealthfacts.org](http://www.statehealthfacts.org)

*Medicare and Medicaid* : [www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=130](http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=130) y [www.cms.hhs.gov/Smoking Cessation](http://www.cms.hhs.gov/SmokingCessation)

*North American Quitline Consortium (NAQC)*: [www.Naquitline.org](http://www.Naquitline.org)

*National Cancer Institute*: [www.nci.nih.gov](http://www.nci.nih.gov)

*National Guideline Clearinghouse*: [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)

*National Heart, Lung, and Blood Institute*: [www.nhlbi.nih.gov](http://www.nhlbi.nih.gov)

*National Institute on Drug Abuse*: [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov)

*Office on Smoking and Health at the Centers for Disease Control and Prevention*: [www.cdc.gov/tobacco](http://www.cdc.gov/tobacco)

*Robert Wood Johnson Foundation*: [www.rwjf.org](http://www.rwjf.org)

*Society for Research on Nicotine and Tobacco*: [www.srnt.org](http://www.srnt.org)

*TobaccoFree Nurses: [www.tobaccofreenurses.org](http://www.tobaccofreenurses.org)*

*Tobacco Technical Assistance Consortium: [www.ttac.org](http://www.ttac.org)*

*University of Wisconsin Center for Tobacco Research and Intervention:  
[www.ctri.wisc.edu](http://www.ctri.wisc.edu)*

*World Health Organization: [www.who.int](http://www.who.int)*

*World Health Organization – Tobacco Atlas: [www.who.int/tobacco/statistics/tobacco\\_atlas/en](http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en)*

## **APÉNDICE C. CODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN REFERENTE AL DIAGNÓSTICO Y FACTURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**

### **CODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**

Los profesionales sanitarios, administradores y sistemas sanitarios necesitan una serie de códigos diagnósticos y de facturación que sean apropiados para la documentación y el reembolso derivados del tratamiento del tabaquismo. La información de tales códigos puede ayudar a abordar un problema clínico común sobre el tratamiento de los pacientes con dependencia del tabaco: es difícil documentar con exactitud y obtener reembolso por este tratamiento. Aunque a continuación se exponen ejemplos de estos códigos, médicos y codificadores de facturación pueden utilizar otros códigos diagnósticos y de reembolso a la hora de documentar y cobrar por este tratamiento médico. Además, los profesionales sanitarios tienen la competencia de garantizar que se sigan unas guías de facturación adecuadas y de reconocer que el reembolso correspondiente a esos códigos puede variar según la entidad pagadora. Por ejemplo, aunque existen códigos terapéuticos psiquiátricos adecuados para el tratamiento de la dependencia del tabaco, algunas entidades pagadoras tienen restricciones para los servicios de salud mental. De igual manera, los reembolsos por visitas preventivas varían enormemente entre las distintas entidades pagadoras.

Un enfoque basado en los sistemas facilitará la comprensión y utilización de tales códigos por los profesionales sanitarios. Por ejemplo, diversas reuniones clínicas u hospitalarias (ej. sesiones de negocios, lecciones magistrales, seminarios y sesiones de codificación) pueden explicar y aclarar la utilización de los códigos de la dependencia del tabaco tanto para el diagnóstico como para el reembolso. Además, estos códigos diagnósticos pueden estar impresos en una hoja de codificación como lista de verificación para que los profesionales sanitarios no tengan que retener tantos datos en la memoria y puedan documentar de forma manual sus diagnósticos. Por último, a los profesionales sanitarios se les puede recordar que el asesoramiento por sí mismo representa una actividad reembolsable y que puede ser remunerada dependiendo de los minutos invertidos en el mismo.

## **1. Códigos diagnósticos (clasificación CIE-9-MC)**

Cuando los profesionales sanitarios aplican un tratamiento en pacientes dependientes del tabaco, se pueden utilizar los siguientes códigos diagnósticos. Se pueden encontrar en diferentes secciones de la clasificación CIE-9-CM ( *International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification* ):

### **Trastornos mentales (290-319)**

**305.1 Trastorno por consumo de tabaco (dependencia del tabaco).** Se aplica a casos en los que se consume tabaco a pesar de que supone un detrimento de la salud o del funcionamiento social, y a casos en los que existe dependencia del tabaco. Dado que el tabaco difiere de otras drogas por sus efectos psicótrpos, la dependencia del tabaco se incluye aquí y no como drogodependencia. Se excluye: Antecedente de consumo de tabaco (V15.82).

### **Códigos V**

**V15.82 Antecedente de consumo de tabaco.** Se excluye: dependencia del tabaco (305.1)

### **Enfermedades de la cavidad oral, las glándulas salivares y la mandíbula**

#### **523.6 Acreciones en los dientes**

Supragingival: Depósitos en los dientes: tabaco.

### **Intoxicación accidental por otras sustancias sólidas o líquidas, gases y vapores**

#### **E869.4 Tabaquismo pasivo**

### **Complicaciones relacionadas principalmente con la gestación**

**649-0 Trastorno del consumo de tabaco como complicación del embarazo, parto o puerperio**

## **2. Códigos de facturación (Current Procedural Terminology [CPT] Codes)**

Se pueden emplear varios códigos de facturación para el reembolso de la provisión del tratamiento del tabaquismo. Los ejemplos que siguen se encuadran en categorías generales de códigos de servicios médicos preventivos, procedimientos psiquiátricos terapéuticos y servicios dentales.

## **A. Servicios de medicina preventiva**

Los siguientes códigos se utilizan para la evaluación de medicina preventiva y manejo de lactantes, niños, adolescentes y adultos.

La naturaleza “global” de los códigos de los servicios de medicina preventiva 99383-99397 refleja una valoración (exploración física/historia clínica) apropiados para cada edad y sexo y NO es sinónimo del examen “completo” requerido en los códigos de evaluación y manejo correspondientes a los códigos 99201-99350.

Los códigos 99383-99397 incluyen asesoramiento/orientación anticipada/intervenciones para la reducción de los factores de riesgo, que se aplican en el momento del examen inicial o periódico completo de medicina preventiva. (Consulte los códigos 99401-99412 para notificar el asesoramiento/orientación anticipada/intervenciones para la reducción de los factores de riesgo que se aplican independientemente del examen de medicina preventiva).

### **A1 Examen completo, inicial o periódico, de medicina preventiva**

#### **Paciente nuevo**

##### **99393** Examen completo inicial de medicina preventiva

Evaluación y abordaje de medicina preventiva iniciales y exhaustivos de una persona, que incluyen historia apropiada para la edad y el sexo, exploración física, asesoramiento/orientación anticipada/intervenciones para la reducción de los factores de riesgo y prescripción de vacunaciones apropiadas, pruebas de laboratorio/diagnósticas, procedimientos diagnósticos; paciente nuevo; final de la infancia (de 5 a 11 años de edad)

**99384** Adolescente (edad de 12 a 17 años)

**99385** Adulto (edad de 18-39 años)

**99386** Adulto (edad de 40-64 años)

**99387** Adulto (a partir de los 65 años)

#### **Paciente ya conocido**

##### **99393** Examen completo periódico de medicina preventiva

Reevaluación y manejo de una persona con historia apropiada para la edad y el sexo, exploración física, asesoramiento/orientación anticipada/intervenciones para la reducción de los factores de riesgo y prescripción de vacunaciones apropiadas, pruebas de laboratorio/diagnósticas, paciente ya conocido; final de la infancia (de 5 a 11 años de edad)

**99394** Adolescente (edad de 12 a 17 años)

**99395** Adulto (edad de 18-39 años)

**99396** Adulto (edad de 40-64 años)

**99397** Adulto (a partir de los 65 años)

**A2. Asesoramiento y/o intervención para la reducción de los factores de riesgo**

Estos códigos se emplean para valorar los servicios prestados a individuos en un encuentro distinto con el propósito de promover la salud y prevenir enfermedades o lesiones. Por ello, son apropiados para el tratamiento del tabaquismo. Son adecuados también para el tratamiento inicial o de seguimiento del tabaquismo (tanto paciente nuevo como ya conocido). Para los códigos específicos de asesoramiento en medicina preventiva, el número de minutos invertidos en el asesoramiento determina el nivel de facturación (códigos 99400-99404 para 15 a 60 minutos de asesoramiento)

**Medicina preventiva, asesoramiento individual**

**99401** Asesoramiento de medicina preventiva y/o intervenciones para la reducción de los factores de riesgo, prestado a un individuo (procedimiento independiente); aproximadamente durante 15 minutos

**99402.** Aproximadamente 30 minutos

**99403.** Aproximadamente 45 minutos

**99402.** Aproximadamente 60 minutos

**Asesoramiento para dejar de fumar**

Estos códigos corresponden al asesoramiento “cara a cara” llevado a cabo por médicos o por cualquier otro profesional sanitario cualificado, utilizando instrumentos de cribado estandarizados y de base científica y herramientas con documentación fiable y sensibilidad apropiada”.

**99406** Para visitas intermedias de 3 a 10 minutos de duración

**99407** Para visitas intensivas de más de 30 minutos de duración

**Medicina preventiva, asesoramiento grupal**

**99411** Asesoramiento de medicina preventiva y/o intervención para tratar el factor de riesgo del consumo de tabaco, aplicado a un individuo (procedimiento independiente); aproximadamente 30 minutos

**99412** Aproximadamente 60 minutos

## **B. Procedimientos Terapéuticos Psiquiátricos/códigos para la facturación**

Los códigos de facturación para procedimientos terapéuticos en psiquiatría se emplean habitualmente para terapias psicodinámicas, modificación de la conducta y/o psicoterapia de apoyo. Esto hace referencia al desarrollo de la introspección de la comprensión afectiva, el empleo de técnicas de modificación de la conducta, el uso de interacciones de apoyo, el uso de discusión cognitiva de la realidad o cualquier combinación de las técnicas anteriores con el objetivo de producir un cambio terapéutico. Todas las intervenciones de asesoramiento para el tratamiento del tabaquismo que se consideran eficaces en esta guía se encuadran en estos encabezamientos.

Debe destacarse que estos códigos de facturación se pueden modificar en los pacientes que reciben sólo asesoramiento (psicoterapia) y en los que reciben asesoramiento (psicoterapia) además de evaluación médica y servicios sanitarios. Estos servicios de evaluación y manejo incluyen diversas responsabilidades específicas del tratamiento médico de los pacientes psiquiátricos, tales como evaluación diagnóstica médica (p. ej., evaluación de comorbilidad médica, interacciones medicamentosas y exploraciones físicas); tratamiento farmacológico cuando esté indicado; órdenes médicas; e interpretación de las pruebas de laboratorio o de otros estudios diagnósticos y observaciones. De este modo, el empleo de un código de facturación de los tratamientos psiquiátricos con evaluación médica y servicios sanitarios podría ser apropiada para el profesional sanitario que proporciona las dos intervenciones clave en el tratamiento del tabaquismo y que ya se han documentado como eficaces en esta guía: asesoramiento y medicamentos

En la documentación del tratamiento de la dependencia del tabaco mediante el uso de códigos de procedimientos terapéuticos psiquiátricos, el código apropiado se elige en base al tipo de psicoterapia (p. ej., terapia psicodinámica, modificación de la conducta y/o apoyo usando técnicas verbales), el lugar donde se presta el servicio (consulta ambulatoria o paciente hospitalizado), el tiempo dedicado a la interacción directa con el paciente durante el tratamiento (con psicoterapia y medicación), y si la evaluación y los servicios sanitarios se prestan en la misma fecha que la psicoterapia.

### **B1 Consulta externa u otras instalaciones ambulatorias**

Terapia psicodinámica, modificación de la conducta y/o psicoterapia de apoyo.

**90804** Psicoterapia individual, terapia psicodinámica, modificación de la conducta



y/o apoyo aplicados en una consulta externa u otra instalación ambulatoria, con una dedicación aproximada de 20-30 minutos de interacción directa con el paciente

**0805** Con evaluación médica y servicios sanitarios

**90806** Psicoterapia individual, terapia psicodinámica, modificación de la conducta y/o apoyo en una consulta externa u otra instalación ambulatoria con una dedicación aproximada de 45-50 minutos de interacción directa con el paciente

**90807** Con evaluación médica y servicios sanitarios

**90808** Psicoterapia individual, terapia psicodinámica y/o apoyo en una consulta externa u otra instalación ambulatoria con una dedicación aproximada de 75-80 minutos de interacción directa con el paciente

**90809** Con evaluación médica y servicios sanitarios

## **B2. Paciente ingresado en el hospital, hospital de día o centro residencial**

Terapia psicodinámica, modificación de la conducta y/o apoyo psicológico.

**90816** Psicoterapia individual, terapia psicodinámica, modificación de la conducta y/o apoyo psicológico en un paciente ingresado en el hospital, en hospital de día o centro residencial con una dedicación aproximada de 20-30 minutos de interacción directa con el paciente.

**90817** Con evaluación médica y servicios sanitarios

**90818** Psicoterapia individual, terapia psicodinámica, modificación de la conducta y/o apoyo psicológico en un paciente ingresado en el hospital, en hospital de día o centro residencial con una dedicación aproximada de 45-50 minutos de interacción directa con el paciente.

**90819** Con evaluación médica y servicios sanitarios

**90821** Psicoterapia individual, terapia psicodinámica, modificación de la conducta y/o apoyo psicológico en un paciente ingresado en el hospital, en hospital de día o centro residencial con una dedicación aproximada de 75-80 minutos de interacción directa con el paciente.

**90822** Con evaluación médica y servicios sanitarios

## **B3 Otras formas de Psicoterapia**

**90853** Psicoterapia de grupo (diferentes a los grupos de familia múltiples)

## **C. Códigos odontológicos – códigos CDT**

**D1320** Asesoramiento para dejar de consumir tabaco para el control y prevención de enfermedades de la boca.

**Por favor, tenga en cuenta que: el propósito de la siguiente sección es puramente informativo**

El *National Center for Health Statistics*, la agencia federal responsable de la utilización en los Estados Unidos de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas sanitarios relacionados en su 10ª revisión (CIE-10), ha elaborado una modificación de la clasificación en relación con la morbilidad. La clasificación **CIE-10** se emplea para codificar y clasificar los datos de mortalidad a partir de los certificados de defunción, habiendo reemplazado a la clasificación CIE-9 en este aspecto desde el 1 de enero de 1999. Está previsto que clasificación CIE-10-CM remplace a los volúmenes 1 y 2 de la clasificación CIE-9-CM. Una versión actualizada en julio de 2007 **de la clasificación CIE-10-CM** está disponible para uso público. **Sin embargo, en el momento de la impresión de esta guía, los códigos de la clasificación CIE-10-CM no están validados para otros aspectos distintos al de codificación de mortalidad. Una vez implantada, esta información debe ser validada y actualizada antes de su aplicación**

### **F17 Dependencia de la nicotina**

Excluye 1: antecedente de tabaquismo (Z87.82) consumo de tabaco no especificado (Z72.0). Excluye 2: tabaquismo durante el embarazo, parto o puerperio (O99.33-) efecto tóxico de la nicotina (T65.2-)

#### **F17.2 Dependencia de la nicotina**

**F17.20** Dependencia de la nicotina, no especificada

**F17.200** Dependencia de la nicotina, no especificada, no complicada

**F17.201** Dependencia de la nicotina, no especificada, en remisión

**F17.203** Dependencia de la nicotina, no especificada con alteraciones inducidas por la abstinencia

**F17.209** Dependencia de la nicotina, no especificada con alteraciones inespecíficas inducidas por la nicotina

**F17.21** Dependencia de la nicotina, cigarrillos

**F17.210** Dependencia de la nicotina, cigarrillos, no complicada

**F17.211** Dependencia de la nicotina, cigarrillos, en remisión

**F17.213** Dependencia de la nicotina, cigarrillos, con abstinencia

**F17.218** Dependencia de la nicotina, cigarrillos con otras alteraciones inducidas por la nicotina

**F17.219** Dependencia de la nicotina, cigarrillos, con alteraciones inespecíficas inducidas por la nicotina

**F17.22** Dependencia de la nicotina, tabaco de mascar

- F17.220** Dependencia de la nicotina, tabaco de mascar, no complicada
- F17.221** Dependencia de la nicotina, tabaco de mascar, en remisión
- F17.223** Dependencia de la nicotina, tabaco de mascar, con abstinencia
- F17.228** Dependencia de la nicotina, tabaco de mascar, con otras enfermedades inducidas por la nicotina
- F17.229** Dependencia de la nicotina, tabaco de mascar, con enfermedades inespecíficas inducidas por la nicotina
- F17.29** Dependencia de la nicotina, otros productos de tabaco
- F17.290** Dependencia de la nicotina, otros productos de tabaco, no complicada
- F17.291** Dependencia de la nicotina, otros productos de tabaco, en remisión
- F17.293** Dependencia de la nicotina, otros productos de tabaco, con abstinencia
- F17.298** Dependencia de la nicotina, otros productos de tabaco con otras enfermedades inducidas por la nicotina
- F17.299** Dependencia de la nicotina, otros productos de tabaco, con enfermedades inespecíficas inducidas por la nicotina

**O99.3 Trastornos Mentales y enfermedades del sistema nervioso como complicación del embarazo, el parto y el puerperio**

- O99.33** Fumar tabaco como complicación del embarazo, el parto o el puerperio  
 Empleo adicional del código de F17 para identificar el tipo de tabaco
- O99.330** Fumar tabaco como complicación del embarazo sin especificar trimestre
- O99.331** Fumar tabaco como complicación del embarazo durante el primer trimestre
- O99.332** Fumar tabaco como complicación del embarazo durante el segundo trimestre
- O99.333** Fumar tabaco como complicación del embarazo durante el tercer trimestre
- O99.334** Fumar tabaco como complicación del parto
- O99.335** Fumar tabaco como complicación del puerperio

**T65 Efectos tóxicos de otras sustancias no especificadas**

**T65.2 Efecto tóxico del tabaco y de la nicotina**

Excluye 2: Dependencia de la nicotina (F17.-)

**T65.21** Efecto tóxico del tabaco de mascar

**T65.211** Efecto tóxico del tabaco de mascar de forma accidental (no intencionada)

Efecto tóxico del tabaco de mascar no especificado.

**T65.212** Efecto tóxico del tabaco de mascar, autolesión intencionada

**T65.213** Efecto tóxico del tabaco de mascar, agresión

**T65.214** Efecto tóxico del tabaco de mascar, no determinado

**T65.22** Efecto tóxico del tabaco en cigarrillos

Efecto tóxico del humo de tabaco

Uso de código adicional para la exposición al tabaquismo pasivo (Z57.31, Z58.7).

**T65.221** Efecto tóxico del tabaco en cigarrillos de forma accidental (no intencionada)

Efecto tóxico del tabaco en cigarrillos no especificado.

**T65.222** Efecto tóxico del tabaco en cigarrillos, autolesión intencionada

**T65.223** Efecto tóxico del tabaco en cigarrillos, agresión

**T65.214** Efecto tóxico del tabaco en cigarrillos, no determinado

**T65.29** Efecto tóxico de otras formas de tabaco y nicotina

**T65.291** Efecto tóxico de otras formas de tabaco y nicotina de forma accidental (no intencionada)

Efecto tóxico de otras formas de tabaco y nicotina no especificado.

**T65.292** Efecto tóxico de otras formas de tabaco y nicotina, autolesión intencionada

**T65.293** Efecto tóxico otras formas de tabaco y nicotina, agresión

**T65.294** Efecto tóxico de otras formas de tabaco y nicotina, no determinado

**Z71 Personas que entran en contacto con los servicios sanitarios para otro consejo y asesoramiento médico, no clasificado en otro lugar**

**Z71.6** Consejo sobre abuso de tabaco

Usar código adicional para la dependencia de la nicotina (F17.-)

**Z72. Problemas relacionados con el estilo de vida**

**Z72.0** Consumo de tabaco

Consumo de tabaco no especificado.

Excluye 1: Antecedente de tabaquismo (Z87.82), dependencia de la nicotina (F17.2-), dependencia del tabaco (F17.2-), consumo de tabaco durante el embarazo (O99.33-)

**Z87 Antecedente personal de otras enfermedades.**

**Z87.8** Antecedente personal de otras enfermedades específicas

**Z87.82** Antecedente personal de dependencia de la nicotina

Excluye 1: Dependencia actual de la nicotina (F17.2-)

## **APÉNDICE D, Cambios fundamentales de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de 2000: tratamiento del tabaquismo**

A continuación se expone un resumen de los cambios más significativos que aporta la actualización de la Guía del 2008 con respecto a su predecesora del año 2000. Estos cambios incluyen la adición de nuevas recomendaciones, la eliminación de otras, y la modificación sustancial de otras respecto a la guía del año 2000,

### **NUEVAS RECOMENDACIONES EN LA ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE 2008**

La mayoría, si no todas, de las nuevas recomendaciones que aparecen en la puesta al día del año 2008 de la Guía de tratamiento del tabaquismo son el fruto de la evaluación de nuevos metanálisis elegidos por el equipo de la guía.

