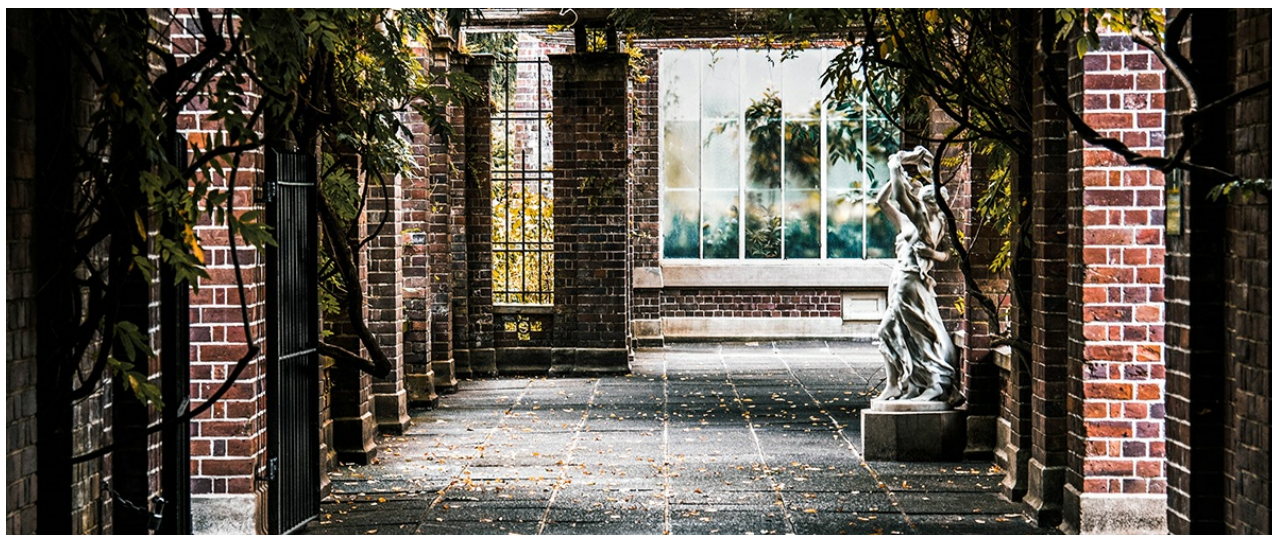


# El Grupo de Abordaje al Tabaquismo de la semFYC corrobora la evidencia existente sobre los tres tratamientos de primera línea

[semfyc.es/grupos/el-grupo-de-abordaje-al-tabaquismo-de-la-semfyc-corrobora-la-evidencia-existente-](https://semfyc.es/grupos/el-grupo-de-abordaje-al-tabaquismo-de-la-semfyc-corrobora-la-evidencia-existente-)



En cualquier persona, **esté sana o enferma**, fumar **constituye muy probablemente el mayor de los riesgos para su salud**. Las evidencias indican que, **si no deja de fumar**, la probabilidad de desarrollar **una enfermedad grave y de morir prematuramente por ello es superior al 50%** (1).



La **probabilidad de éxito que tiene una persona que intenta dejar totalmente de fumar por sí mismo**, sin ayuda profesional, apenas llega al **3 % de media** (2). En cambio, **experiencias de nuestro país recogen porcentajes de éxito medios del 25-35% y superiores en aquellos fumadores que participaron en un programa de deshabituación** atendido por un profesional sanitario, con **utilización de fármacos** (3,4). De ahí que **la relación coste-efectividad del abordaje del tabaquismo** sea mucho más favorable que un buen número de actividades que realizamos a diario (5).

En ese sentido, y según refleja el **Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)** (6) en su última actualización, para dejar de fumar lo más efectivo es la combinación de apoyo cognitivo conductual y fármacos. La **base es el tratamiento cognitivo conductual**, que debe incluir apoyo social y entrenamiento en habilidades para resolver **las dificultades que aparecen con el abandono del tabaco**, y que ha demostrado **más efectividad cuanto más intensamente se realice** (7,8).

En adición a esto, **los tres tratamientos de primera línea (bupropion, vareniclina y TSN)** multiplican como mínimo por dos **las posibilidades de éxito**. Estos fármacos están **claramente indicados en todos los casos salvo contraindicaciones y situaciones especiales** en las que no existe evidencia acerca de su utilidad por **falta de ensayos clínicos** (embarazadas o mujeres en periodo de lactancia, menores de 18 años y fumadores de menos de 10 cigarrillos) (7,8).

Por todo lo dicho, fundamentalmente en los tres primeros meses, **es imprescindible realizar un seguimiento adecuado en consulta**.

La **terapia sustitutiva con nicotina** consiste en la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de cigarrillos, y en cantidad suficiente como para **disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia**. Las **formas de administración utilizadas para la TSN** son:

- **Parche transdérmico**
- **Chicle**
- **Spray bucal**
- **Comprimido para chupar**
- **Tableta sublingual**
- **Vaporizador nasal**

(los dos últimos no disponibles en nuestro país).