#### **1. Formatos de tratamientos psicosociales**

Recomendación: los materiales individualizados, tanto impresos como de la Web, parecen ser eficaces para ayudar a los fumadores a abandonar el tabaco. Por lo tanto, los profesionales sanitarios pueden elegir materiales de autoayuda adaptados individualmente para los pacientes que quieren dejar de fumar. (Nivel de evidencia= B)

#### **2. Combinación de asesoramiento y medicación**

Recomendación: la combinación de asesoramiento y medicación es más eficaz para dejar de fumar que cualquiera de ellas por separado. Por lo tanto, siempre que sea viable y esté indicado, se ofrecerá asesoramiento y medicación a los pacientes que quieran dejar de fumar. (Nivel de evidencia= A)

Recomendación: Existe una fuerte relación entre el número de sesiones de asesoramiento combinado con medicación y las probabilidades de éxito para alcanzar la abstinencia. Por lo tanto, en lo posible los profesionales sanitarios deberían proporcionar múltiples sesiones de asesoramiento además de la medicación a los pacientes que están intentando dejar de fumar. (Nivel de evidencia= A)

#### **3. Para los fumadores que no están dispuestos a hacer un intento de abandono en este momento**

Recomendación: Las técnicas de intervención motivacional parecen ser eficaces en el incremento de las posibilidades de que el paciente se plantee un intento en el fu-

turo. Por consiguiente, los profesionales sanitarios deberían utilizar las técnicas motivacionales para animar a los pacientes que actualmente no están dispuestos a dejarlo a que consideren un intento en el futuro. (Nivel de evidencia= B)

#### **4- Nicotina en pastillas para chupar**

Recomendación: Las pastillas de nicotina para chupar son un tratamiento eficaz para dejar de fumar y debería fomentarse su uso. (Nivel de evidencia= B)

#### **5. Vareniclina**

Recomendación: La vareniclina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar y debería fomentarse su uso (Nivel de evidencia= A)

#### **6 Poblaciones específicas**

Recomendación: Las intervenciones que se consideran eficaces en esta Guía lo son en la mayoría de las diferentes poblaciones. Además, muchos de los estudios que apoyan estas intervenciones incluyen muestras variadas de consumidores de tabaco. Por lo tanto, las intervenciones identificadas como eficaces en esta Guía están recomendadas en la mayoría de los fumadores, excepto cuando hubiera una contraindicación médica o si se tratase de poblaciones en las que no se hubiera demostrado su eficacia (mujeres embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores ligeros y adolescentes). (Nivel de evidencia= B)

#### **7 Fumadores ligeros**

Recomendación: Se debe identificar a los fumadores ligeros, se les debe estimular a dejar de fumar de inmediato y de manera enérgica, y además deberían recibir intervenciones en forma de asesoramiento para el abandono. (Nivel de evidencia= B)

#### **RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE 2000 QUE SE ELIMINARON EN LA GUÍA DE 2008.**

El equipo reconsideró todas las recomendaciones del nivel “C” con la finalidad de limitar aquellas que estuvieran basadas, en parte, en la opinión del grupo. Así, la Guía actualizada de 2008 sólo tiene 8 recomendaciones del nivel “C”, mientras que la Guía de 2000 contaba con 18. Se han eliminado además otras recomenda-

ciones que aparecían en la Guía de 2000. Algunas de estas últimas están dirigidas a poblaciones específicas de forma diferente a como ocurre en la actualización de la guía de 2008

## **1 Consejo para dejar de fumar**

Recomendación: Todos los profesionales sanitarios deberían aconsejar con firmeza a sus pacientes que abandonaran el consumo de tabaco. Aunque no hay estudios dirigidos específicamente a evaluar el efecto del consejo para dejar de fumar por personal sanitario no médico, es razonable creer que ese consejo es eficaz en lograr un aumento de las tasas de éxito a largo plazo. (Nivel de evidencia = B).

## **2 Tipos de consejo y terapias conductuales**

Recomendación: Las terapias aversivas (fumar rápidamente, caladas rápidas y otras técnicas aversivas) incrementan las tasas de abstinencia y se pueden usar en fumadores que deseen esta modalidad de tratamiento o en los que han fracasado otras intervenciones. (Nivel de evidencia = B).

## **3 Medicaciones**

Recomendación: Se debe considerar que los fármacos capaces de mejorar las tasas de abandono a largo plazo son una estrategia para reducir las probabilidades de recaída. (Nivel de evidencia = C).

## **4 Sexo**

Recomendación: Los tratamientos para dejar de fumar son eficaces tanto en hombres como en mujeres. Por lo tanto, excepto en el caso de la mujer embarazada, las mismas medicaciones se pueden utilizar indistintamente en hombres y en mujeres. (Nivel de evidencia = B).

## **5 Embarazo**

Recomendación: Se deberían considerar los fármacos en mujeres embarazadas cuando sean incapaces de dejarlo de otra manera y cuando la probabilidad de dejarlo, con sus posibles beneficios, supere a los riesgos de la medicación y de seguir fumando. (Nivel de evidencia = C).



## **6 Minorías raciales y étnicas**

Recomendación: los tratamientos para dejar de fumar han sido eficaces en diferentes minorías raciales y étnicas. Así, a los miembros de esas razas o minoría étnicas se les deberían ofrecer los tratamientos cuya eficacia se ha demostrado en esta Guía. (Nivel de evidencia = A).

Recomendación: Siempre que sea posible, los fármacos para el tratamiento del tabaquismo se deberían modificar o adecuar para la población racial o étnica en la que se vayan a utilizar. (Nivel de evidencia = C).

## **7. Fumadores hospitalizados**

Recomendación: Los tratamientos para dejar de fumar han sido eficaces en pacientes hospitalizados. Así, en los pacientes hospitalizados deberían administrarse los tratamientos que hayan sido eficaces para dejar de fumar. (Nivel de evidencia = B)

## **8. Enfermedades psiquiátricas y/o dependencia de otras sustancias químicas diferentes al tabaco**

Recomendación: a los fumadores con comorbilidad psiquiátrica se les deberían ofrecer los fármacos para dejar de fumar identificados como eficaces en esta Guía. (Nivel de evidencia = C)

Recomendación: El bupropión de liberación sostenida (SR) y la nortriptilina, tratamientos eficaces para dejar de fumar en la población general, son también eficaces en el tratamiento de la depresión. Por tanto, se deberían plantear especialmente el bupropión SR y la nortriptilina en el tratamiento de la dependencia del tabaco en fumadores que tienen una historia actual o pasada de depresión. (Nivel de evidencia = C).

Recomendación: Los datos científicos indican que las intervenciones para dejar de fumar no interfieren con la recuperación de la dependencia de otras sustancias. Por lo tanto, a los fumadores que reciben tratamiento por dependencia de otras sustancias se les deberían ofrecer tratamientos para dejar de fumar cuya eficacia se ha demostrado en esta Guía, incluyendo asesoramiento y fármacos. (Nivel de evidencia = C).

## 9. Niños y adolescentes

Recomendación: en el tratamiento de los adolescentes, los profesionales sanitarios pueden plantearse la prescripción de bupropión SR o TSN (terapia sustitutiva con nicotina) cuando haya datos de dependencia de la nicotina y deseo de abandonar el consumo de tabaco. (Nivel de evidencia = C).

## 10 Fumadores ancianos.

Recomendación: los tratamientos para dejar de fumar han sido eficaces en ancianos. Por lo tanto, a los ancianos se les deberían ofrecer los tratamientos para dejar de fumar cuya eficacia se ha demostrado en esta Guía. (Nivel de evidencia = A)

## 11. Aumento de peso al dejar de fumar

Recomendación: los profesionales sanitarios deben saber que tras dejar de fumar se produce a menudo un aumento ponderal. Además, el profesional sanitario debería: (1) reconocer que el riesgo para la salud derivado del aumento de peso es menor que el de continuar fumando; (2) recomendar actividad física y una dieta saludable para controlar el peso; y (3) recomendar a los pacientes que se concentren en dejar de fumar, sin controlar el peso, hasta que los exfumadores confíen en que no volverán a fumar. (Nivel de evidencia = C).

## 12 Coste-eficacia de las intervenciones en tabaquismo

Recomendación: las intervenciones intensivas para dejar de fumar son especialmente eficaces y coste-eficaces, y los fumadores deberían tener acceso a esta prestación, así como a intervenciones de menor intensidad. (Nivel de evidencia = B).

Nota: Los tratamientos del tabaquismo cuya eficacia se ha demostrado en esta Guía y se siguen todavía recomendando como medidas muy coste-eficaces, con nivel de la evidencia = A. La recomendación anterior, número 12, se eliminó porque sólo se refiere a intervenciones “intensivas” para dejar de fumar

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE 2008 QUE SE HAN MODIFICADO SUSTANCIALMENTE RESPECTO A LA GUÍA DE 2000

Los resultados de los nuevos metanálisis y la consideración de la literatura que ha aparecido con posterioridad a la guía del 2000 han llevado a hacer cambios sustanciales en algunas recomendaciones que aparecen en la guía de 2008. Los cambios de enunciado pequeños no se exponen aquí.

### 1 Cribado y evaluación

**Guía de 2000.** Recomendación N° 1: Debería preguntarse a todos los pacientes si consumen tabaco y documentar su tipo y cantidad de consumo, de forma habitual. Se ha demostrado que esta medida incrementa significativamente las tasas de intervención clínica. (Nivel de evidencia = A).

**Guía de 2000.** Recomendación N° 2. Los sistemas clínicos de cribado tales como ampliar la recogida de los signos vitales añadiendo el estado de consumo de tabaco, o el uso de sistemas de recuerdo como pegatinas en las historias clínicas o avisos en el ordenador, resultan esenciales para la evaluación, el registro y la intervención homogéneos en relación al consumo de tabaco. (Nivel de evidencia = B).

**Guía actualizada de 2008.** Recomendación: Debería preguntarse a todos los pacientes si consumen tabaco y documentar sistemáticamente su estado de consumo. Se ha demostrado que los sistemas clínicos de cribado tales como ampliar los signos vitales con el estado de consumo de tabaco, o el uso de otros sistemas de recuerdo como pegatinas en las historias clínicas o avisos en el ordenador, incrementan significativamente las tasas de intervención del profesional sanitario. (Nivel de evidencia = A).

### 2. Tipos de asesoramiento y terapias conductuales

**Guía de 2000.** Recomendación: Tres tipos de asesoramiento y terapia conductual redundan en mayores tasas de abstinencia: (1) ofrecer a los fumadores asesoramiento práctico para la resolución de situaciones de alto riesgo y formación en habilidades; (2) ofrecer apoyo social como parte del tratamiento; y (3) ayudar a los fumadores a conseguir apoyo social fuera del entorno terapéutico. Se deberían incluir estos tipos de asesoramiento y terapia conductual en las intervenciones para dejar de fumar. (Nivel de evidencia = B).

**Guía actualizada de 2008.** Recomendación: dos tipos de asesoramiento y terapia conductual redundan en tasas de éxito más altas: (1) ofrecer a los fumadores asesoramiento práctico para la resolución de situaciones de alto riesgo y formación en habilidades; (2) ofrecer apoyo y estímulo como parte del tratamiento. Se deberían incluir estos tipos de asesoramiento en las intervenciones para dejar de fumar. (Nivel de evidencia = B).

### 3. Fármacos

**Guía de 2000.** Recomendación: A todos los pacientes que desean intentar abandonar el tabaco se les deberían ofrecer fármacos eficaces para dejar de fumar, excepto en circunstancias especiales. (Nivel de evidencia = A).

**Guía actualizada de 2008.** Recomendación: Los profesionales sanitarios deberían animar a todos los pacientes que desean abandonar el consumo de tabaco a usar tratamientos farmacológicos eficaces para abandonar el tabaquismo, salvo que estuvieran contraindicados o en poblaciones en las que no hubiera suficientes datos de eficacia (p. ej., embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores ligeros y adolescentes). (Nivel de evidencia = A)

### 4 Combinaciones de fármacos

**Guía de 2000.** Recomendación: la combinación de parches de nicotina con otras formas de terapia de aporte de nicotina autoadministrada (chicle o spray nasal) es más eficaz que una forma única, y se debería animar a los pacientes a que tomaran estos tratamientos combinados cuando no sean capaces de dejar de fumar utilizando monoterapia de primera línea. (Nivel de evidencia = A)

**Guía actualizada de 2008.** Recomendación: algunas combinaciones de fármacos de primera línea han sido eficaces en el tratamiento para dejar de fumar. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deberían plantearse utilizar estas combinaciones en los pacientes dispuestos a dejar de fumar. Combinaciones eficaces son: las combinaciones de parches de nicotina utilizados a largo plazo (>14 semanas) + otras formas de TSN (chicle o spray), parches de nicotina + inhalador de nicotina y parches de nicotina + bupropión SR. (Nivel de evidencia = A)

### 5 Niños y adolescentes

**Guía de 2000.** Recomendación N° 1: Se deben plantear para su aplicación en niños y adolescentes el asesoramiento y las intervenciones conductuales que han sido

eficaces en adultos. El contenido de estas intervenciones se debería adaptar a esta población. (Nivel de evidencia = C)

**Guía actualizada de 2008.** Recomendación N°1: El asesoramiento ha sido eficaz en el tratamiento del tabaquismo en adolescentes. Por lo tanto, los adolescentes fumadores deberían recibir asesoramiento como ayuda para dejar de fumar. (Nivel de evidencia = B)

**Guía de 2000.** Recomendación N° 2: los profesionales sanitarios en pediatría deberían ofrecer asesoramiento para dejar de fumar, así como intervenciones dirigidas a los padres para reducir la exposición al tabaquismo pasivo. (Nivel de evidencia = B)

**Guía actualizada de 2008.** Recomendación N°2: El tabaquismo pasivo es nocivo para los niños. El asesoramiento para el abandono en pediatría ha sido eficaz para incrementar las tasas de abandono en los padres que fuman. Por consiguiente, para proteger a los niños del tabaquismo pasivo, los profesionales sanitarios deberían interrogar a los padres acerca del consumo de tabaco y ofrecerles asesoramiento y asistencia. (Nivel de evidencia = B)

## **6 Consumidores de formas de tabaco diferentes al cigarrillo**

**Guía de 2000.** Recomendación: se debe identificar a los consumidores de tabaco sin humo/tabaco de mascar, se les debe instar con firmeza al abandono y se les debe tratar con los mismos consejos e intervenciones que a los fumadores. (Nivel de evidencia = B).

**Guía actualizada de 2008.** Recomendación: se debe identificar a los consumidores de tabaco sin humo/tabaco de mascar, se les debe instar con firmeza al abandono y se les deben proporcionar asesoramiento e intervenciones para el abandono. (Nivel de evidencia = A).

## **7 Coste-eficacia de las intervenciones en la dependencia del tabaco**

**Guía de 2000.** Recomendación: se deben asignar recursos suficientes para reembolsar a los profesionales sanitarios y apoyar a los sistemas sanitarios para garantizar la distribución de tratamientos eficaces del tabaquismo. (Nivel de evidencia = C).

**Guía actualizada de 2008.** Recomendación: se deben asignar recursos suficientes para apoyar a los sistemas sanitarios para garantizar la distribución de tratamientos eficaces del tabaquismo. (Nivel de evidencia = C).

## **8 Tratamiento del tabaquismo como parte de la evaluación de la calidad asistencial**

**Guía de 2000.** Recomendación: la provisión de las intervenciones basadas en la guía para tratar el tabaquismo debería incluirse en los índices estándar y las medidas de calidad asistencial global (p. ej., NCQA HEDIS, *Foundation for Accountability* [FACCT]). (Nivel de evidencia = C).

**Guía actualizada de 2008.** Recomendación: la provisión de las intervenciones basadas en la guía para tratar el tabaquismo debería permanecer en los índices estándar y medidas de calidad asistencial global (p. ej., NCQA HEDIS). Estas medidas estándar también deberían incluir medidas de resultados (p. ej., empleo de tratamientos para dejar de fumar, tasas de abstinencia a corto y a largo plazo) que se originan por la aplicación de intervenciones para el tratamiento del tabaquismo. (Nivel de evidencia = C).

## **9 Proporcionar tratamientos para dejar de fumar como una prestación cubierta**

**Guía de 2000.** Recomendación: se deberían incluir los tratamientos del tabaquismo (tanto fármacos como asesoramiento) como prestación pagada o cubierta por los servicios sanitarios, ya que de ese modo se consigue una mejora de la utilización de los recursos y de las tasas de abstinencia globales. (Nivel de evidencia = B).

**Guía actualizada de 2008.** Recomendación: La administración de tratamientos del tabaquismo (tanto fármacos como asesoramiento) como prestación pagada o cubierta por los planes de salud ha permitido incrementar la proporción de fumadores que reciben tratamiento para el abandono, los intentos de abandono y las probabilidades de éxito. Por consiguiente, los tratamientos cuya eficacia se ha demostrado en esta Guía deberían incluirse como prestación cubierta por los servicios sanitarios tanto públicos como privados. (Nivel de evidencia = A).



## INDICE ALFABETICO

### A

Abstinencia, 33, 107, 109, 110, 111, 111, 112, 113, 114, 116, 118, 119, 121, 122, 124, 127, 129, 130, 134, 136, 137, 138, 145, 159, 162, 167, 170, 179, 182, 203, 205, 211, 213, 217, 227, 243.

Abstinencia puntual, 227.

Acetato de plata, 164, 227.

Acupuntura, 133, 134, 228.

Adolescentes fumadores, 202, 205.

Ansiolíticos, 163.

Apreciación, consumo del tabaco, 105.

Asesoramiento individual, 119, 258,

Asesoramiento grupal, 119, 258.

Asesoramiento telefónico, 119, 124.

Asistencia, 19, 231, 229, 241.

Asma, 197.

### B

Benzodiacepinas, 163.

Bidis, 230.

Buspirona, 230.

### C

Cáncer, 197.

Clonidina, 70, 154, 230.

Cochrane, meta-análisis, 243.

Confirmación bioquímica, 231.

Consejo, 33, 51, 206, 209, 211, 231, 232.



Consumo de tabaco, 202, 203.

Coste-efectividad de las intervenciones contra el tabaquismo, 175.

Consumidores de tabaco sin humo, 142.

Chicle de nicotina, 59, 147.

## **D**

Dependencia, 211, 232, 272.

Depresión, 236.

Duración de las sesiones, 113.

## **E**

Educación, 94.

Efectividad, 114, 116, 118, 121, 122, 124, 130, 157, 159, 162, 168, 170, 171, 172, 173, 217.

Eficacia, 33, 175.

Ejercicio, 224.

Enfermedad crónica, modelo, 239.

## **F-G-H-I**

Ganancia de peso, 222, 223.

Hipnosis, 134.

Inhalador de nicotina, 61, 148, 155, 156.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, 163, 235.

Intervención motivacional, 74, 139, 236.

Intervención intensiva, 87, 112.

## **J-K-L-M-N**

Línea telefónica de ayuda al fumador, 123, 237.

Mecamilamina, 164, 238.

Motivación, 50, 76, 239.

Naltrexona, 164, 239.

Nortriptilina, 71, 240.

## **O-P-Q**

Opiáceos, 241.

Pastilla de nicotina, 62.  
Parche de nicotina, 66, 149, 155, 156, 157, 159, 168.  
Poblaciones minoritarias raciales y étnicas, 200.  
Profesional sanitario, 224, 242.

## **R-S**

Seguimiento, 53, 127, 173.  
Seguro sanitario, 181, 182.  
Sertralina, 243  
Spray nasal de nicotina, 64, 149.

## **T**

Tabaquismo pasivo, 203, 256.  
Terapia conductual, 224.  
Terapia sustitutiva con nicotina, 147.

## **U-V-W-Y-Z**

Vareniclina, 68, 150, 245, 266.

## Referencias Generales

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 96-0692. April 1996.
2. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2006, with chartbook on trends in the health of Americans. Hyattsville, MD, 2006.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2006. *MMWR* 2007; 56:1157-61.
4. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
5. Rothemich SF, Woolf, SH, Johnson, RE, et al. Effect on cessation counseling of documenting smoking status as a routine vital sign: An ACORN study. *Ann Fam Med* 2008;6:60-8.
6. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
7. Baumeister SE, Schumann A, Meyer C, et al. Effects of smoking cessation on health care use: is elevated risk of hospitalization among former smokers attributable to smoking-related morbidity? *Drug Alcohol Depend* 2007; 88:197-203.
8. Lightwood J. The economics of smoking and cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003;46:39-78.
9. Lightwood JM, Glantz SA. Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke. *Circulation* 1997; 96:1089-96.
10. Rasmussen SR, Prescott E, Sorensen TI, et al. The total lifetime health cost savings of smoking cessation to society. *Eur J Public Health* 2005;15:601-6.
11. Hurley SF. Short-term impact of smoking cessation on myocardial infarction and stroke hospitalisations and costs in Australia. *Med J Aust* 2005;183:13-7.
12. Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD003041.
13. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med* 2007, 356:2388-98.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2004. *MMWR* 2005;54:1121-24.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2003. *MMWR* 2005;54:509-13.
16. Tobacco Cessation Leadership Network. Trends in the delivery and reimbursement of tobacco dependence treatment. Available at: [http://tcln.org/resources/pdfs/Trends\\_in\\_Delivery\\_and\\_Reimbursement\\_final.pdf](http://tcln.org/resources/pdfs/Trends_in_Delivery_and_Reimbursement_final.pdf).
17. Centers for Disease Control and Prevention. State Medicaid coverage for tobacco-dependence treatments—United States, 2005. *MMWR* 2006;55:1194-7.
18. Bellows NM, McMenamin SB, Halpin HA. Adoption of system strategies for tobacco cessation by state Medicaid programs. *Med Care* 2007;45:350-6.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Physician and other health care professional counseling of smokers to quit—United States, 1991. *MMWR* 1993;42:854-7.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Receipt of advice to quit smoking in Medicare managed care—United States, 1998. *JAMA* 2000;284:1779-81.
21. Denny CH, Serdula MK, Holtzman D, et al. Physician advice about smoking and drinking: are U.S. adults being informed? *Am J Prev Med* 2003;24:71-4.
22. Chase EC, McMenamin SB, Halpin HA. Medicaid provider delivery of the 5A's for smoking cessation counseling. *Nicotine Tob Res* 2007;9:1095-101.
23. Quinn VP, Stevens VJ, Hollis JF, et al. Tobacco-cessation services and patient satisfaction in nine nonprofit HMOs. *Am J Prev Med* 2005;29:77-84.
24. California Department of Health Services. Smokers and quitting. 2005. Available at:

- <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/Cessation.pdf>.
25. National Committee for Quality Assurance. The state of health care quality 2007. Available at: <http://web.ncqa.org/tabid/543/Default.aspx>.
  26. Centers for Disease Control and Prevention. State-specific prevalence of cigarette smoking among adults and quitting among persons aged 18-35 years—United States, 2006. *MMWR* 2007;56:993-6.
  27. Swartz SH, Cowan TM, Klayman JE, et al. Use and effectiveness of tobacco telephone counseling and nicotine therapy in Maine. *Am J Prev Med* 2005;29:288-94.
  28. Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs—2007. Atlanta, GA, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007.
  29. Cummings KM, Hyland A. Impact of nicotine replacement therapy on smoking behavior. *Annu Rev Public Health* 2005;26:583-99.
  30. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, et al. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? *JAMA* 1990;263:2760-5.
  31. Westmaas JL, Langsam K. Unaided smoking cessation and predictors of failure to quit in a community sample: effects of gender. *Addict Behav* 2005;30:1405-24.
  32. Centers for Disease Control and Prevention. Use of cessation methods among smokers aged 16-24 years—United States, 2003. *MMWR* 2006;55:1351-4.
  33. Cokkinides VE, Ward E, Jemal A, et al. Under-use of smoking-cessation treatments: results from the National Health Interview Survey, 2000. *Am J Prev Med* 2005;28:119-22.
  34. Pierce JP, Gilpin EA. Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA* 2002;288:1260-4.
  35. West R, DiMarino ME, Gitchell J, et al. Impact of UK policy initiatives on use of medicines to aid smoking cessation. *Tob Control* 2005;14:166-71.
  36. Centers for Disease Control and Prevention. Public health focus: effectiveness of smoking-control strategies—United States. *MMWR* 1992;41:645-7, 653.
  37. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 1997-2001. *MMWR* 2005;54:625-8.
  38. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993;270:2207-12.
  39. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use among adults—United States, 2005. *MMWR* 2006;55:1145-8.
  40. Kessler DA, Witt AM, Barnett PS, et al. The Food and Drug Administration's regulation of tobacco products. *N Engl J Med* 1996;335:988-94.
  41. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
  42. Gilpin B, Ballin S. Antidote for America's leading pediatric disease. *Circulation* 1996;94:233.
  43. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-32, DHHS Publication No. SMA 07-4293). Rockville, MD, 2007.
  44. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health. Office of Applied Studies, NSDUH Series H-27, DHHS Publication No. SMA -5-4061. Rockville, MD, 2005.
  45. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs—United States, 1995-1999. *MMWR* 2002;51:300-3.
  46. Sloan FA, Ostermann J, Picone G. The price of smoking. Cambridge, MA, Massachusetts Institute of Technology, 2004.
  47. American Legacy Foundation. Saving lives, saving money: tobacco-free states spend less on Medicaid. Available at: [http://www.americanlegacy.org/Files/Policy\\_Report\\_4\\_-\\_Medicaid\\_Report\\_Technical\\_Notes.pdf](http://www.americanlegacy.org/Files/Policy_Report_4_-_Medicaid_Report_Technical_Notes.pdf).

48. Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford RS, et al. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA* 1998;279:604-8.
49. Thorndike AN, Regan S, Rigotti NA. The treatment of smoking by US physicians during ambulatory visits: 1994-2003. *Am J Public Health* 2007;97:1878-83.
50. Conroy MB, Majchrzak NE, Regan S, et al. The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care. *Nicotine Tob Res* 2005;7 Suppl 1:S29-34.
51. Stevens VJ, Solberg LI, Quinn VP, et al. Relationship between tobacco control policies and the delivery of smoking cessation services in nonprofit HMOs. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2005;75-80.
52. Fang CY, Ma GX, Miller SM, et al. A brief smoking cessation intervention for Chinese and Korean American smokers. *Prev Med* 2006;43:321-4.
53. Ferreira-Borges C. Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women. *Prev Med* 2005;41:295-302.
54. Fiore MC, Jorenby DE, Schenk AE, et al. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995;70:209-13.
55. Glasgow RE, Whitlock EP, Eakin EG, et al. A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *Am J Public Health* 2000;90:786-9.
56. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD000165.
57. Molyneux A, Lewis S, Leivers U, et al. Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counseling, brief counseling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax* 2003;58:484-8.
58. Rissel C, Salmon A, Hughes AM. Evaluation of a (pilot) stage-tailored brief smoking cessation intervention among hospital patients presenting to a hospital pre-admission clinic. *Aust Health Rev* 2000;23:83-93.
59. Bonollo DP, Zapka JG, Stoddard AM, et al. Treating nicotine dependence during pregnancy and postpartum: understanding clinician knowledge and performance. *Patient Edu Couns* 2002;48:265-74.
60. Hu S, Pallonen U, McAlister AL, et al. Knowing how to help tobacco users. Dentists' familiarity and compliance with the clinical practice guideline. *J Am Dent Assoc* 2006;137:170-9.
61. McMenamin SB, Halpin HA, Ibrahim JK, et al. Physician and enrollee knowledge of Medicaid coverage for tobacco dependence treatments. *Am J Prev Med* 2004;26:99-104.
62. Ward MM, Vaughn TE, Uden-Holman T, et al. Physician knowledge, attitudes and practices regarding a widely implemented guideline. *J Eval Clin Pract* 2002;8:155-62.
63. Amundson G, Solberg LI, Reed M, et al. Paying for quality improvement: compliance with tobacco cessation guidelines. *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29:59-65.
64. American Medical Association. Promoting the utilization of new and old Medicare preventive services benefits. Interim meeting of the AMA House of Delegates. 2006. Available at: [www.ama-ssn.org/ama1/pub/upload/mm/38/i-06bot.pdf](http://www.ama-ssn.org/ama1/pub/upload/mm/38/i-06bot.pdf)
65. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999;282:1458-65.
66. Jaen CR, Crabtree BF, Zyzanski SJ, et al. Making time for tobacco cessation counseling. *J Fam Pract* 1998;46:425-8.
67. Jaen CR, McIlvain H, Pol L, et al. Tailoring tobacco counseling to the competing demands in the clinical encounter. *J Fam Pract* 2001;50:859-63.
68. Slade J. Cessation: it's time to retire the term. *SRNT Newsletter* 1999, 5:1-4.
69. Jones HE, Garrett BE, Griffiths RR. Subjective and physiological effects of intravenous nicotine and cocaine in cigarette smoking cocaine abusers. *J Pharmacol Exp Ther* 1999;288:188-97.
70. Di Matteo V, Pierucci M, Di Giovanni G, et al. The neurobiological bases for the pharmacotherapy of nicotine addiction. *Curr Pharm Des* 2007;13:1269-84.
71. Laviolette SR, van der Kooy D. The neurobiology of nicotine addiction: bridging the gap from molecules to behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2004;5:55-65.
72. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health., 1988.
73. Raw M, Anderson P, Batra A, et al. WHO Europe evidence based recommendations on

- the treatment of tobacco dependence. *Tob Control* 2002;11:44-6.
74. Kohler CL, Bailey WC. Tobacco dependence: a chronic disease. *Chest* 2002;121:686-7.
  75. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1996;153:s1-s31.
  76. Kleber HD, Weiss RD, Anton RF Jr., et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2007;164:5-123.
  77. American Medical Association. American Medical Association guidelines for the diagnosis and treatment of nicotine dependence: how to help patients stop smoking. Washington, DC, American Medical Association, 1994.
  78. American Dental Association. Summary of policy and recommendations regarding tobacco. 2005. Available at: <http://www.ada.org/prof/resources/positions/statements/tobac.asp>.
  79. American Nurses Association. Position statements: cessation of tobacco use. 1995. Available at: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/social.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/social.aspx)
  80. Institute of Medicine. Ending the tobacco problem: a blueprint for the nation. Washington, DC, The National Academy Press, 2007.
  81. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax* 2000;55:987-99.
  82. Hughes JR. Motivating and helping smokers to stop smoking. *J Gen Intern Med* 2003;18:1053-7.
  83. Ward KD, Klesges RC, Zbikowski SM, et al. Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addict Behav* 1997;22:521-33.
  84. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction* 2005;100:1423-31.
  85. Collins BN, Levin KP, Bryant-Stephens T. Pediatricians' practices and attitudes about environmental tobacco smoke and parental smoking. *J Pediatr* 2007;150:547-52.
  86. Hollis JF, Bills R, Whitlock E, et al. Implementing tobacco interventions in the real world of managed care. *Tob Control* 2000;9:118-24.
  87. Solberg LI, Boyle RG, Davidson G, et al. Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clin Proc* 2001;76:138-43.
  88. Barzilai DA, Goodwin MA, Zyzanski SJ, et al. Does health habit counseling affect patient satisfaction? *Prev Med* 2001;33:595-9.
  89. Davis RM. Measuring the health impact of smoking and health care providers' performance in addressing the problem. *Ann Intern Med* 2006;144:444-6.
  90. Orleans CT. Increasing the demand for and use of effective smoking cessation treatments: reaping the full health benefits of tobacco control science and policy gains in our lifetime. *Am J Prev Med* 2007;33:S340-8.
  91. Mooney M, White T, Hatsukami D. The blind spot in the nicotine replacement therapy literature: assessment of the double-blind in clinical trials. *Addict Behav* 2004;29:673-84.
  92. Centers for Disease Control and Prevention. The guide to community preventive services: tobacco use prevention and control. Available at: [http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco\\_control\\_programs/stateandcommunity/comguide.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/comguide.htm).
  93. Institute of Medicine. Clearing the smoke: assessing the science base for tobacco harm reduction. Washington DC, National Academy Press, 2001, pp 1-18.
  94. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2000.
  95. Brandon TH, Tiffany ST, Obremski KM, et al. Postcessation cigarette use: the process of relapse. *Addict Behav* 1990;15:105-14.
  96. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004;99:29-38.
  97. Kenford SL, Smith SS, Wetter DW, et al. Predicting relapse back to smoking: contrasting affective and physical models of dependence. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:216-27.
  98. Piasecki TM. Relapse to smoking. *Clin Psychol Rev* 2005, 26:196-215
  99. Velicer WF, Prochaska JO. A comparison of four self-report smoking cessation outcome measures. *Addict Behav* 2004;29:51-60.

100. Garvey AJ, Bliss RE, Hitchcock JL, et al. Predictors of smoking relapse among self-quitters: a report from the Normative Aging Study. *Addict Behav* 1992;17:367-77.
101. Westman EC, Behm FM, Simel DL, et al. Smoking behavior on the first day of a quit attempt predicts long-term abstinence. *Arch Intern Med* 1997;157:333-40.
102. Hurt RD, Krook JE, Croghan IT, et al. Nicotine patch therapy based on smoking rate followed by bupropion for prevention of relapse to smoking. *J Clin Oncol* 2003;21:914-20.
103. DerSimonian R, Laird N. Meta-analysis in clinical trials. *Control Clin Trials* 1986;7:177-88.
104. Statistics and Epidemiology Research Corporation. EGRET Reference Manual, Revision 4. Seattle, WA, 1993.
105. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression, Second Edition*. New York, John Wiley & Sons, Inc., 2000.
106. Gartlehner G, Hanson RA, Nissman D, et al. Criteria for distinguishing effectiveness from efficacy trials in systematic reviews. Technical Review 12 (Prepared by the RTI-International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 06-0046. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, April 2006.
107. Dale LC, Hurt RD, Hays JT. Drug therapy to aid in smoking cessation. Tips on maximizing patients' chances for success. *Postgrad Med* 1998;104:75-8, 83-74.
108. Lerman C, Kaufmann V, Rukstalis M, et al. Individualizing nicotine replacement therapy for the treatment of tobacco dependence: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2004;140:426-33.
109. West R, Hajek P, Nilsson F, et al. Individual differences in preferences for and responses to four nicotine replacement products. *Psychopharmacology (Berl)* 2001;153:225-30.
110. Drilea SK, Reid BC, Li CH, et al. Dental visits among smoking and nonsmoking US adults in 2000. *Am J Health Behav* 2005;29:462-71.
111. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2000. *MMWR* 2002;51:642-5.
112. Fu SS, Partin MR, Snyder A, et al. Promoting repeat tobacco dependence treatment: are relapsed smokers interested? *Am J Manag Care* 2006;12:235-43.
113. National Cancer Institute. Tobacco and the clinician: interventions for medical and dental practice. Monograph No. 5. NIH Publication No. 94-3696, 1994.
114. Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med* 2000;9:426-33.
115. Richmond RL. Physicians can make a difference with smokers: evidence-based clinical approaches. Presentation given during the Symposium on Smoking Cessation at the 29th World Conference of the IUATLD/UICTMR and Global Congress on Lung Health, Bangkok, Thailand, 23-26 November 1998. *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:100-12.
116. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, et al. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002;22:267-84.
117. Tessaro I, Lyna PR, Rimer BK, et al. Readiness to change smoking behavior in a community health center population. *J Community Health* 1997;22:15-31.
118. Ossip-Klein DJ, McIntosh S, Utman C, et al. Smokers ages 50+: who gets physician advice to quit? *Prev Med* 2000;31:364-9.
119. National Committee for Quality Assurance. The state of health care quality 2006. Available at: [http://www.ncqa.org/communications/sohc2006/sohc\\_2006.pdf](http://www.ncqa.org/communications/sohc2006/sohc_2006.pdf).
120. Shelley D, Cantrell J, Faulkner D, et al. Physician and dentist tobacco use counseling and adolescent smoking behavior: results from the 2000 National Youth Tobacco Survey. *Pediatrics* 2005;115:719-25.
121. Moran S, Thorndike AN, Armstrong K, et al. Physicians' missed opportunities to address tobacco use during prenatal care. *Nicotine Tob Res* 2003;5:363-8.
122. Rennard SI, Daughton DM. Smoking cessation. *Chest* 2000;117:360S-4S.
123. Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
124. Lichtenstein E, Hollis J. Patient referral to a smoking cessation program: who follows through? *J Fam Prac* 1992;34:739-44.
125. Hammond D, McDonald PW, Fong GT, et al. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction* 2004;99:1042-8.

126. Roche AM, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug Alcohol Rev* 2004;23:11-8.
127. Stange KC, Zyzanski SJ, Jaen CR, et al. Illuminating the 'black box'. A description of 4,454 patient visits to 138 family physicians. *J Fam Pract* 1998;46:377-89.
128. Nides M, Leischow S, Sarna L, et al. Maximizing smoking cessation in clinical practice: pharmacologic and behavioral interventions. *Prev Cardiol* 2007;10:23-30.
129. Tomar SL, Husten CG, Manley MW. Do dentists and physicians advise tobacco users to quit? *J Am Dent Assoc* 1996;127:259-65.
130. Schroeder SA. What to do with a patient who smokes. *JAMA* 2005;294:482-7.
131. Gordon JS, Andrews JA, Crews KM, et al. The 5A's vs 3A's plus proactive quitline referral in private practice dental offices: preliminary results. *Tob Control* 2007;16:285-8.
132. Glynn TJ, Manley MW. How to help your patients stop smoking: a National Cancer Institute manual for physicians. Bethesda, MD, NIH Publication No. 89-3064, 1997.
133. Manley MW, Epps RP, Glynn TJ. The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. *Med Clin North Am* 1992;76:477-94.
134. Kottke TE, Solberg LI, Brekke ML. Beyond efficacy testing: introducing preventive cardiology into primary care. *Am J Prev Med* 1990;6:77-83.
135. Kottke TE, Solberg LI. Beyond efficacy testing redux. *Am J Prev Med* 2004;27:104-5.
136. National Cancer Institute. How to help your patients stop using tobacco: a National Cancer Institute manual for the oral health exam. Bethesda, MD, NIH Publication No. 93-3191., 1993.
137. Jordan TR, Dake JR, Price JH. Best practices for smoking cessation in pregnancy: do obstetrician/gynecologists use them in practice? *J Womens Health (Larchmt)* 2006;15:400-41.
138. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004;27:61-79.
139. Orleans CT, Woolf SH, Rothemich SF, et al. The top priority: building a better system for tobacco-cessation counseling. *Am J Prev Med* 2006;31:103-6.
140. American Academy of Family Physicians: Tobacco cessation. Available at <http://www.askandact.org>.
141. Cheong Y, Yong HH, Borland R. Does how you quit affect success? A comparison between abrupt and gradual methods using data from the International Tobacco Control Policy Evaluation Study. *Nicotine Tob Res*. Aug 2007;9(8):801-810.
142. Gourlay SG, Forbes A, Marriner T, et al. Double blind trial of repeated treatment with transdermal nicotine for relapsed smokers. *BMJ* 1995;311:363-6.
143. Tonnesen P, Norregaard J, Sawe U, et al. Recycling with nicotine patches in smoking cessation. *Addiction* 1993;88:533-9.
144. Gonzales DH, Nides MA, Ferry LH, et al. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: a randomized placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* 2001;69:438-44.
145. Hatsukami D, Mooney M, Murphy S, et al. Effects of high dose transdermal nicotine replacement in cigarette smokers. *Pharmacol Biochem Behav* 2007;86:132-9.
146. Herrera N, Franco R, Herrera L, et al. Nicotine gum, 2 and 4 mg, for nicotine dependence. A double-blind placebo-controlled trial within a behavior modification support program. *Chest* 1995;108:447-51.
147. Shiffman S, Dresler CM, Hajek P, et al. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2002;162:1267-76.
148. Sweeney CT, Fant RV, Fagerstrom KO, et al. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: rationale, efficacy and tolerability. *CNS Drugs* 2001;15:453-67.
149. Fagerstrom KO. Combined use of nicotine replacement products. *Health Values* 1994;18:15-20.
150. Shiffman S, Sweeney CT, Dresler CM. Nicotine patch and lozenge are effective for women. *Nicotine Tob Res* 2005;7:119-27.
151. Killen JD, Fortmann SP, Varady A, et al. Do men outperform women in smoking cessation trials? Maybe, but not by much. *Exp Clin Psychopharmacol* 2002;10:295-301.
152. Wetter DW, Fiore MC, Young TB, et al. Gender differences in response to nicotine replacement therapy: objective and subjective indexes of tobacco withdrawal. *Exp Clin Psychopharmacol* 1999;7:135-44.
153. Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:712-22.



154. Mahrer-Imhof R, Froelicher ES, Li WW, et al. Women's Initiative for Nonsmoking (WINS V): under-use of nicotine replacement therapy. *Heart Lung* 2002;31:368-73.
155. Perkins KA. Smoking cessation in women. Special considerations. *CNS Drugs* 2001;15:391-411.
156. Munafo M, Bradburn M, Bowes L, et al. Are there sex differences in transdermal nicotine replacement therapy patch efficacy? A meta-analysis. *Nicotine Tob Res* 2004;6:769-76.
157. Perkins KA, Scott MA: Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. In press.
158. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Nortriptyline for smoking cessation: a review. *Nicotine Tob Res* 2005;7:491-9.
159. Cox LS, Patten CA, Niaura RS, et al. Efficacy of bupropion for relapse prevention in smokers with and without a past history of major depression. *J Gen Intern Med* 2004;19:828-34.
160. Hall SM, Reus VI, Munoz RF, et al. Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:683-90.
161. Hayford KE, Patten CA, Rummans TA, et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *Br J Psychiatry* 1999;174:173-8.
162. Lerman C, Niaura R, Collins BN, et al. Effect of bupropion on depression symptoms in a smoking cessation clinical trial. *Psychol Addict Behav* 2004;18:362-6.
163. Mooney ME, Reus VI, Gorecki J, et al. Therapeutic Drug Monitoring of Nortriptyline in Smoking Cessation: A Multistudy Analysis. *Clin Pharmacol Ther* 2007, [Epub ahead of print].
164. Rundmo T, Smedslund G, Gotestam KG. Motivation for smoking cessation among the Norwegian public. *Addict Behav* 1997;22:377-86.
165. Alberg AJ, Carter CL, Carpenter MJ. Weight gain as an impediment to cigarette smoking cessation: a lingering problem in need of solutions. *Prev Med* 2007;44:296-7.
166. Donze J, Ruffieux C, Cornuz J. Determinants of smoking and cessation in older women. *Age Ageing* 2007;36:53-7.
167. Fagan P, Augustson E, Backinger CL, et al. Quit attempts and intention to quit cigarette smoking among young adults in the United States. *Am J Public Health* 2007;97:1412-20.
168. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York, Guilford Press, 2002.
169. Carpenter MJ, Hughes JR, Solomon LJ, et al. Both smoking reduction with nicotine replacement therapy and motivational advice increase future cessation among smokers unmotivated to quit. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:371-81.
170. Chan SS, Lam TH, Salili F, et al. A randomized controlled trial of an individualized motivational intervention on smoking cessation for parents of sick children: a pilot study. *Appl Nurs Res* 2005;18:178-81.
171. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, et al. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial. *Br J Gen Pract* 1999;49:611-6.
172. Curry SJ, Ludman EJ, Graham E, et al. Pediatric-based smoking cessation intervention for low-income women: a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:295-302.
173. Brown RA, Ramsey SE, Strong DR, et al. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tob Control* 2003;12 Suppl 4:IV3-10.
174. Steinberg ML, Ziedonis DM, Krejci JA, et al. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:723-8.
175. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91-111.
176. Ahluwalia JS, Okuyemi K, Nollen N, et al. The effects of nicotine gum and counseling among African American light smokers: a 2 x 2 factorial design. *Addiction* 2006;101:883-91.
177. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, et al. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:862-78.
178. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. New York, The Guilford Press, 2008.
179. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behavior change: a guide for practitioners*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999.

180. Carpenter MJ, Hughes JR, Keely JP. Effect of smoking reduction on later cessation: a pilot experimental study. *Nicotine Tob Res* 2003;5:155-62.
181. Piasecki TM, Fiore MC, McCarthy DE, et al. Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. *Addiction* 2002;97:1093-108.
182. Haddock CK, O'Byrne KK, Klesges RC, et al. Relapse to smoking after basic military training in the U.S. Air Force. *Mil Med* 2000;165:884-8.
183. Krall EA, Garvey AJ, Garcia RI. Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. *Nicotine Tob Res* 2002;4:95-100.
184. Wetter DW, Cofta-Gunn L, Fouladi RT, et al. Late relapse/sustained abstinence among former smokers: a longitudinal study. *Prev Med* 2004;39:1156-63.
185. Hajek P, Stead LF, West R, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD003999
186. Brandon TH, Collins BN, Juliano LM, et al. Preventing relapse among former smokers: a comparison of minimal interventions through telephone and mail. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:103-13.
187. Brandon TH, Meade CD, Herzog TA, et al. Efficacy and cost-effectiveness of a minimal intervention to prevent smoking relapse: dismantling the effects of amount of content versus contact. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:797-808.
188. Alterman AI, Gariti P, Mulvaney F. Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychol Addict Behav* 2001;15:261-4.
189. Barth J, Critchley J, Bengel J. Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med* 2006;32:10-20.
190. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A, et al. Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *Br J Gen Pract* 2003;53:101-7.
191. Hilleman DE, Mohiuddin SM, Packard KA. Comparison of conservative and aggressive smoking cessation treatment strategies following coronary artery bypass graft surgery. *Chest* 2004;125:435-8.
192. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, et al. Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study. *Prev Med* 2005;40:285-92.
193. Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MF, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;1:1-21.
194. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997;278:1759-66.
195. Bentz CJ, Bayley KB, Bonin KE, et al. The feasibility of connecting physician offices to a state-level tobacco quit line. *Am J Prev Med* 2006;30:31-7.
196. Holtrop JS, Wadland WC, Vansen S, et al. Recruiting health plan members receiving pharmacotherapy into smoking cessation counseling. *Am J Manag Care* 2005;11:501-7.
197. Perry RJ, Keller PA, Fraser D, et al. Fax to quit: a model for delivery of tobacco cessation services to Wisconsin residents. *WMJ* 2005;104:37-40, 44.
198. Winickoff JP, Buckley VJ, Palfrey JS, et al. Intervention with parental smokers in an outpatient pediatric clinic using counseling and nicotine replacement. *Pediatrics* 2003;112:1127-33.
199. Winickoff JP, Hillis VJ, Palfrey JS, et al. A smoking cessation intervention for parents of children who are hospitalized for respiratory illness: The Stop Tobacco Outreach Program. *Pediatrics* 2003;111:140-5.
200. Adsit R, Fraser D, Redmond L, et al. Changing clinical practice, helping people quit: the Wisconsin Cessation Outreach model. *WMJ* 2005;104:32-6.
201. Fiore MC, Keller PA, Curry SJ. Health system changes to facilitate the delivery of tobacco dependence treatment. *Prev Med* 2007;33: s349-56.
202. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20:64-78.
203. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RB, et al. Effectiveness of a clinic-based strategy for implementing the AHRQ Smoking Cessation Guideline in primary care. *Prev Med* 2002;35:293-301.
204. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, et al. Effectiveness of implementing the agency for health care research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:594-603.

205. Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. *J Public Health Manag Pract* 2004;10:338-53.
206. Curry SJ, Orleans CT, Keller P, et al. Promoting smoking cessation in the healthcare environment: 10 years later. *Am J Prev Med* 2006;31:269-72.
207. Zapka JG, White MJ, Reed G, et al. Organizational systems to support publicly funded tobacco treatment services. *Am J Prev Med* 2005;28:338-45.
208. Wewers ME, Kidd K, Armbruster D, et al. Tobacco dependence curricula in U.S. baccalaureate and graduate nursing education. *Nurs Outlook* 2004;52:95-101.
209. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, et al. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29:563-74.
210. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, et al. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998;339:673-9.
211. Doescher MP, Whinston MA, Goo A, et al. Pilot study of enhanced tobacco-cessation services coverage for low-income smokers. *Nicotine Tob Res* 2002;4 Suppl 1:S19-24.
212. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, et al. Health care financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD004305.
213. Manley MW, Griffin T, Foldes SS, et al. The role of health plans in tobacco control. *Annu Rev Public Health* 2003;24:247-66.
214. McPhillips-Tangum C, Rehm B, Carreon R, et al. Addressing tobacco in managed care: results of the 2003 survey. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A87.
215. Bondi MA, Harris JR, Atkins D, et al. Employer coverage of clinical preventive services in the United States. *Am J Health Promot* 2006;20:214-22.
216. Halpin HA, Bellows NM, McMenamin SB. Medicaid coverage for tobacco-dependence treatments. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:550-6.
217. Centers for Disease Control and Prevention. State Medicaid coverage for tobacco-dependence treatments—United States, 1994-2002. *MMWR* 2004;53:54-7.
218. Ibrahim JK, Schauffler HH, Barker DC, et al. Coverage of tobacco dependence treatments for pregnant women and for children and their parents. *Am J Public Health* 2002;92:1940-2.
219. Centers for Disease Control and Prevention. State Medicaid coverage for tobacco-dependence treatments—United States, 2005. *MMWR* 2006;55:1194-7.
220. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Healthy People 2010: Understanding and improving health*. Available at: <http://www.healthypeople.gov/Publications/>.
221. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, et al. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006;31:52-61.
222. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM, et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2006;31:62-71.
223. Quist-Paulsen P, Lydersen S, Bakke PS, et al. Cost effectiveness of a smoking cessation program in patients admitted for coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006;13:274-80.
224. Shearer J, Shanahan M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health* 2006;30:428-34.
225. Eddy DM. David Eddy ranks the tests. *Harv Health Lett* 1992, (special suppl):10-11
226. Foulds J. Smoking cessation services show good return on investment. *BMJ* 2002;324:608-9.
227. Javitz HS, Swan GE, Zbikowski SM, et al. Return on investment of different combinations of bupropion SR dose and behavioral treatment for smoking cessation in a health care setting: an employer's perspective. *Value Health* 2004;7:535-43.
228. Warner KE, Mendez D, Smith DG. The financial implications of coverage of smoking cessation treatment by managed care organizations. *Inquiry* 2004;41:57-69.
229. Halpern MT, Dirani R, Schmier JK. Impacts of a smoking cessation benefit among employed populations. *J Occup Environ Med* 2007;49:11-21.
230. Sindelar JL, Duchovny N, Falba TA, et al. If smoking increases absences, does quitting reduce them? *Tob Control* 2005;14:99-105.
231. Harris JR, Schauffler HH, Milstein A, et al. Expanding health insurance coverage for smoking cessation treatments: experience of

- the Pacific Business Group on Health. *Am J Health Promot* 2001;15:350-6.
232. Ahluwalia JS, Gibson CA, Kenney RE, et al. Smoking status as a vital sign. *J Gen Intern Med* 1999;14:402-8.
  233. Boyle R, Solberg LI. Is making smoking status a vital sign sufficient to increase cessation support actions in clinical practice? *Ann Fam Med* 2004;2:22-5.
  234. Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *Am J Public Health* 2003;93:1261-7.
  235. Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *Milbank Q* 2001;79:579-612, iv-v.
  236. Keller PA, Fiore MC, Curry SJ, et al. Systems change to improve health and health care: lessons from addressing tobacco in managed care. *Nicotine Tob Res* 2005;7 Suppl 1:S5-8.
  237. Piper ME, Fiore MC, Smith SS, et al. Use of the vital sign stamp as a systematic screening tool to promote smoking cessation. *Mayo Clin Proc* 2003;78:716-22.
  238. Borland R, Balmford J, Hunt D. The effectiveness of personally tailored computer-generated advice letters for smoking cessation. *Addiction* 2004;99:369-77.
  239. Kim JR, Lee MS, Hwang JY, et al. Efficacy of a smoking cessation intervention using the AHCPR guideline tailored for Koreans: a randomized controlled trial. *Health Promot Int* 2005;20:51-9.
  240. McClure JB, Swan GE. Tailoring nicotine replacement therapy: rationale and potential approaches. *CNS Drugs* 2006;20:281-91.
  241. Strecher VJ, Marcus A, Bishop K, et al. A randomized controlled trial of multiple tailored messages for smoking cessation among callers to the cancer information service. *J Health Commun* 2005;10 Suppl 1:105-18.
  242. Strecher VJ, Shiffman S, West R. Moderators and mediators of a web-based computer-tailored smoking cessation program among nicotine patch users. *Nicotine Tob Res* 2006;8 Suppl 1:S95-101.
  243. Unrod M, Smith M, Spring B, et al. Randomized controlled trial of a computer-based, tailored intervention to increase smoking cessation counseling by primary care physicians. *J Gen Intern Med* 2007;22:478-84.
  244. Webb MS, Simmons VN, Brandon TH. Tailored interventions for motivating smoking cessation: using placebo tailoring to examine the influence of expectancies and personalization. *Health Psychol* 2005;24:179-88.
  245. Velicer WF, Prochaska JO, Redding CA. Tailored communications for smoking cessation: past successes and future directions. *Drug Alcohol Rev* 2006;25:49-57.
  246. Gilbert DG, Crauthers DM, Mooney DK, et al. Effects of monetary contingencies on smoking relapse: influences of trait depression, personality, and habitual nicotine intake. *Exp Clin Psychopharmacol* 1999;7:174-81.
  247. Han ES, Foulds J, Steinberg MB, et al. Characteristics and smoking cessation outcomes of patients returning for repeat tobacco dependence treatment. *Int J Clin Pract* 2006;60:1068-74.
  248. Smith SS, Jorenby DE, Leischow SJ, et al. Targeting smokers at increased risk for relapse: treating women and those with a history of depression. *Nicotine Tob Res* 2003;5:99-109.
  249. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Serv Res* 2006;41:2114-35.
  250. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. A systematic review. *Community Dent Health* 2007;24:70-4.
  251. Emmons KM, Puleo E, Park E, et al. Peer-delivered smoking counseling for childhood cancer survivors increases rate of cessation: the partnership for health study. *J Clin Oncol* 2005;23:6516-23.
  252. Malchodi CS, Oncken C, Dornelas EA, et al. The effects of peer counseling on smoking cessation and reduction. *Obstet Gynecol* 2003;101:504-10.
  253. Patten CA, Lopez K, Thomas JL, et al. Reported willingness among adolescent nonsmokers to help parents, peers, and others to stop smoking. *Prev Med* 2004;39:1099-106.
  254. Stead L, Perera R, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, 3:CD002850.
  255. Skinner CS, Campbell MK, Rimer BK, et al. How effective is tailored print communication? *Ann Behav Med* 1999;21:290-8.
  256. *Ibid.*

257. Smith SS, Jorenby DE, Fiore MC, et al. Strike while the iron is hot: can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers? *J Consult Clin Psychol* 2001;69:429-39.
258. Reid R, Pipe A, Higginson L, et al. Stepped care approach to smoking cessation in patients hospitalized for coronary artery disease. *J Cardiopulm Rehabil* 2003;23:176-82.
259. Walters ST, Wright JA, Shegog R. A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior. *Addict Behav* 2006;31:264-77.
260. Lenert L, Munoz RF, Perez JE, et al. Automated e-mail messaging as a tool for improving quit rates in an internet smoking cessation intervention. *J Am Med Inform Assoc* 2004;11:235-40.
261. Bock B, Graham A, Sciamanna C, et al. Smoking cessation treatment on the Internet: content, quality, and usability. *Nicotine Tob Res* 2004;6:207-19.
262. Etter JF. Comparing the efficacy of two Internet-based, computer-tailored smoking cessation programs: a randomized trial. *J Med Internet Res* 2005;7:e2
263. Cobb NK, Graham AL, Bock BC, et al. Initial evaluation of a real-world Internet smoking cessation system. *Nicotine Tob Res* 2005;7:207-16.
264. Japuntich SJ, Zehner ME, Smith SS, et al. Smoking cessation via the Internet: a randomized clinical trial of an internet intervention as adjuvant treatment in a smoking cessation intervention. *Nicotine Tob Res* 2006;8 Suppl 1:S59-67.
265. Graham AL, Bock BC, Cobb NK, et al. Characteristics of smokers reached and recruited to an Internet smoking cessation trial: a case of denominators. *Nicotine Tob Res* 2006;8 Suppl 1:S43-8.
266. Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *Am J Public Health* 2006;96:1808-14.
267. Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, et al. Counselor and stimulus control enhancements of a stage-matched expert system intervention for smokers in a managed care setting. *Prev Med* 2001;32:23-32.
268. Swartz SH, Cowan TM, Batista IA. Using claims data to examine patients using practice-based Internet communication: is there a clinical digital divide? *J Med Internet Res* 2004;6:e1.
269. Hollis JF, Polen MR, Whitlock EP, et al. Teen reach: outcomes from a randomized, controlled trial of a tobacco reduction program for teens seen in primary medical care. *Pediatrics* 2005;115:981-9.
270. Velicer WF, Friedman RH, Fava JL, et al. Evaluating nicotine replacement therapy and stage-based therapies in a population-based effectiveness trial. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:1162-72.
271. Aveyard P, Griffin C, Lawrence T, et al. A controlled trial of an expert system and self-help manual intervention based on the stages of change versus standard self-help materials in smoking cessation. *Addiction* 2003;98:345-54.
272. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, et al. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994;271:589-94.
273. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, et al. Distress tolerance and early smoking lapse. *Clin Psychol Rev* 2005;25:713-33.
274. May S, West R. Do social support interventions ("buddy systems") aid smoking cessation? A review. *Tob Control* 2000;9:415-22.
275. May S, West R, Hajek P, et al. Randomized controlled trial of a social support ('buddy') intervention for smoking cessation. *Patient Educ Couns* 2006;64:235-41.
276. Park EW, Schultz JK, Tudiver F, et al. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD002928.
277. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004: CD000546.
278. Miller WR. Rediscovering fire: small interventions, large effects. *Psychol Addict Behav* 2000;14:6-18.
279. Orlinsky D, Grawe K, Parks B. Process and outcome in psychotherapy. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed). Edited by Bergin A, Garfield S. New York, Wiley., 1994, pp 270-378.
280. Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med* 1990;30:325-39.
281. White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD000009.

282. Abbot NC, Stead LF, White AR, et al. Hypnotherapy for smoking cessation. *The Cochrane Database of Syst Rev* 2002.
283. Hasan FM, Pischke K, Saiyed S, et al. Hypnotherapy as an aid to smoking cessation of hospitalised patients: Preliminary results. *Chest* 2007;132:527s.
284. Bize R, Burnand B, Mueller Y, et al. Effectiveness of biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation: a systematic review. *Tob Control* 2007;16:151-6.
285. Volpp KG, Gurmankin Levy A, Asch DA, et al. A randomized controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:12-8.
286. Gilpin EA, Messer K, Pierce JP. Population effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation: what is associated with increased success? *Nicotine Tob Res* 2006;8:661-9.
287. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns* 2004;53:147-55.
288. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:305-12.
289. Wakefield M, Olver I, Whitford H, et al. Motivational interviewing as a smoking cessation intervention for patients with cancer: randomized controlled trial. *Nurs Res* 2004;53:396-405.
290. Stotts AL, Diclemente CC, Dolan-Mullen P. One-to-one: a motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addict Behav* 2002;27:275-92.
291. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, et al. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:1050-62.
292. McClure JB. Are biomarkers a useful aid in smoking cessation? A review and analysis of the literature. *Behav Med* 2001;27:37-47.
293. Risser NL, Belcher DW. Adding spirometry, carbon monoxide, and pulmonary symptom results to smoking cessation counseling: a randomized trial. *J Gen Intern Med* 1990;5:16-22.
294. Audrain J, Boyd NR, Roth J, et al. Genetic susceptibility testing in smoking-cessation treatment: one-year outcomes of a randomized trial. *Addict Behav* 1997;22:741-51.
295. Bize R, Burnand B, Mueller Y. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005.
296. Wilt TJ, Niewoehner D, Kane RL, et al. Spirometry as a motivational tool to improve smoking cessation rates: a systematic review of the literature. *Nicotine Tob Res* 2007;9:21-32.
297. Cahill K, Stead L, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007.
298. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004.
299. Hughes JR, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007.
300. Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004.
301. Shiffman S, Di Marino ME, Pillitteri JL. The effectiveness of nicotine patch and nicotine lozenge in very heavy smokers. *J Subst Abuse Treat* 2005;28:49-55.
302. Freedman R. Exacerbation of schizophrenia by varenicline. *Am J Psychiatry* 2007;164:1269.
303. Kohen I, Kremen N. Varenicline-induced manic episode in a patient with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164:1269-70.
304. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction* 2007;103:146-54.
305. Oncken C, Gonzales D, Nides M, et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2006;166:1571-7.
306. Williams KE, Reeves KR, Billing CB Jr., et al. A double-blind study evaluating the long-term safety of varenicline for smoking cessation. *Curr Med Res Opin* 2007;23:793-801.
307. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:64-71.
308. Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clin Pharmacokinet* 1999;36:425-38.
309. Meyer JM. Individual changes in clozapine levels after smoking cessation: results and a predictive model. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21:569-74.

310. Johnstone E, Benowitz N, Cargill A, et al. Determinants of the rate of nicotine metabolism and effects on smoking behavior. *Clin Pharmacol Ther* 2006;80:319-30.
311. Kotlyar M, Brauer LH, Tracy TS, et al. Inhibition of CYP2D6 activity by bupropion. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25:226-9.
312. Guzey C, Norstrom A, Spigset O. Change from the CYP2D6 extensive metabolizer to the poor metabolizer phenotype during treatment With bupropion. *Ther Drug Monit* 2002;24:436-7.
313. Johnston AJ, Ascher J, Leadbetter R, et al. Pharmacokinetic optimisation of sustained-release bupropion for smoking cessation. *Drugs* 2002;62 Suppl 2:11-24.
314. Obach RS, Reed-Hagen AE, Krueger SS, et al. Metabolism and disposition of varenicline, a selective alpha4beta2 acetylcholine receptor partial agonist, in vivo and in vitro. *Drug Metab Dispos* 2006;34:121-30.
315. Schneider NG, Koury MA, Cortner C, et al. Preferences among four combination nicotine treatments. *Psychopharmacology (Berl)* 2006;187:476-85.
316. Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, et al. Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 2000;160:3128-34.
317. Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, et al. Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: a minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting. *Nicotine Tob Res* 2003;5:181-7.
318. Jamerson BD, Nides M, Jorenby DE, et al. Late-term smoking cessation despite initial failure: an evaluation of bupropion sustained release, nicotine patch, combination therapy, and placebo. *Clin Ther* 2001;23:744-52.
319. Hochberg Y. A sharper Bonferroni procedure for multiple tests of significance. *Biometrika* 1988;75:800-3.
320. Schuurmans MM, Diacon AH, van Biljon X, et al. Effect of pre-treatment with nicotine patch on withdrawal symptoms and abstinence rates in smokers subsequently quitting with the nicotine patch: a randomized controlled trial. *Addiction* 2004;99:634-40.
321. Rose JE, Behm FM, Westman EC, et al. Precessation treatment with nicotine skin patch facilitates smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2006;8:89-101.
322. Bullen C, Whittaker R, Walker N, et al. Pre- quitting nicotine replacement therapy: findings from a pilot study. *Tobacco Induced Dis* 2006;3:35-40.
323. Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev* 2007.
324. Dierker LC, Avenevoli S, Stolar M, et al. Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. *Am J Psychiatry* 2002;159:947-53.
325. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, et al. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001;357:1929-32.
326. Levine MD, Marcus MD, Perkins KA. A history of depression and smoking cessation outcomes among women concerned about post-cessation weight gain. *Nicotine Tob Res* 2003;5:69-76.
327. Niaura R, Abrams DB. Stopping smoking: a hazard for people with a history of major depression? *Lancet* 2001;357:1900-1.
328. Wilhelm K, Arnold K, Niven H, et al. Grey lungs and blue moods: smoking cessation in the context of lifetime depression history. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:896-905.
329. Farebrother MJ, Pearce SJ, Turner P, et al. Propranolol and giving up smoking. *Br J Dis Chest* 1980;74:95-6.
330. Hao W, Young D. Effect of clonidine on cigarette cessation and in the alleviation of withdrawal symptoms. *Br J Addict* 1988;83:1221-6.
331. Cinciripini PM, Lapitsky L, Seay S, et al. A placebo-controlled evaluation of the effects of buspirone on smoking cessation: differences between high- and low-anxiety smokers. *J Clin Psychopharmacol* 1995;15:182-91.
332. Farid P, Abate MA. Buspirone use for smoking cessation. *Ann Pharmacother* 1998;32:1362-4.
333. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
334. Schneider NG, Olmstead RE, Steinberg C, et al. Efficacy of buspirone in smoking cessation: a placebo-controlled trial. *Clin Pharmacol Ther* 1996;60:568-75.
335. David S, Lancaster T, Stead LF, et al. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006.
336. King A, de Wit H, Riley RC, et al. Efficacy of naltrexone in smoking cessation: a

- preliminary study and an examination of sex differences. *Nicotine Tob Res* 2006;8:671-82.
337. O'Malley SS, Cooney JL, Krishnan-Sarin S, et al. A controlled trial of naltrexone augmentation of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2006;166:667-74.
  338. Hymowitz N, Eckholdt H. Effects of a 2.5-mg silver acetate lozenge on initial and long-term smoking cessation. *Prev Med* 1996;25:537-46.
  339. Jensen EJ, Schmidt E, Pedersen B, et al. The effect of nicotine, silver acetate, and placebo chewing gum on the cessation of smoking. The influence of smoking type and nicotine dependence. *Int J Addict* 1991;26:1223-31.
  340. Morrow R, Nepps P, McIntosh M. Silver acetate mouth spray as an aid in smoking cessation: results of a double-blind trial. *J Am Board Fam Pract* 1993;6:353-7.
  341. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
  342. Rose JE, Behm FM, Westman EC. Nicotine-mecamylamine treatment for smoking cessation: the role of pre-cessation therapy. *Exp Clin Psychopharmacol* 1998;6:331-43.
  343. Rose JE, Behm FM, Westman EC, et al. Mecamylamine combined with nicotine skin patch facilitates smoking cessation beyond nicotine patch treatment alone. *Clin Pharmacol Ther* 1994;56:86-99.
  344. Glover ED, Laflin MT, Schuh KJ, et al. A randomized, controlled trial to assess the efficacy and safety of a transdermal delivery system of nicotine/mecamylamine in cigarette smokers. *Addiction* 2007;102:795-802.
  345. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
  346. Nides MA, Rakos RF, Gonzales D, et al. Predictors of initial smoking cessation and relapse through the first 2 years of the Lung Health Study. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:60-9.
  347. Murray RP, Bailey WC, Daniels K, et al. Safety of nicotine polacrilex gum used by 3,094 participants in the Lung Health Study. Lung Health Study Research Group. *Chest* 1996;109:438-45.
  348. Hughes JR, Wadland WC, Fenwick JW, et al. Effect of cost on the self-administration and efficacy of nicotine gum: a preliminary study. *Prev Med* 1991;20:486-96.
  349. Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. *N Eng J Med* 1995;333:1196-203.
  350. Kozlowski LT, Strasser AA, Giovino GA, et al. Applying the risk/use equilibrium: use medicinal nicotine now for harm reduction. *Tob Control* 2001;10:201-3.
  351. Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:1422-31.
  352. Frishman WH, Ky T, Ismail A. Tobacco smoking, nicotine, and nicotine and non-nicotine replacement therapies. *Heart Dis* 2001;3:365-77.
  353. Hausteil KO, Krause J, Hausteil H, et al. Effects of cigarette smoking or nicotine replacement on cardiovascular risk factors and parameters of haemorrhology. *J Intern Med* 2002;252:130-9.
  354. McRobbie H, Hajek P. Nicotine replacement therapy in patients with cardiovascular disease: guidelines for health professionals. *Addiction* 2001;96:1547-51.
  355. Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, et al. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest* 2007;131:446-52.
  356. Meine TJ, Patel MR, Washam JB, et al. Safety and effectiveness of transdermal nicotine patch in smokers admitted with acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2005;95:976-8.
  357. Nicotine replacement therapy for patients with coronary artery disease. Working Group for the Study of Transdermal Nicotine in Patients with Coronary artery disease. *Arch Intern Med* 1994;154:989-95.
  358. Lee AH, Afessa B. The association of nicotine replacement therapy with mortality in a medical intensive care unit. *Crit Care Med* 2007;35:1517-21.
  359. Hughes JR, Shiffman S, Callas P, et al. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tob Control* 2003;12:21-7.
  360. Leischow SJ, Muramoto ML, Cook GN, et al. OTC nicotine patch: effectiveness alone and with brief physician intervention. *Am J Health Behav* 1999;23:61-9.
  361. Reed MB, Anderson CM, Vaughn JW, et al. The effect of over-the-counter sales of the nicotine patch and nicotine gum on smoking cessation in California. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:2131-6.



362. Zhu S, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-11.
363. Hymowitz N, Schwab J, Haddock CK, et al. The pediatric resident training on tobacco project: interim findings. *J Natl Med Assoc* 2006;98:190-203.
364. Hymowitz N. Pediatric residency training on tobacco: review and critique of the literature. *J Natl Med Assoc* 2006;98:1489-97.
365. Prochaska JJ, Fromont SC, Banys P, et al. Addressing nicotine dependence in psychodynamic psychotherapy: perspectives from residency training. *Acad Psychiatry* 2007;31:8-14.
366. Prochaska JJ, Fromont SC, Leek D, et al. Evaluation of an evidence-based tobacco treatment curriculum for psychiatry residency training programs. *Acad Psychiatry*, In press.
367. Schnoll RA, Rukstalis M, Wileyto EP, et al. Smoking cessation treatment by primary care physicians: an update and call for training. *Am J Prev Med* 2006;31:233-9.
368. Trotter L, Worcester P. Training for dentists in smoking cessation intervention. *Aust Dent J* 2003;48:183-9.
369. Pinget C, Martin E, Wasserfallen JB, et al. Cost-effectiveness analysis of a European primary-care physician training in smoking cessation counseling. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14:451-5.
370. Fiore MC, Epps RP, Manley MW. A missed opportunity. Teaching medical students to help their patients successfully quit smoking. *JAMA* 1994;271:624-6.
371. Spangler JG, George G, Foley KL, et al. Tobacco intervention training: current efforts and gaps in US medical schools. *JAMA* 2002;288:1102-9.
372. Powers CA, Zapka JG, Bognar B, et al. Evaluation of current tobacco curriculum at 12 US medical schools. *J Cancer Educ* 2004;19:212-9.
373. Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *JAMA* 1999;282:825-9.
374. Geller AC, Powers CA. Medical education: teaching smoking cessation in U.S. medical schools: a long way to go. *Am Med Assoc J Ethics* 2007;9:21-5.
375. Geller AC, Zapka J, Brooks KR, et al. Tobacco control competencies for US medical students. *Am J Public Health* 2005;95:950-5.
376. Barker GJ, Williams KB. Tobacco use cessation activities in U.S. dental and dental hygiene student clinics. *J Dent Educ* 1999;63:828-33.
377. Frank E. Physician health and patient care. *JAMA* 2004;291:637.
378. Robert Wood Johnson Foundation. Study finds most doctors don't smoke; but they don't press patients to quit. 2005. Available at: <http://www.rwjf.org/programareas/resource/s/grantsreport.jsp?filename=043562.htm&pid=1141>.
379. Cornuz J, Gilbert A, Pinget C, et al. Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. *Tob Control* 2006;15:152-9.
380. Croghan IT, Offord KP, Evans RW, et al. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. *Mayo Clin Proc* 1997;72:917-24.
381. Godfrey C, Parrott S, Coleman T, et al. The cost-effectiveness of the English smoking treatment services: evidence from practice. *Addiction* 2005;100 Suppl 2:70-83.
382. Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, et al. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Med Care* 1998;36:670-8.
383. Tengs T, Adams M, Pliskin J, et al. Five-hundred life-saving interventions and their cost effectiveness. *Risk Analysis* 1995;15:369-90.
384. Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, et al. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value Health* 2005;8:178-90.
385. Stapleton JA, Lowin A, Russell MA. Prescription of transdermal nicotine patches for smoking cessation in general practice: evaluation of cost-effectiveness. *Lancet* 1999;354:210-5.
386. Johansson PM, Tillgren PE, Guldbbrandsson KA, et al. A model for cost-effectiveness analyses of smoking cessation interventions applied to a quit-and-win contest for mothers of small children. *Scand J Public Health* 2005;33:343-52.
387. Raw M, McNeill A, Coleman T. Lessons from the English smoking treatment services. *Addiction* 2005;100 Suppl 2:84-91.
388. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004, 328:947-949.
389. Chirikos TN, Herzog TA, Meade CD, et al. Cost-effectiveness analysis of a

- complementary health intervention: the case of smoking relapse prevention. *Int J Technol Assess Health Care* 2004;20:475-80.
390. Halpin HA, McMenemy SB, Rideout J, et al. The costs and effectiveness of different benefit designs for treating tobacco dependence: results from a randomized trial. *Inquiry* 2006;43:54-65.
  391. Schauflier HH, McMenemy S, Olson K, et al. Variations in treatment benefits influence smoking cessation: results of a randomised controlled trial. *Tob Control* 2001;10:175-80.
  392. Fung PR, Snape-Jenkinson SL, Godfrey MT, et al. Effectiveness of hospital-based smoking cessation. *Chest* 2005;128:216-23.
  393. Lennox AS, Osman LM, Reiter E, et al. Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:1396.
  394. Burns ME, Rosenberg MA, Fiore MC. Use and employer costs of a pharmacotherapy smoking-cessation treatment benefit. *Am J Prev Med* 2007;32:139-42.
  395. Fishman PA, Khan ZM, Thompson EE, et al. Health care costs among smokers, former smokers, and never smokers in an HMO. *Health Serv Res* 2003;38:733-49.
  396. Fishman PA, Thompson EE, Merikle E, et al. Changes in health care costs before and after smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2006;8:393-401.
  397. Musich S, Faruzzi SD, Lu C, et al. Pattern of medical charges after quitting smoking among those with and without arthritis, allergies, or back pain. *Am J Health Promot* 2003;18:133-42.
  398. Martinson BC, O'Connor PJ, Pronk NP, et al. Smoking cessation attempts in relation to prior health care charges: the effect of antecedent smoking-related symptoms? *Am J Health Promot* 2003;18:125-32.
  399. Wagner EH, Curry SJ, Grothaus L, et al. The impact of smoking and quitting on health care use. *Arch Intern Med* 1995;155:1789-95.
  400. Warner KE, Smith RJ, Smith DG, et al. Health and economic implications of a work-site smoking-cessation program: a simulation analysis. *J Occup Environ Med* 1996;38:981-92.
  401. Halpern MT, Khan ZM, Young TL, Battista C. Economic model of sustained-release bupropion hydrochloride in health plan and work site smoking-cessation programs. *Am J Health Syst Pharm* 2000;57:1421-9.
  402. Halpern MT, Shiklar R, Rentz AM, et al. Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. *Tob Control* 2001;10:233-8.
  403. Jackson KC 2nd, Nahoopii R, Said Q, et al. An employer-based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. *J Occup Environ Med* 2007;49:453-60.
  404. Ringen K, Anderson N, McAfee T, et al. Smoking cessation in a blue-collar population: results from an evidence-based pilot program. *Am J Ind Med* 2002;42:367-77.
  405. Lightwood J, Fleischmann KE, Glantz SA. Smoking cessation in heart failure: it is never too late. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:1683-4.
  406. Lightwood JM, Phibbs CS, Glantz SA. Short-term health and economic benefits of smoking cessation: low birth weight. *Pediatrics* 1999;104:1312-20.
  407. National Healthy Mothers Healthy Babies Coalition: Smoking cessation during pregnancy position statement. 2001.
  408. Ayadi MF, Adams EK, Melvin CL, et al. Costs of a smoking cessation counseling intervention for pregnant women: comparison of three settings. *Public Health Rep* 2006;121:120-6.
  409. Thorsen N, Khalil L. Cost savings associated with smoking cessation for low-income pregnant women. *WMJ* 2004;103:67-9, 73.
  410. National Quality Forum. Available at: <http://www.qualityforum.org>.
  411. Ambulatory Quality Alliance. Available at: <http://www.aqaalliance.org>.
  412. Centers for Disease Control and Prevention. Use of clinical preventive services by adults aged <65 years enrolled in health-maintenance organizations--United States, 1996. *MMWR* 1998;47:613-9.
  413. Davis RM. Healthcare report cards and tobacco measures. *Tobacco Control* 1997;6 Suppl 1:S70-7.
  414. Davis RM, Slade J, Ferry LH. Quality improvement and accountability in the treatment of tobacco dependence: the need for a national training and certification programme. *Tobacco Control* 2000;9:355-8.
  415. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. *Addiction* 2005;100:1012-20.
  416. Boyle RG, Solberg LI, Magnan S, et al. Does insurance coverage for drug therapy affect

- smoking cessation? *Health Aff (Millwood)* 2002;21:162-8.
417. An LC, Schillo BA, Kavanaugh AM, et al. Increased reach and effectiveness of a statewide tobacco quitline after the addition of access to free nicotine replacement therapy. *Tob Control* 2006;15:286-93.
  418. Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. Impact of a cell phone intervention on mediating mechanisms of smoking cessation in individuals living with HIV/AIDS. *Nicotine Tob Res* 2006;8 Suppl 1:S103-8.
  419. Elzi L, Spoerl D, Voggensperger J, et al. A smoking cessation programme in HIV-infected individuals: a pilot study. *Antivir Ther* 2006;11:787-95.
  420. Rigotti N, Munafo M, Stead L. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007.
  421. Taylor CB, Miller NH, Herman S, et al. A nurse-managed smoking cessation program for hospitalized smokers. *Am J Public Health* 1996;86:1557-60.
  422. Ratner PA, Johnson JL, Richardson CG, et al. Efficacy of a smoking-cessation intervention for elective-surgical patients. *Res Nurs Health* 2004;27:148-61.
  423. Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, et al. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *Am J Med* 2003;114:555-62.
  424. Stevens VJ, Glasgow RE, Hollis JF, et al. A smoking-cessation intervention for hospital patients. *Med Care* 1993;31:65-72.
  425. Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, et al. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. *Arch Intern Med* 1997;157:409-15.
  426. Groner JA, Ahijevych K, Grossman LK, et al. The impact of a brief intervention on maternal smoking behavior. *Pediatrics* 2000;105:267-71.
  427. Solomon LJ, Secker-Walker RH, Flynn BS, et al. Proactive telephone peer support to help pregnant women stop smoking. *Tob Control* 2000;9 Suppl 3:III72-4.
  428. Solomon LJ, Marcy TW, Howe KD, et al. Does extended proactive telephone support increase smoking cessation among low-income women using nicotine patches? *Prev Med* 2005;40:306-13.
  429. Davies SL, Kohler CL, Fish L, et al. Evaluation of an intervention for hospitalized African American smokers. *Am J Health Behav* 2005;29:228-39.
  430. Ockene J, Kristeller JL, Goldberg R, et al. Smoking cessation and severity of disease: the Coronary Artery Smoking Intervention Study. *Health Psychol* 1992;11:119-26.
  431. Taylor CB, Miller NH, Killen JD, et al. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. *Ann Intern Med* 1990;113:118-23.
  432. DeBusk RF, Miller NH, Superko HR, et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1994;120:721-9.
  433. Chouinard MC, Robichaud-Ekstrand S. The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nurs Res* 2005;54:243-54.
  434. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, et al. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Prev Med* 2000;30:261-8.
  435. Sivarajan Froelicher ES, Miller NH, Christopherson DJ, et al. High rates of sustained smoking cessation in women hospitalized with cardiovascular disease: the Women's Initiative for Nonsmoking (WINS). *Circulation* 2004;109:587-93.
  436. Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003, 327:1254-1257
  437. Giallauria F, Paragliola T, Pileri F, et al. Role of smokers in the household and of cardiac rehabilitation in smoking behaviour after acute myocardial infarction. *Monaldi Arch Chest Dis* 2005;64:110-5.
  438. McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P, et al. Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomised controlled trial. *Heart* 2001;86:317-23.
  439. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease. *Am Heart J* 2005;149:565-72.
  440. Taylor CB, Houston-Miller N, Haskell WL, et al. Smoking cessation after acute myocardial infarction: The effects of exercise training. *Addict Behav* 1988;13:331-5.
  441. Fowler B, Jamrozik K, Norman P, et al. Improving maximum walking distance in early peripheral arterial disease: randomised controlled trial. *Aust J Physiother* 2002;48:269-75.

442. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *Eur Heart J* 2003;24:946-55.
443. Rigotti NA, Thorndike AN, Regan S, et al. Bupropion for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease. *Am J Med* 2006;119:1080-7.
444. Christenhusz L, Pieterse M, Seydel E, et al. Prospective determinants of smoking cessation in COPD patients within a high intensity or a brief counseling intervention. *Patient Educ Couns* 2007;66:162-6.
445. Wagena EJ, van der Meer RM, Ostelo RJ, et al. The efficacy of smoking cessation strategies in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from a systematic review. *Respir Med* 2004;98:805-15.
446. Tashkin D, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001;357:1571-5.
447. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, et al. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2005;165:2286-92.
448. Tonnesen P, Mikkelsen KL. Smoking cessation with four nicotine replacement regimes in a lung clinic. *Eur Respir J* 2000;16:717-22.
449. Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M, et al. A tailored smoking, alcohol, and depression intervention for head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:2203-8.
450. Park ER, Puleo E, Butterfield RM, et al. A process evaluation of a telephone-based peer-delivered smoking cessation intervention for adult survivors of childhood cancer: the partnership for health study. *Prev Med* 2006;42:435-42.
451. McClure JB, Westbrook E, Curry SJ, et al. Proactive, motivationally enhanced smoking cessation counseling among women with elevated cervical cancer risk. *Nicotine Tob Res* 2005;7:881-9.
452. Andrews JO, Heath J, Graham-Garcia J. Management of tobacco dependence in older adults: using evidence-based strategies. *J Gerontol Nurs* 2004;30:13-24.
453. Boyd NR. Smoking cessation: a four-step plan to help older patients quit. *Geriatrics* 1996;51:52-7; quiz 58.
454. Tait RJ, Hulse GK, Waterreus A, et al. Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. *Addiction* 2007;102:148-55.
455. Burton LC, Paglia MJ, German PS, et al. The effect among older persons of a general preventive visit on three health behaviors: smoking, excessive alcohol drinking, and sedentary lifestyle. The Medicare Preventive Services Research Team. *Prev Med* 1995;24:492-7.
456. Morgan GD, Noll EL, Orleans CT, et al. Reaching midlife and older smokers: tailored interventions for routine medical care. *Prev Med* 1996;25:346-54.
457. Vetter NJ, Ford D. Smoking prevention among people aged 60 and over: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 1990;19:164-8.
458. Kviz FJ, Crittenden KS, Clark MA, et al. Buddy support among older smokers in a smoking cessation program. *J Aging Health* 1994;6:229-54.
459. Rimer BK, Orleans CT. Tailoring smoking cessation for older adults. *Cancer* 1994;74:2051-4.
460. Rimer BK, Orleans CT, Fleisher L, et al. Does tailoring matter? The impact of a tailored guide on ratings and short-term smoking-related outcomes for older smokers. *Health Educ Res* 1994;9:69-84.
461. Ossip-Klein DJ, Carosella AM, Krusch DA. Self-help interventions for older smokers. *Tob Control* 1997;6:188-93.
462. Miller N, Frieden TR, Liu SY, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. *Lancet* 2005;365:1849-54.
463. Orleans CT, Resch N, Noll E, et al. Use of transdermal nicotine in a state-level prescription plan for the elderly. A first look at 'real-world' patch users. *JAMA* 1994;271:601-7.
464. El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, et al. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatr Serv* 2002;53:1166-70.
465. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004;29:1067-83.
466. Ziedonis D, Williams JM, Smelson D. Serious mental illness and tobacco addiction: a model program to address this common but neglected issue. *Am J Med Sci* 2003;326:223-30.

467. Evins AE, Cather C, Rigotti NA, et al. Two-year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: increased rates of smoking cessation and reduction. *J Clin Psychiatry* 2004;65:307-11; quiz 452-303.
468. Kisely SR, Wise M, Preston N, et al. A group intervention to reduce smoking in individuals with psychiatric disorder: brief report of a pilot study. *Aust N Z J Public Health* 2003;27:61-3.
469. Evins AE, Mays VK, Rigotti NA, et al. A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine Tob Res* 2001;3:397-403.
470. George TP, Vessicchio JC, Termine A, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2002;52:53-61.
471. Chou KR, Chen R, Lee JF, Ku CH, Lu RB. The effectiveness of nicotine-patch therapy for smoking cessation in patients with schizophrenia. *Int J Nurs Stud* 2004;41:321-30.
472. George TP, Ziedonis DM, Feingold A, et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:1835-42.
473. Orleans CT, Hutchinson D. Tailoring nicotine addiction treatments for chemical dependency patients. *J Subst Abuse Treat* 1993;10:197-208.
474. Burling TA, Burling AS, Latini D. A controlled smoking cessation trial for substance-dependent inpatients. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:295-304.
475. Hurt RD, Eberman KM, Croghan IT, et al. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18:867-72.
476. Sussman S. Smoking cessation among persons in recovery. *Subst Use Misuse* 2002;37:1275-98.
477. Bobo JK, McIlvain HE, Lando HA, et al. Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: findings from a randomized community intervention trial. *Addiction* 1998;93:877-87.
478. Ellingstad TP, Sobell LC, Sobell MB, et al. Alcohol abusers who want to quit smoking: implications for clinical treatment. *Drug Alcohol Depen* 1999;54:259-65.
479. Burling TA, Marshall GD, Seidner AL. Smoking cessation for substance abuse inpatients. *J Subst Abuse* 1991;3:269-76.
480. Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Yang X, et al. Smoking cessation in methadone maintenance. *Addiction* 2002;97:1317-28; discussion 1325.
481. Myers MG, Brown SA. A controlled study of a cigarette smoking cessation intervention for adolescents in substance abuse treatment. *Psychol Addict Behav* 2005;19:230-3.
482. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:1144-56.
483. Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, et al. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *J Stud Alcohol* 2004;65:681-91.
484. Ahluwalia JS, Harris KJ, Catley D, et al. Sustained-release bupropion for smoking cessation in African Americans: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:468-74.
485. Ahluwalia JS, McNagny SE, Clark WS. Smoking cessation among inner-city African Americans using the nicotine transdermal patch. *J Gen Intern Med* 1998;13:1-8.
486. Lipkus IM, Lyna PR, Rimer BK. Using tailored interventions to enhance smoking cessation among African Americans at a community health center. *Nicotine Tob Res* 1999;1:77-85.
487. Royce JM, Ashford A, Resnicow K, et al. Physician- and nurse-assisted smoking cessation in Harlem. *J Natl Med Assoc* 1995;87:291-300.
488. Schorling JB, Roach J, Siegel M, et al. A trial of church-based smoking cessation interventions for rural African Americans. *Prev Med* 1997;26:92-101.
489. McBride CM, Bepler G, Lipkus IM, et al. Incorporating genetic susceptibility feedback into a smoking cessation program for African American smokers with low income. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002;11:521-8.
490. Orleans CT, Boyd NR, Bingler R, et al. A self-help intervention for African American smokers: tailoring cancer information service counseling for a special population. *Prev Med* 1998;27:S61-70.
491. Leischow SJ, Hill A, Cook G, et al. The effects of transdermal nicotine for the treatment of Hispanic smokers. *Am J Health Behav* 1996;20:304-11.
492. Miguez MC, Vazquez FL, Becona E. Effectiveness of telephone contact as an adjunct to a self-help program for smoking

- cessation: a randomized controlled trial in Spanish smokers. *Addict Behav* 2002;27:139-44.
493. Munoz RF, Marin BV, Posner SF, et al. Mood management mail intervention increases abstinence rates for Spanish-speaking Latino smokers. *Am J Community Psychol* 1997;25:325-43.
  494. Woodruff SI, Talavera GA, Elder JP. Evaluation of a culturally appropriate smoking cessation intervention for Latinos. *Tob Control* 2002;11:361-8.
  495. Johnson KM, Lando HA, Schmid LS, Solberg LI: The GAINS project: outcome of smoking cessation strategies in four urban Native American clinics. *Giving American Indians no-smoking strategies. Addictive Behaviors* 1997, 22:207-218
  496. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:47-55.
  497. Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR. *Addiction* 2004;99:1462-9.
  498. Wetter DW, Kenford SL, Smith SS, et al. Gender differences in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:555-62.
  499. Copeland AL, Martin PD, Geiselman PJ, et al. Smoking cessation for weight-concerned women: group vs. individually tailored, dietary, and weight-control follow-up sessions. *Addict Behav* 2006;31:115-27.
  500. Yilmaz G, Karacan C, Yoney A, et al. Brief intervention on maternal smoking: a randomized controlled trial. *Child Care Health Dev* 2006;32:73-9.
  501. Marcus BH, Albrecht AE, King TK, et al. The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 1999;159:1229-34.
  502. Marcus BH, Albrecht AE, Niaura RS, et al. Exercise enhances the maintenance of smoking cessation in women. *Addict Behav* 1995;20:87-92.
  503. Keller PA, Bailey LA, Koss KJ, et al. Organization, financing, promotion, and cost of U.S. quitlines, 2004. *Am J Prev Med* 2007;32:32-7.
  504. Pierce J, Giovino G, Hatziandreu E, et al. National age and sex differences in quitting smoking. *Journal of Psychoactive Drugs* 1989;21:293-8.
  505. Sorensen G, Barbeau E, Hunt MK, et al. Reducing social disparities in tobacco use: a social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *Am J Public Health* 2004;94:230-9.
  506. Doolan DM, Froelicher ES. Efficacy of smoking cessation intervention among special populations: review of the literature from 2000 to 2005. *Nurs Res* 2006;55:S29-37.
  507. Burkhalter JE, Springer CM, Chhabra R, et al. Tobacco use and readiness to quit smoking in low-income HIV-infected persons. *Nicotine Tob Res* 2005;7:511-22.
  508. Mamary EM, Bahrs D, Martinez S. Cigarette smoking and the desire to quit among individuals living with HIV. *Aids Patient Care STDS* 2002;16:39-42.
  509. Niaura R, Shadel WG, Morrow K, et al. Human immunodeficiency virus infection, AIDS, and smoking cessation: the time is now. *Clin Infect Dis* 2000;31:808-12.
  510. Gritz ER, Vidrine DJ, Lazev AB, et al. Smoking behavior in a low-income multiethnic HIV/AIDS population. *Nicotine Tob Res* 2004;6:71-7.
  511. Boerma JT, Nunn AJ, Whitworth JA. Mortality impact of the AIDS epidemic: evidence from community studies in less developed countries. *AIDS* 1998;12 Suppl 1:S3-14.
  512. Patel N, Talwar A, Reichert VC, et al. Tobacco and HIV. *Clin Occup Environ Med* 2006;5:193-207, xi.
  513. Crothers K, Griffith TA, McGinnis KA, et al. The impact of cigarette smoking on mortality, quality of life, and comorbid illness among HIV-positive veterans. *J Gen Intern Med* 2005;20:1142-5.
  514. Nuorti JP, Butler JC, Gelling L, et al. Epidemiologic relation between HIV and invasive pneumococcal disease in San Francisco County, California. *Ann Intern Med* 2000;132:182-90.
  515. Tirelli U, Spina M, Sandri S, et al. Lung carcinoma in 36 patients with human immunodeficiency virus infection. The Italian Cooperative Group on AIDS and Tumors. *Cancer* 2000;88:563-9.
  516. Turner J, Page-Shafer K, Chin DP, et al. Adverse impact of cigarette smoking on dimensions of health-related quality of life in persons with HIV infection. *Aids Patient Care STDS* 2001;15:615-24.

517. Hajjeh RA, Conn LA, Stephens DS, et al. Cryptococcosis: population-based multistate active surveillance and risk factors in human immunodeficiency virus-infected persons. Cryptococcal Active Surveillance Group. *J Infect Dis* 1999;179:449-54.
518. Shiboski CH, Neuhaus JM, Greenspan D, et al. Effect of receptive oral sex and smoking on the incidence of hairy leukoplakia in HIV-positive gay men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999;21:236-42.
519. Chattopadhyay A, Caplan DJ, Slade GD, et al. Incidence of oral candidiasis and oral hairy leukoplakia in HIV-infected adults in North Carolina. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;99:39-47.
520. Slavinsky J 3rd, Myers T, Swoboda RK, et al. Th1/Th2 cytokine profiles in saliva of HIV-positive smokers with oropharyngeal candidiasis. *Oral Microbiol Immunol* 2002;17:38-43.
521. Metersky ML, Colt HG, Olson LK, et al. AIDS-related spontaneous pneumothorax. Risk factors and treatment. *Chest* 1995;108:946-51.
522. Reynolds NR, Neidig JL, Wewers ME. Illness representation and smoking behavior: a focus group study of HIV-positive men. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2004;15:37-47.
523. Suskin N, Sheth T, Negassa A, et al. Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:1677-82.
524. Reid ME, Marshall JR, Roe D, et al. Smoking exposure as a risk factor for prevalent and recurrent colorectal adenomas. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003;12:1006-11.
525. Ryan WR, Ley C, Allan RN, et al. Patients with Crohn's disease are unaware of the risks that smoking has on their disease. *J Gastrointest Surg* 2003;7:706-11.
526. Pacchioni D, Martone T, Ghisolfi G, et al. Tobacco smoke, recurrences, and p53/bcl-2 expression in bladder cancer. *Carcinogenesis* 1997;18:1659-61.
527. Browman GP, Mohide EA, Willan A, et al. Association between smoking during radiotherapy and prognosis in head and neck cancer: a follow-up study. *Head Neck* 2002;24:1031-7.
528. Gritz ER, Carr CR, Rapkin D, et al. Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1993;2:261-70.
529. Kawahara M, Ushijima S, Kamimori T, et al. Second primary tumours in more than 2-year disease-free survivors of small-cell lung cancer in Japan: the role of smoking cessation. *Br J Cancer* 1998;78:409-12.
530. Richardson GE, Tucker MA, Venzon DJ, et al. Smoking cessation after successful treatment of small-cell lung cancer is associated with fewer smoking-related second primary cancers. *Ann Intern Med* 1993;119:383-90.
531. Rennard SI, Togo S, Holz O. Cigarette smoke inhibits alveolar repair: a mechanism for the development of emphysema. *Proc Am Thorac Soc* 2006;3:703-8.
532. Ziran BH, Hendi P, Smith WR, et al. Osseous healing with a composite of allograft and demineralized bone matrix: adverse effects of smoking. *Am J Orthop* 2007;36:207-9.
533. Moller A, Tonnesen H. Risk reduction: perioperative smoking intervention. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2006;20:237-48.
534. Rogliani M, Labardi L, Silvi E, et al. Smokers: risks and complications in abdominal dermolipectomy. *Aesthetic Plast Surg* 2006;30:422-4; discussion 425.
535. Levin L, Schwartz-Arad D. The effect of cigarette smoking on dental implants and related surgery. *Implant Dent* 2005;14:357-61.
536. Spear SL, Ducic I, Cuoco F, et al. The effect of smoking on flap and donor-site complications in pedicled TRAM breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2005;116:1873-80.
537. Willemse BW, Ten Hacken NH, Rutgers B, et al. Effect of 1-year smoking cessation on airway inflammation in COPD and asymptomatic smokers. *Eur Respir J* 2005;26:835-45.
538. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161:381-90.
539. Emmons KM, Butterfield RM, Puleo E, et al. Smoking among participants in the childhood cancer survivors cohort: the Partnership for Health Study. *J Clin Oncol* 2003;21:189-96.
540. Hurt RD, Berge KG, Offord KP, et al. The making of a smoke-free medical center. *JAMA* 1989;261:95-7.
541. Maryland Hospital Association. Smoke-free hospital campus tool-kit. Available at: [http://www.mdhospitals.org/mha/Community\\_](http://www.mdhospitals.org/mha/Community_)

- Health\_Resources/Smoke\_Free\_Hospital\_Campuses.shtml.
542. Michigan Health and Hospital Association. It's a matter of life & health: MHA campaign for smoke-free hospitals. Available at: [http://www.mha.org/mha\\_app/public\\_site/smokefree.jsp](http://www.mha.org/mha_app/public_site/smokefree.jsp).
  543. Suplee PD. The importance of providing smoking relapse counseling during the postpartum hospitalization. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:703-12.
  544. Houston TK, Allison JJ, Person S, et al. Post-myocardial infarction smoking cessation counseling: associations with immediate and late mortality in older Medicare patients. *Am J Med* 2005;118:269-75.
  545. Ong KC, Cheong GN, Prabhakaran L, et al. Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. *Respirology* 2005;10:63-9.
  546. Reid RD, Pipe AL, Quinlan B. Promoting smoking cessation during hospitalization for coronary artery disease. *Can J Cardiol* 2006;22:775-80.
  547. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. **Cochrane Database Syst Rev** 2007;3:1-28.
  548. Greenwood GL, Paul JP, Pollack LM, et al. Tobacco use and cessation among a household-based sample of US urban men who have sex with men. *Am J Public Health* 2005;95:145-51.
  549. Ryan H, Wortley PM, Easton A, et al. Smoking among lesbians, gays, and bisexuals: a review of the literature. *Am J Prev Med* 2001;21:142-9.
  550. Tang H, Greenwood GL, Cowling DW, et al. Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: how serious a problem? (United States). *Cancer Causes Control* 2004;15:797-803.
  551. Stevens P, Carlson LM, Hinman JM. An analysis of tobacco industry marketing to lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) populations: strategies for mainstream tobacco control and prevention. *Health Promot Pract* 2004;5:129S-134S.
  552. Offen N, Smith EA, Malone RE. From adversary to target market: the ACT-UP boycott of Philip Morris. *Tob Control* 2003;12:203-7.
  553. Smith EA, Malone RE. The outing of Philip Morris: advertising tobacco to gay men. *Am J Public Health* 2003;93:988-93.
  554. Washington HA. Burning love: big tobacco takes aim at LGBT youths. *Am J Public Health* 2002;92:1086-95.
  555. Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:53-61.
  556. Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, et al. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 2001;91:933-9.
  557. Lewis RJ, Derlega VJ, Berndt A, et al. An empirical analysis of stressors for gay men and lesbians. *J Homosex* 2001;42:63-88.
  558. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health* 2001;91:1869-76.
  559. Kanjilal S, Gregg EW, Cheng YJ, et al. Socioeconomic status and trends in disparities in 4 major risk factors for cardiovascular disease among US adults, 1971-2002. *Arch Intern Med* 2006;166:2348-55.
  560. Schroeder SA. Shattuck Lecture. We can do better—improving the health of the American people. *N Engl J Med* 2007;357:1221-8.
  561. Butler J, Okuyemi KS, Jean S, et al. Smoking characteristics of a homeless population. *Subst Abus* 2002;23:223-31.
  562. Okuyemi KS, Caldwell AR, Thomas JL, et al. Homelessness and smoking cessation: insights from focus groups. *Nicotine Tob Res* 2006;8:287-96.
  563. Connor SE, Cook RL, Herbert MI, et al. Smoking cessation in a homeless population: there is a will, but is there a way? *J Gen Intern Med* 2002;17:369-72.
  564. Murphy JM, Mahoney MC, Hyland AJ, et al. Disparity in the use of smoking cessation pharmacotherapy among Medicaid and general population smokers. *J Public Health Manag Pract* 2005;11:341-5.
  565. Cummings KM, Hyland A, Giovino GA, et al. Are smokers adequately informed about the health risks of smoking and medicinal nicotine? *Nicotine Tob Res* 2004;6 Suppl 3:S333-40.
  566. Apollonio DE, Malone RE. Marketing to the marginalised: tobacco industry targeting of the homeless and mentally ill. *Tob Control* 2005;14:409-15.



567. Hoffman C, Carbaugh A, Cook A. Health insurance coverage in America: 2003 data update. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Washington, DC, Kaiser Family Foundation, 2004
568. Wadland WC, Soffelmayr B, Ives K. Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care. *J Fam Prac* 2001;50:138-44.
569. Dermer A. Smoking, tobacco exposure through breast milk, and SIDS. *JAMA* 1995;274:214-5.
570. Jaen CR, Cummings KM, Shah D, et al. Patterns of use of a free nicotine patch program for Medicaid and uninsured patients. *J Natl Med Assoc* 1997;89:325-8.
571. Leone A. Smoking, haemostatic factors, and cardiovascular risk. *Curr Pharm Des* 2007;13:1661-7.
572. Lavie L, Lavie P. Smoking interacts with sleep apnea to increase cardiovascular risk. *Sleep Med* 2007;May 18; [Epub ahead of print]
573. Wilson PW. Smoking, smoking cessation, and risk of cardiovascular disease. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2006;8:276-81.
574. Twardella D, Rothenbacher D, Hahmann H, et al. The underestimated impact of smoking and smoking cessation on the risk of secondary cardiovascular disease events in patients with stable coronary heart disease: prospective cohort study. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:887-9.
575. Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:2370-7.
576. Jensen K, Jensen AB, Grau C. Smoking has a negative impact upon health related quality of life after treatment for head and neck cancer. *Oral Oncol* 2007;43:187-92.
577. Bellido Casado J. Asthma and smoking: an unfortunate combination. *Arch Bronconeumol* 2007;43:340-5.
578. Eisner MD, Iribarren C. The influence of cigarette smoking on adult asthma outcomes. *Nicotine Tob Res* 2007;9:53-6.
579. Orth SR, Schroeder T, Ritz E, et al. Effects of smoking on renal function in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Nephrol Dial Transplant* 2005;20:2414-9.
580. Gambaro G, Bax G, Fusaro M, et al. Cigarette smoking is a risk factor for nephropathy and its progression in type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Nutr Metab* 2001, 14:337-342.
581. Chuahirun T, Simoni J, Hudson C, et al. Cigarette smoking exacerbates and its cessation ameliorates renal injury in type 2 diabetes. *Am J Med Sci* 2004;327:57-67.
582. Ebbert JO, Sood A, Hays JT, et al. Treating tobacco dependence: review of the best and latest treatment options. *J Thorac Oncol* 2007;2:249-56.
583. Taylor KL, Cox LS, Zincke N, et al. Lung cancer screening as a teachable moment for smoking cessation. *Lung Cancer* 2007;56:125-34.
584. McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Edu Res* 2003;18:156-70.
585. Guilmette TJ, Motta SI, Shadel WG, et al. Promoting smoking cessation in the rehabilitation setting. *Am J Phys Med Rehabil* 2001;80:560-2.
586. Everett KD, Gage J, Bullock L, et al. A pilot study of smoking and associated behaviors of low-income expectant fathers. *Nicotine Tob Res* 2005;7:269-76.
587. Henderson PN, Rhoades D, Henderson JA, et al. Smoking cessation and its determinants among older American Indians: the Strong Heart Study. *Ethn Dis* 2004;14:274-9.
588. Shoham V, Rohrbaugh MJ, Trost SE, et al. A family consultation intervention for health-compromised smokers. *J Subst Abuse Treat* 2006;31:395-402.
589. National Center for Health Statistics. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2005. Available at: [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_10/sr\\_10\\_232.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr_10_232.pdf).)
590. Malarcher AM, Torne SL, Jackson K, et al. Surveillance for selected tobacco use behaviors—United States, 1900-2005. *MMWR*. In press.
591. Taylor DH Jr., Hasselblad V, Henley SJ, et al. Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Public Health* 2002;92:990-6.
592. U.S. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Publication No.(CDC) 90-8416. Rockville, MD, U.S Department of Health and Human Services, 1990.
593. Dresler C, Leon M. Tobacco control: reversal of risk after quitting smoking. *IARC*

- Handbooks on Cancer Prevention No. 11, World Health Organization, 2007.
594. Kuri M, Nakagawa M, Tanaka H, et al. Determination of the duration of preoperative smoking cessation to improve wound healing after head and neck surgery. *Anesthesiology* 2005;102:892-6.
595. Yamashita K, Kobayashi S, Yamaguchi S. Cerebral blood flow and cessation of cigarette smoking in healthy volunteers. *Intern Med* 2000;39:891-3.
596. Hall SM, Humfleet GL, Gorecki JA, et al. Older versus younger treatment-seeking smokers: differences in smoking behavior, drug and alcohol use, and psychosocial and physical functioning. *Nicotine Tob Res* 2008;10(3):463-70.
597. Appel DW, Aldrich TK. Smoking cessation in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2003;19:77-100.
598. Steinberg MB, Alvarez MS, Delnevo CD, et al. Disparity of physicians' utilization of tobacco treatment services. *Am J Health Behav* 2006;30:375-86.
599. Blalock JA, Fouladi RT, Wetter DW, et al. Depression in pregnant women seeking smoking cessation treatment. *Addict Behav* 2005;30:1195-208.
600. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, et al. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA* 1990;264:1541-5.
601. Humfleet G, Munoz R, Sees K, et al. History of alcohol or drug problems, current use of alcohol or marijuana, and success in quitting smoking. *Addict Behav* 1999;24:149-54.
602. Barrett SP, Tichauer M, Leyton M, et al. Nicotine increases alcohol self-administration in non-dependent male smokers. *Drug Alcohol Depend* 2006;81:197-204.
603. Romberger DJ, Grant K. Alcohol consumption and smoking status: the role of smoking cessation. *Biomed Pharmacother* 2004;58:77-83.
604. Berggren U, Berglund K, Fahlke C, et al. Tobacco use is associated with more severe alcohol dependence, as assessed by the number of DSM-IV criteria, in Swedish male type 1 alcoholics. *Alcohol Alcohol* 2007;42:247-51.
605. Martin RA, Rohsenow DJ, MacKinnon SV, et al. Correlates of motivation to quit smoking among alcohol dependent patients in residential treatment. *Drug Alcohol Depend* 2006;83:73-8.
606. Jackson KM, Sher KJ, Wood PK, et al. Alcohol and tobacco use disorders in a general population: short-term and long-term associations from the St. Louis epidemiological catchment area study. *Drug Alcohol Depend* 2003;71:239-53.
607. Kalman D, Morissette SB, George TP. Comorbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005;14:106-23.
608. Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, et al. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA* 1996;275:1097-103.
609. Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *Am J Public Health* 2006;96:1808-14.
610. Snyder M. Serious mental illness and smoking cessation. *Issues Ment Health Nurs* 2006;27:635-45.
611. Carton S, Le Houezec J, Lagrue G, et al. Early emotional disturbances during nicotine patch therapy in subjects with and without a history of depression. *J Affect Disord* 2002;72:195-9.
612. Brandon TH. Negative affect as motivation to smoke. *Curr Dir Psychol Sci* 1994;3:33-7.
613. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993;150:546-53.
614. Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend* 2006;82:91-102.
615. Dalack GW, Becks L, Hill E, et al. Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1999;21:195-202.
616. Hempel AG, Kownacki R, Malin DH, et al. Effect of a total smoking ban in a maximum security psychiatric hospital. *Behav Sci Law* 2002;20:507-22.
617. Lawn S, Pols R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:866-85.
618. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 1998;17:35-46.
619. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg A, et al. Onset of major depression during treatment for nicotine dependence. *Addict Behav* 2003;28:461-70.
620. Hurt RD, Dale LC, Offord KP, et al. Nicotine patch therapy for smoking cessation in recovering alcoholics. *Addiction* 1995;90:1541-6.

621. Hughes JR. Pharmacotherapy for smoking cessation: unvalidated assumptions, anomalies, and suggestions for future research. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:751-60.
622. Abidoye O, Ferguson MK, Salgia R. Lung carcinoma in African Americans. *Nat Clin Pract Oncol* 2007;4:118-29.
623. Yancy CW. Executive summary of the African American Initiative. *MedGenMed* 2007;9:28.
624. Kurian AK, Cardarelli KM: Racial and ethnic differences in cardiovascular disease risk factors: a systematic review. *Ethn Dis* 2007;17:143-52.
625. Unger B, Kemp JS, Wilkins D, et al. Racial disparity and modifiable risk factors among infants dying suddenly and unexpectedly. *Pediatrics* 2003;111:E127-31.
626. Headley AJ: Generations of loss: contemporary perspectives on black infant mortality. *J Natl Med Assoc* 2004;96:987-94.
627. Hafez N, Ling PM. Finding the Kool Mixx: how Brown & Williamson used music marketing to sell cigarettes. *Tob Control* 2006;15:359-66.
628. White VM, White MM, Freeman K, et al. Cigarette promotional offers: who takes advantage? *Am J Prev Med* 2006;30:225-31.
629. Sutton CD, Robinson RG. The marketing of menthol cigarettes in the United States: populations, messages, and channels. *Nicotine Tob Res* 2004;6 Suppl 1:S83-91.
630. Iyasu S, Randall LL, Welty TK, et al. Risk factors for sudden infant death syndrome among northern plains Indians. *JAMA* 2002;288:2717-23.
631. Brennenman G, Rhoades E, Chilton L. Forty years in partnership: the American Academy of Pediatrics and the Indian Health Service. *Pediatrics* 2006;118:e1257-63.
632. Shi L, Stevens GD. Vulnerability and the receipt of recommended preventive services: the influence of multiple risk factors. *Med Care* 2005;43:193-8.
633. Lurie N, Dubowitz T. Health disparities and access to health. *JAMA* 2007;297:1118-21.
634. McMenamin SB, Halpin HA, Bellows NM. Knowledge of Medicaid coverage and effectiveness of smoking treatments. *Am J Prev Med* 2006;31:369-74.
635. Murphy JM, Shelley D, Repetto PM, et al. Impact of economic policies on reducing tobacco use among Medicaid clients in New York. *Prev Med* 2003;37:68-70.
636. Fu SS, Burgess D, van Ryn M, et al. Views on smoking cessation methods in ethnic minority communities: a qualitative investigation. *Prev Med* 2007;44:235-40.
637. Levinson AH, Borrayo EA, Espinoza P, et al. An exploration of Latino smokers and the use of pharmaceutical aids. *Am J Prev Med* 2006;31:167-71.
638. Wiltshire S, Bancroft A, Parry O, et al. 'I came back here and started smoking again': perceptions and experiences of quitting among disadvantaged smokers. *Health Educ Res* 2003;18:292-303.
639. Bansal MA, Cummings KM, Hyland A, et al. Stop-smoking medications: who uses them, who misuses them, and who is misinformed about them? *Nicotine Tob Res* 2004;6 Suppl 3:S303-10.
640. Houston TK, Scarinci IC, Person SD, et al. Patient smoking cessation advice by health care providers: the role of ethnicity, socioeconomic status, and health. *Am J Public Health* 2005;95:1056-61.
641. Lopez-Quintero C, Crum RM, Neumark YD. Racial/ethnic disparities in report of physician-provided smoking cessation advice: analysis of the 2000 National Health Interview Survey. *Am J Public Health* 2006;96:2235-9.
642. Levinson AH, Perez-Stable EJ, Espinoza P, et al. Latinos report less use of pharmaceutical aids when trying to quit smoking. *Am J Prev Med* 2004;26:105-11.
643. Fagan P, King G, Lawrence D, et al. Eliminating tobacco-related health disparities: directions for future research. *Am J Public Health* 2004;94:211-7.
644. Chae DH, Gavin AR, Takeuchi DT. Smoking prevalence among Asian Americans: findings from the National Latino and Asian American Study (NLAAS). *Public Health Rep* 2006;121:755-63.
645. Trinidad DR, Gilpin EA, White MM, et al. Why does adult African American smoking prevalence in California remain higher than for non-Hispanic whites? *Ethn Dis* 2005;15:505-11.
646. Schlundt DG, Niebler S, Brown A, et al. Disparities in smoking: data from the Nashville REACH 2010 project. *J Ambul Care Manage* 2007;30:150-8.
647. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics: prevalence of current smoking among adults aged 18 years and over: United States, 1997-2004 (Early release data) Available at: [http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/200503\\_08.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/200503_08.pdf). 2004.

648. Anderson C, Burns DM. Patterns of adolescent smoking initiation rates by ethnicity and sex. *Tob Control* 2000;9 Suppl 2:114-8.
649. Barbeau EM, Krieger N, Soobader MJ. Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health* 2004;94:269-78.
650. Watson JM, Scarinci IC, Klesges RC, et al. Relationships among smoking status, ethnicity, socioeconomic indicators, and lifestyle variables in a biracial sample of women. *Prev Med* 2003;37:138-47.
651. King G, Polednak A, Bendel RB, et al. Disparities in smoking cessation between African Americans and whites: 1990-2000. *Am J Public Health* 2004;94:1965-71.
652. Benowitz NL, Perez-Stable EJ, Herrera B, et al. Slower metabolism and reduced intake of nicotine from cigarette smoking in Chinese Americans. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:108-15.
653. Lemogoum D, Van Bortel L, Leeman M, et al. Ethnic differences in arterial stiffness and wave reflections after cigarette smoking. *J Hypertens* 2006;24:683-9.
654. Lea R, Benowitz N, Green M, et al. Ethnic differences in nicotine metabolic rate among New Zealanders. *N Z Med J* 2005;118:U1773.
655. Nakajima M, Yokoi T. Interindividual variability in nicotine metabolism: C-oxidation and glucuronidation. *Drug Metab Pharmacokinet* 2005;20:227-35.
656. Mwenifumbo JC, Sellers EM, Tyndale RF. Nicotine metabolism and CYP2A6 activity in a population of black African descent: impact of gender and light smoking. *Drug Alcohol Depend* 2007;89:24-33.
657. Moolchan ET, Schroeder JR. Quit attempts among African American teenage smokers seeking treatment: gender differences. *Prev Med* 2004;39:1180-6.
658. Woods MN, Harris KJ, Ahluwalia JS, et al. Smoking in urban African Americans: behaviors, gender differences, and motivation to quit. *Ethn Dis* 2001;11:532-9.
659. Maher JE, Boysun MJ, Rohde K, et al. Are Latinos really less likely to be smokers? Lessons from Oregon. *Nicotine Tob Res* 2005;7:283-7.
660. Ji M, Hofstetter CR, Hovell M, et al. Smoking cessation patterns and predictors among adult Californians of Korean descent. *Nicotine Tob Res* 2005;7:59-69.
661. Shelley D, Fahs M, Scheinmann R, et al. Acculturation and tobacco use among Chinese Americans. *Am J Public Health* 2004;94:300-7.
662. Klonoff EA, Landrine H. Acculturation and cigarette smoking among African Americans: replication and implications for prevention and cessation programs. *J Behav Med* 1999;22:195-204.
663. Kim SS, Ziedonis D, Chen KW. Tobacco use and dependence in Asian Americans: a review of the literature. *Nicotine Tob Res* 2007;9:169-84.
664. Burgess D, Fu SS, Joseph AM, et al. Beliefs and experiences regarding smoking cessation among American Indians. *Nicotine Tob Res* 2007;9 Suppl 1:S19-28.
665. Hodge FS, Struthers R. Persistent smoking among Northern Plains Indians: lenient attitudes, low harm value, and partiality toward cigarette smoking. *J Cult Divers* 2006;13:181-5.
666. Manfredi C, Lacey L, Warnecke R, et al. Smoking-related behavior, beliefs, and social environment of young black women in subsidized public housing in Chicago. *Am J Public Health* 1992;82:267-72.
667. Brownson RC, Jackson-Thompson J, Wilkerson JC, et al. Demographic and socioeconomic differences in beliefs about the health effects of smoking. *Am J Public Health* 1992;82:99-103.
668. Ward KD, Vander Weg MW, Sell MA, et al. Characteristics and correlates of quitting among black and white low-income pregnant smokers. *Am J Health Behav* 2006;30:651-62.
669. Okuyemi KS, Ahluwalia JS, Banks R, et al. Differences in smoking and quitting experiences by levels of smoking among African Americans. *Ethn Dis* 2004;14:127-33.
670. Joseph A, Lexau B, Willenbring M, et al. Factors associated with readiness to stop smoking among patients in treatment for alcohol use disorder. *Am J Addict* 2004;13:405-17.
671. Audrain J, Gomez-Caminero A, Robertson AR, et al. Gender and ethnic differences in readiness to change smoking behavior. *Womens Health* 1997;3:139-50.
672. Jasek J, Ellis JA, VanWye G, et al. Who's still smoking? Cigarette use among adults in New York City. *NYC Vital Signs* 2007;6:1-4.
673. Zhu S, Melcer T, Sun J, et al. Smoking cessation with and without assistance: a

- population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-11.
674. Centers for Disease Control and Prevention. Youth and tobacco use: current estimates. 2006. Available at: <http://www.cdc.gov/tobacco/youth/index.htm>.
  675. American Lung Association. Adolescent smoking statistics 2003 Available at: <http://www.lungusa.org/site/apps/s/content.asp?c=dvLUK9O0E&b=34706&ct=66697>
  676. Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational influences on cigarette smoking. *Annu Rev Psychol* 2004;55:463-91.
  677. Jackson C, Brown JD, L'Engle KL. R-rated movies, bedroom televisions, and initiation of smoking by white and black adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:260-8.
  678. Lovato C, Linn G, Stead LF, et al. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD003439.
  679. McCool JP, Cameron LD, Petrie KJ. The influence of smoking imagery on the smoking intentions of young people. Testing a media interpretation model. *J Adolesc Health* 2005;36:475-85.
  680. Braverman MT, Aaro LE. Adolescent smoking and exposure to tobacco marketing under a tobacco advertising ban: findings from 2 Norwegian national samples. *Am J Public Health* 2004;94:1230-8.
  681. Kobus K. Peers and adolescent smoking. *Addiction* 2003;98:37-55.
  682. Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, et al. Family influences on the risk of daily smoking initiation. *J Adolesc Health* 2005;37:202-10.
  683. Weiss JW, Merrill V, Gritz ER. Ethnic variation in the association between weight concern and adolescent smoking. *Addict Behav* 2007;32:2311-6.
  684. Cawley J, Markowitz S, Tauras J. Lighting up and slimming down: the effects of body weight and cigarette prices on adolescent smoking initiation. *J Health Econ* 2004;23:293-311.
  685. Maggi S, Hertzman C, Vaillancourt T. Changes in smoking behaviors from late childhood to adolescence: insights from the Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth. *Health Psychol* 2007;26:232-40.
  686. Colby SM, Tiffany S, Shiffman S, et al. Measuring nicotine dependence among youth: a review of available approaches and instruments. *J Drug Alcohol Depen* 2000;59:S23-S29.
  687. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:704-10.
  688. O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med* 2003;25:219-25.
  689. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob Control* 2000;9:313-9.
  690. Kaufman NJ, Castrucci BC, Mowery PD, et al. Predictors of change on the smoking uptake continuum among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:581-8.
  691. Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, et al. Smoking cessation interventions for adolescents: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;25:363-7.
  692. Christakis DA, Garrison MM, Ebel BE, et al. Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;25:358-62.
  693. Curry SJ, Emery S, Sporer AK, et al. A national survey of tobacco cessation programs for youths. *Am J Public Health* 2007;97:171-7.
  694. Institute of Medicine. Growing up tobacco free: preventing nicotine addiction in children and youth. Available at: [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=4757](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=4757). 1994.
  695. Benuck I. Tobacco, heart disease, and practical counseling. *Pediatr Ann* 2006;35:802-7.
  696. Albert DA, Severson HH, Andrews JA. Tobacco use by adolescents: the role of the oral health professional in evidence-based cessation programs. *Pediatr Dent* 2006;28:177-87.
  697. Al-Delaimy WK, White MM, Pierce JP. Adolescents' perceptions about quitting and nicotine replacement therapy: findings from the California Tobacco Survey. *J Adolesc Health* 2006;38:465-8.
  698. Zhu SH, Sun J, Billings SC, et al. Predictors of smoking cessation in U.S. adolescents. *Am J Prev Med* 1999;16:202-7.
  699. Engels RC, Knibbe RA, de Vries H, et al. Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change? *Prev Med* 1998;27:348-57.

700. Health Research Inc: National Youth Smoking Cessation Survey. 2004. Available at: <http://www.rwjf.org/programareas/resources/product.jsp?id=15433&pid=1141>.
701. Hollis JF, Polen MR, Lichtenstein E, et al. Tobacco use patterns and attitudes among teens being seen for routine primary care. *Am J Health Promot* 2003;17:231-9.
702. Barker DC, Giovinno G, Tworek C, et al. The National Youth Smoking Cessation Survey. Presented at the Addressing Tobacco in Managed Care Conference, Miami, FL, April, 2004.
703. McCuller WJ, Sussman S, Wapner M, et al. Motivation to quit as a mediator of tobacco cessation among at-risk youth. *Addict Behav* 2006;31:880-8.
704. Sussman S, Sun P, Dent CW. A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychol* 2006;25:549-57.
705. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD003289.
706. Colby SM, Monti PM, O'Leary Tevyaw T, et al. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addict Behav* 2005;30:865-74.
707. Sussman S, Dent CW, Lichtman KL. Project EX: outcomes of a teen smoking cessation program. *Addict Behav* 2001;26:425-38.
708. Dino G, Horn K, Abdulkadri A, et al. Cost-effectiveness analysis of the Not On Tobacco Program for adolescent smoking cessation. *Prev Sci* 2008;9:38-46.
709. Horn KA, Dino GA, Kalsekar ID, et al. Appalachian teen smokers: Not On Tobacco 15 months later. *Am J Public Health* 2004;94:181-4.
710. Horn K, Fernandes A, Dino G, et al. Adolescent nicotine dependence and smoking cessation outcomes. *Addict Behav* 2003;28:769-76.
711. Horn K, Dino G, Kalsekar I, et al. The impact of Not On Tobacco on teen smoking cessation: end-of-program evaluation results, 1998-2003. *J Adolesc Res* 2005;20:640-61.
712. Dino GA, Horn KA, Goldcamp J, et al. Statewide demonstration of Not On Tobacco: a gender-sensitive teen smoking cessation program. *J Sch Nurs* 2001;17:90-7.
713. Dino G, Kamal K, Horn K, et al. Stage of change and smoking cessation outcomes among adolescents. *Addict Behav* 2004;29:935-40.
714. Horn K, Dino G, Gao X, et al. Feasibility evaluation of Not On Tobacco: The American Lung Association's new stop smoking programme for adolescents. *Health Educ* 1999;5:192-206.
715. Horn K, Dino G, Kalsekar I, et al. Exploring the relationship between mental health and smoking cessation: a study of rural teens. *Prev Sci* 2004;5:113-26.
716. Horn K, McGloin T, Dino G, et al. Quit and reduction rates for a pilot study of the American Indian Not On Tobacco (N-O-T) program. *Prev Chronic Dis* 2005;2:A13.
717. Husten CG. Smoking cessation in young adults. *Am J Public Health* 2007;97:1354-6.
718. Alfano CM, Zbikowski SM, Robinson LA, et al. Adolescent reports of physician counseling for smoking. *Pediatrics* 2002;109:e47.
719. Sims TH, Meurer JR, Sims M, et al. Factors associated with physician interventions to address adolescent smoking. *Health Serv Res* 2004;39:571-86.
720. Kelly AB, Lapworth K. The HYP program-targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Prev Med* 2006;43:466-71.
721. Colby SM, Monti PM, Barnett NP, et al. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:574-8.
722. Winickoff JP, Hibberd PL, Case B, et al. Child hospitalization: an opportunity for parental smoking intervention. *Am J Prev Med* 2001;21:218-20.
723. Wall MA, Severson HH, Andrews JA, et al. Pediatric office-based smoking intervention: impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics* 1995;96:622-8.
724. Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, et al. Reducing maternal smoking and relapse: long-term evaluation of a pediatric intervention. *Prev Med* 1997;26:120-30.
725. Sharif I, Oruwariye T, Waldman G, et al. Smoking cessation counseling by pediatricians in an inner-city setting. *J Natl Med Assoc* 2002;94:841-5.
726. American Medical Association. Policy Finder. Available at: [http://www.ama-assn.org/apps/pf\\_new/pf\\_online](http://www.ama-assn.org/apps/pf_new/pf_online).
727. Hanson K, Allen S, Jensen S, et al. Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine Tob Res* 2003;5:515-26.
728. Houtsmuller EJ, Henningfield JE, Stitzer ML. Subjective effects of the nicotine lozenge:

- assessment of abuse liability. *Psychopharmacology (Berl)* 2003;167:20-7.
729. Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, et al. Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. *Pediatrics* 2005;115:e407-14.
730. Niederhofer H, Huber M. Bupropion may support psychosocial treatment of nicotine-dependent adolescents: preliminary results. *Pharmacotherapy* 2004;24:1524-8.
731. Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 2 dosages of sustained-release bupropion for adolescent smoking cessation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:1068-74.
732. Roddy E, Romilly N, Challenger A, et al. Use of nicotine replacement therapy in socioeconomically deprived young smokers: a community-based pilot randomised controlled trial. *Tob Control* 2006;15:373-6.
733. Hatsukami DK, Le CT, Zhang Y, et al. Toxicant exposure in cigarette reducers versus light smokers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:2355-8.
734. Okuyemi KS, Harris KJ, Scheibmeir M, et al. Light smokers: issues and recommendations. *Nicotine Tob Res* 2002;4 Suppl 2:S103-12.
735. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control* 2005;14:315-20.
736. Luoto R, Uutela A, Puska P. Occasional smoking increases total and cardiovascular mortality among men. *Nicotine Tob Res* 2000;2:133-9.
737. Bitton A, Fichtenberg C, Glantz S. msJAMA: reducing smoking prevalence to 10% in five years. *JAMA* 2001;286:2733-4.
738. Kandel DB, Chen K. Extent of smoking and nicotine dependence in the United States: 1991-1993. *Nicotine Tob Res* 2000;2:263-74.
739. Okuyemi KS, Pulvers KM, Cox LS, et al. Nicotine dependence among African American light smokers: a comparison of three scales. *Addict Behav* 2007;32:1989-2002.
740. Tong EK, Ong MK, Vittinghoff E, et al. Nondaily smokers should be asked and advised to quit. *Am J Prev Med* 2006;30:23-30.
741. Shiffman S. Nicotine lozenge efficacy in light smokers. *Drug Alcohol Depend* 2005;77:311-4.
742. Husten CG, Thorn SL. Tobacco: health effects and control. *Public Health and Preventive Medicine*, Appleton & Lange. In press.
743. National Cancer Institute. Smokeless tobacco or health. Smoking and tobacco control monograph No. 2. Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Cancer Institute, NIH Publication No. 92-3461, 1992.
744. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Using Smokeless Tobacco: a report of the Surgeon General. NIH Publication No. 86-2874, 1986.
745. Centers for Disease Control and Prevention. Smokeless tobacco fact sheet. 2007. Available at: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/Factsheets/smokeless\\_tobacco.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Factsheets/smokeless_tobacco.htm).
746. Hatsukami DK, Lemmonds C, Tomar SL. Smokeless tobacco use: harm reduction or induction approach? *Prev Med* 2004;38:309-17.
747. Henley SJ, Connell CJ, Richter P, et al. Tobacco-related disease mortality among men who switched from cigarettes to spit tobacco. *Tob Control* 2007;16:22-8.
748. Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, et al. Self-help cessation programs for smokeless tobacco users: long-term follow-up of a randomized trial. *Nicotine Tob Res* 2007;9:281-9.
749. Gansky SA, Ellison JA, Rudy D, et al. Cluster-Randomized Controlled Trial of An Athletic Trainer-Directed Spit (Smokeless) Tobacco Intervention for Collegiate Baseball Athletes: Results After 1 Year. *J Athl Train* 2005;40:76-87.
750. Ebbert JO, Dale LC, Patten CA, et al. Effect of high-dose nicotine patch therapy on tobacco withdrawal symptoms among smokeless tobacco users. *Nicotine Tob Res* 2007;9:43-52.
751. Ebbert JO, Rowland LC, Montori V, et al. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD004306.
752. Symm B, Morgan MV, Blackshear Y, et al. Cigar smoking: an ignored public health threat. *J Prim Prev* 2005;26:363-75.
753. Henningfield JE, Hariharan M, Kozlowski LT. Nicotine content and health risks of cigars. *JAMA* 1996;276:1857-8.
754. Baker F, Ainsworth SR, Dye JT, et al. Health risks associated with cigar smoking. *JAMA* 2000;284:735-40.
755. National Cancer Institute. Questions and answers about cigar smoking and cancer.

2000. Available at:  
<http://cancerweb.ncl.ac.uk/cancernet/600365.html>.
756. Streppel MT, Boshuizen HC, Ocke MC, et al. Mortality and life expectancy in relation to long-term cigarette, cigar and pipe smoking: the Zutphen Study. *Tob Control* 2007;16:107-13.
  757. Maxwell JC. Cigar industry in 2005. Richmond, VA, The Maxwell Report, 2006.
  758. Delnevo CD, Hrywna M. "A Whole 'Nother Smoke" or a Cigarette in Disguise: How RJ Reynolds Reframed the Image of Little Cigars. *Am J Public Health* 2007; 97:1368-75.
  759. Nyman AL, Taylor TM, Biener L. Trends in cigar smoking and perceptions of health risks among Massachusetts adults. *Tob Control* 2002;11 Suppl 2:ii25-8.
  760. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2004.
  761. Wetter DW, McClure JB, de Moor C, et al. Concomitant use of cigarettes and smokeless tobacco: prevalence, correlates, and predictors of tobacco cessation. *Prev Med* 2002;34:638-48.
  762. Tomar SL. Is use of smokeless tobacco a risk factor for cigarette smoking? The U.S. experience. *Nicotine Tob Res* 2003;5:561-9.
  763. Ebbert JO, Dale LC, Severson H, et al. Nicotine lozenges for the treatment of smokeless tobacco use. *Nicotine Tob Res* 2007;9:233-40.
  764. Dale LC, Ebbert JO, Glover ED, et al. Bupropion SR for the treatment of smokeless tobacco use. *Drug Alcohol Depend* 2007;90:56-63.
  765. Heath AC, Knopik VS, Madden PA, et al. Accuracy of mothers' retrospective reports of smoking during pregnancy: comparison with twin sister informant ratings. *Twin Res* 2003;6:297-301.
  766. Wong M, Koren G. Bias in maternal reports of smoking during pregnancy associated with fetal distress. *Can J Public Health* 2001;92:109-12.
  767. Campbell E, Sanson-Fisher R, Walsh R. Smoking status in pregnant women assessment of self-report against carbon monoxide (CO). *Addict Behav* 2001;26:1-9.
  768. Walsh RA, Redman S, Adamson L. The accuracy of self-report of smoking status in pregnant women. *Addict Behav* 1996;21:675-9.
  769. Kendrick JS, Zahniser SC, Miller N, et al. Integrating smoking cessation into routine public prenatal care: the Smoking Cessation in Pregnancy project. *Am J Public Health* 1995;85:217-22.
  770. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD001055.
  771. Rigotti NA, Park ER, Regan S, et al. Efficacy of telephone counseling for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108:83-92.
  772. Ershoff DH, Quinn VP, Boyd NR, et al. The Kaiser Permanente prenatal smoking-cessation trial: when more isn't better, what is enough? *Am J Prev Med* 1999;17:161-8.
  773. Walsh RA, Redman S, Brinsmead MW, et al. A smoking cessation program at a public antenatal clinic. *Am J Public Health* 1997;87:1201-4.
  774. Windsor RA, Cutter G, Morris J, et al. The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: a randomized trial. *Am J Public Health* 1985;75:1389-92.
  775. Dornelas EA, Magnavita J, Beazoglou T, et al. Efficacy and cost-effectiveness of a clinic-based counseling intervention tested in an ethnically diverse sample of pregnant smokers. *Patient Educ Couns* 2006;64:342-9.
  776. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
  777. American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;106:883-8.
  778. Walsh RA, Lowe JB, Hopkins PJ. Quitting smoking in pregnancy. *Med J Aust* 2001;175:320-3.
  779. Pletsch PK, Kratz AT. Why do women stop smoking during pregnancy? Cigarettes taste and smell bad. *Health Care Women Int* 2004;25:671-9.
  780. Solomon L, Quinn V. Spontaneous quitting: self-initiated smoking cessation in early pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2004;6 Suppl 2:S203-16.



781. England LJ, Grauman A, Qian C, et al. Misclassification of maternal smoking status and its effects on an epidemiologic study of pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res* 2007;9:1005-13.
782. Webb DA, Boyd NR, Messina D, et al. The discrepancy between self-reported smoking status and urine cotinine levels among women enrolled in prenatal care at four publicly funded clinical sites. *J Public Health Manag Pract* 2003;9:322-5.
783. Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, et al. Improving disclosure of smoking by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:409-13.
784. Lindqvist R, Lendahls L, Tollbom O, et al. Smoking during pregnancy: comparison of self-reports and cotinine levels in 496 women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:240-4.
785. England LJ, Kendrick JS, Wilson HG, et al. Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants. *Am J Epidemiol* 2001;154:694-701.
786. Lieberman E, Gremy I, Lang JM, et al. Low birthweight at term and the timing of fetal exposure to maternal smoking. *Am J Public Health* 1994;84:1127-31.
787. DiClemente CC, Dolan-Mullen P, Windsor RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tob Control* 2000;9 Suppl 3:III16-21.
788. U.S. Department of Health and Human Services. Women and smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2001.
789. American Society for Reproductive Medicine. Smoking and infertility. Available at: <http://www.asrm.org/Patients/FactSheets/smoking.pdf>.
790. Smoking and infertility. *Fertil Steril* 2006;86:S172-7.
791. Colman GJ, Joyce T. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. *Am J Prev Med* 2003;24:29-35.
792. Lelong N, Kaminski M, Saurel-Cubizolles MJ, et al. Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy. *Eur J Public Health* 2001;11:334-9.
793. Matturri L, Ottaviani G, Lavezzi AM. Maternal smoking and sudden infant death syndrome: epidemiological study related to pathology. *Virchows Arch* 2006;449:697-706.
794. Lannero E, Wickman M, Pershagen G, et al. Maternal smoking during pregnancy increases the risk of recurrent wheezing during the first years of life (BAMSE). *Respir Res* 2006;7:3.
795. Billaud N. [What are the other long-term consequences of maternal smoking during pregnancy?]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005;34 Spec No 1:3S234-40.
796. Shenassa ED, Brown MJ. Maternal smoking and infantile gastrointestinal dysregulation: the case of colic. *Pediatrics* 2004;114:e497-505.
797. Schmitz M, Denardin D, Laufer Silva T, et al. Smoking during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive type: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1338-45.
798. Vielwerth SE, Jensen RB, Larsen T, et al. The impact of maternal smoking on fetal and infant growth. *Early Hum Dev* 2007;83:491-5.
799. French GM, Groner JA, Wewers ME, et al. Staying smoke free: an intervention to prevent postpartum relapse. *Nicotine Tob Res* 2007;9:663-70.
800. Windsor RA, Woodby LL, Miller TM, et al. Effectiveness of Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in Medicaid maternity care. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:68-75.
801. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, et al. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol* 2000;96:967-71.
802. Kapur B, Hackman R, Selby P, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy. *Curr Ther Res Clin Exp* 2001;62:274-8.
803. Pollack KI, Oncken C, Lipkus IM, et al. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med*. 2007 Oct;33(4):297-305.
804. Armour BS, Campbell VA, Crews JE, et al. State-level prevalence of cigarette smoking and treatment advice, by disability status, United States, 2004. *Prev Chronic Dis* 2007;4:A86.
805. Nielsen A, Hannibal CG, Lindekilde BE. Maternal smoking predicts the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1057-65.
806. Kyrklund-Blomberg NB, Granath F, Cnattingius S. Maternal smoking and causes

- of very preterm birth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:572-7.
807. Ananth CV, Cnattingius S. Influence of maternal smoking on placental abruption in successive pregnancies: a population-based prospective cohort study in Sweden. *Am J Epidemiol* 2007;166:289-95.
808. Jaddoe VW, Verburg BO, de Ridder MA, et al. Maternal smoking and fetal growth characteristics in different periods of pregnancy: the generation R study. *Am J Epidemiol* 2007;165:1207-15.
809. Lampl M, Kuzawa CW, Jeanty P. Growth patterns of the heart and kidney suggest inter-organ collaboration in facultative fetal growth. *Am J Hum Biol* 2005;17:178-194.
810. Dejmek J, Solansky I, Podrazilova K, et al. The exposure of nonsmoking and smoking mothers to environmental tobacco smoke during different gestational phases and fetal growth. *Environ Health Perspect* 2002;110:601-6.
811. McMartin KI, Platt MS, Hackman R, et al. Lung tissue concentrations of nicotine in sudden infant death syndrome (SIDS). *J Pediatr* 2002;140:205-9.
812. Shah T, Sullivan K, Carter J. Sudden infant death syndrome and reported maternal smoking during pregnancy. *Am J Public Health* 2006;96:1757-9.
813. Chiolero A, Bovet P, Paccaud F. Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study. *Swiss Med Wkly* 2005;135:525-30.
814. Benowitz N, Dempsey D. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2004;6 Suppl 2:S189-202.
815. Woody RC, Brewster MA. Telencephalic dysgenesis associated with presumptive maternal carbon monoxide intoxication in the first trimester of pregnancy. *J Toxicol Clin Toxicol* 1990;28:467-75.
816. Okeda R, Matsuo T, Kuroiwa T, et al. Experimental study on pathogenesis of the fetal brain damage by acute carbon monoxide intoxication of the pregnant mother. *Acta Neuropathol* 1986;69:244-52.
817. Molinari C, Grossini E, Mary DA, et al. The role of nitric oxide in the peripheral vasoconstriction caused by human placental lactogen in anaesthetized pigs. *Exp Physiol* 2006;91:603-10.
818. Stennett AK, Khalil RA. Neurovascular mechanisms of hypertension in pregnancy. *Curr Neurovasc Res* 2006;3:131-48.
819. Jacobsen LK, Slotkin TA, Mencl WE, et al. Gender-specific effects of prenatal and adolescent exposure to tobacco smoke on auditory and visual attention. *Neuropsychopharmacology* 2007; 32:2453-64.
820. Ginzel KH, Maritz GS, Marks DF, et al. Critical review: nicotine for the fetus, the infant and the adolescent? *J Health Psychol* 2007;12:215-24.
821. Slotkin TA, Ryde IT, Tate CA, et al. Lasting effects of nicotine treatment and withdrawal on serotonergic systems and cell signaling in rat brain regions: separate or sequential exposure during fetal development and adulthood. *Brain Res Bull* 2007;73:259-72.
822. Oncken CA, Kranzler HR. Pharmacotherapies to enhance smoking cessation during pregnancy. *Drug Alcohol Rev* 2003;22:191-202.
823. Morales-Suarez-Varela MM, Bille C, Christensen K, et al. Smoking habits, nicotine use, and congenital malformations. *Obstet Gynecol* 2006;107:51-7.
824. Eisenberg D, Quinn BC. Estimating the effect of smoking cessation on weight gain: an instrumental variable approach. *Health Serv Res* 2006;41:2255-66.
825. John U, Meyer C, Rumpf HJ, et al. No considerable long-term weight gain after smoking cessation: evidence from a prospective study. *Eur J Cancer Prev* 2005;14:289-95.
826. Klesges RC, Winders SE, Meyers AW, et al. How much weight gain occurs following smoking cessation? A comparison of weight gain using both continuous and point prevalence abstinence. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:286-91.
827. O'Hara P, Connett JE, Lee WW, et al. Early and late weight gain following smoking cessation in the Lung Health Study. *Am J Epidemiol* 1998;148:821-30.
828. Williamson DF, Madans J, Anda RF, et al. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 1991;324:739-45.
829. Froom P, Melamed S, Benbassat J. Smoking cessation and weight gain. *J Fam Pract* 1998;46:460-4.
830. Klesges RC, Ward KD, Ray JW, et al. The prospective relationships between smoking and weight in a young, biracial cohort: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:987-93.

831. Vander Weg MW, Klesges RC, Ward KD. Differences in resting energy expenditure between black and white smokers: implications for postcessation weight gain. *Eur J Clin Nutr* 2000;54:895-9.
832. Borrelli B, Spring B, Niaura R, et al. Influences of gender and weight gain on short-term relapse to smoking in a cessation trial. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:511-5.
833. Delnevo CD, Hrywna M, Abatemarco DJ, et al. Relationships between cigarette smoking and weight control in young women. *Fam Community Health* 2003;26:140-6.
834. Meyers AW, Klesges RC, Winders SE, et al. Are weight concerns predictive of smoking cessation? A prospective analysis. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:448-52.
835. Plotnikoff RC, Bercovitz K, Rhodes RE, et al. Testing a conceptual model related to weight perceptions, physical activity and smoking in adolescents. *Health Educ Res* 2007;22:192-202.
836. Pomerleau CS, Zucker AN, Stewart AJ. Characterizing concerns about post-cessation weight gain: results from a national survey of women smokers. *Nicotine Tob Res* 2001;3:51-60.
837. Vidrine JI, Anderson CB, Pollak KI, et al. Gender differences in adolescent smoking: mediator and moderator effects of self-generated expected smoking outcomes. *Am J Health Promot* 2006;20:383-7.
838. Wahl SK, Turner LR, Mermelstein RJ, et al. Adolescents' smoking expectancies: psychometric properties and prediction of behavior change. *Nicotine Tob Res* 2005;7:613-23.
839. Fulkerson JA, French SA. Cigarette smoking for weight loss or control among adolescents: gender and racial/ethnic differences. *J Adolesc Health* 2003;32:306-13.
840. Cooper TV, Klesges RC, Debon MW, et al. A placebo controlled randomized trial of the effects of phenylpropanolamine and nicotine gum on cessation rates and postcessation weight gain in women. *Addict Behav* 2005;30:61-75.
841. Perkins KA, Marcus MD, Levine MD, et al. Cognitive-behavioral therapy to reduce weight concerns improves smoking cessation outcome in weight-concerned women. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:604-13.
842. Ussher M, West R, McEwen A, et al. Efficacy of exercise counseling as an aid for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Addiction* 2003;98:523-32.
843. Allen SS, Hatsukami D, Brintnell DM, et al. Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: a randomized controlled trial of postmenopausal female smokers. *Addict Behav* 2005;30:1273-80.
844. Hill AL, Roe DJ, Taren DL, et al. Efficacy of transdermal nicotine in reducing post-cessation weight gain in a Hispanic sample. *Nicotine Tob Res* 2000;2:247-53.
845. Jorenby D. Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs* 2002;62 Suppl 2:25-35.
846. Assali AR, Beigel Y, Schreiberman R, et al. Weight gain and insulin resistance during nicotine replacement therapy. *Clin Cardiol* 1999;22:357-60.
847. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;337:1195-202.
848. Nides M, Rand C, Dolce J, et al. Weight gain as a function of smoking cessation and 2-mg nicotine gum use among middle-aged smokers with mild lung impairment in the first 2 years of the Lung Health Study. *Health Psychol* 1994;13:354-61.
849. Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev* 2004;5:95-103.
850. Gray CL, Cinciripini PM, Cinciripini LG. The relationship of gender, diet patterns, and body type to weight change following smoking reduction: a multivariate approach. *J Subst Abuse* 1995;7:405-23.
851. Munafo MR, Murphy MF, Johnstone EC. Smoking cessation, weight gain, and DRD4 - 521 genotype. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2006;141:398-402.
852. Pisinger C, Jorgensen T. Waist circumference and weight following smoking cessation in a general population: the Inter99 study. *Prev Med* 2007;44:290-5.
853. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate-intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res* 2005;7:871-80.
854. Ussher M: Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD002295.
855. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction* 2007; 102:534-43.

856. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity and health. 2005. Available at:  
<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/chap1.htm>.



Editorial **Respira**



Sociedad Española  
de **Neumología**  
y **Cirugía Torácica**  
SEPAR



**Respira**

Fundación Española  
del Pulmón  
SEPAR