**La TSN ha demostrado ser efectiva cuando se mantiene entre 8 y 12 semanas.**

### **Bupropion**

El **bupropion es un antidepresivo monocíclico** que parece actuar a **nivel del sistema nervioso central mediante el bloqueo de la recaptación de dopamina y noradrenalina**, sin afectar a **la transmisión de serotonina**, y **ha demostrado aumentar la tasa de éxito en los intentos de abandono del tabaco**. Su **metabolismo es hepático**. Se **metaboliza en tres metabolitos activos y no se afecta por la nicotina**.

Los **pacientes deben comenzar el tratamiento con bupropion** una o dos semanas antes de dejar de fumar. Según su ficha técnica, **se debe comenzar con una dosis de 150mg por la mañana durante 6 días para luego aumentarla a 150mg dos veces al día** en los casos que se considere necesario, siendo la dosis máxima 300mg/día. **La duración del tratamiento es de 12 semanas.**



## Vareniclina

La **vareniclina actúa selectivamente sobre los receptores nicotínicos alfa 4 y beta 2.**

Al ser un agonista parcial tiene dos mecanismos de acción, uno agonista y otro antagonista. **Es de biodisponibilidad oral** y no se afecta por los alimentos. La **excreción es renal** (92% inalterada), siendo necesario **ajustar dosis en los pacientes con insuficiencia renal**. Igual que el **bupropion** se inicia **cuando todavía el paciente está fumando**, comenzando por **0.5 mg por la mañana** durante los tres primeros días, **0,5 mg dos veces al día durante cuatro días**, y **1 mg dos veces al día desde el octavo día hasta acabar el tratamiento**. El primer día **sin fumar se fija entre una y dos semanas tras el inicio**, y el **tratamiento estándar dura 12 semanas**.

**Al pautar fármacos para ayudar a dejar de fumar a nuestros pacientes, es interesante tener en cuenta estas diez consideraciones:**

1. Las **guías clínicas basadas en la evidencia** recomiendan que, en la elección de uno u otro fármaco, si no hay contraindicaciones, se consideren las experiencias previas y las preferencias de los pacientes (7).
2. La **vareniclina parece ser más eficaz que el bupropion** o la **TSN simple pero no que la TSN combinada** (9,10). Por otro lado, la vareniclina podría ser más eficaz que **los otros dos tratamientos en mujeres, pero no en varones** (11).
3. Se ha **demostrado que la TSN resulta más efectiva si se combina un parche de liberación sostenida con una forma rápida** (chicle, comprimido de chupar o spray bucal), para utilizar como rescate en momentos de craving (12). Para la **efectividad de la terapia oral con nicotina es muy importante la técnica adecuada del uso del chicle o el comprimido**. Por tanto, **al prescribirlos es imprescindible explicar y/o dar por escrito instrucciones al respecto**.
4. Aunque la **pauta estándar del bupropion es de 150 mg dos veces al día**, los resultados a largo plazo de **la dosis de 150 mg al día son similares** (13), por lo que **un solo comprimido diario podría ser una muy buena opción de tratamiento**.

5. Los **tres tratamientos de primera línea (terapia sustitutiva con nicotina, vareniclina y bupropion)** tienen un adecuado perfil de eficacia y seguridad. **La FDA y la EMA retiraron hace años su advertencia sobre efectos neuropsiquiátricos**, pues existía la controversia sobre si la vareniclina aumentaba las posibilidades de presentar ideación suicida, intentos autolíticos, síntomas depresivos, etc., a partir de notificaciones espontáneas. Aunque **conviene ser prudentes como en toda prescripción farmacológica, el ensayo EAGLES (14)**, promovido por **los laboratorios de TSN, bupropion y vareniclina a instancias de la FDA**, y con **un diseño adecuado para demostrar diferencias en cuanto a efectos adversos**, no encontró diferencias significativas en **las tasas de efectos neuropsiquiátricos** entre los tres tratamientos y el grupo control con placebo.
6. El **bupropion** puede **aumentar el riesgo convulsivo**, por lo que **está contraindicada en personas con antecedentes de crisis convulsivas, y en aquellos trastornos o enfermedades que pueden reducir el umbral convulsivo**, como anorexia nerviosa o bulimia, tumores del SNC, antecedentes de traumatismos craneoencefálicos, **deshabituación alcohólica o de benzodiacepinas o diabéticos con frecuentes hipoglucemias (15)**.
7. Uno de los efectos más importante en bupropion es el insomnio, que es dosis dependiente, y se puede solucionar dando la segunda toma al menos con 8 horas de diferencia con la primera, pero separándolo lo que se pueda de la hora de acostarse, o reduciendo la dosis a 150 mg, tomado por la mañana<sup>15</sup>.
8. Los **principales efectos secundarios de la vareniclina** son **las náuseas y las alteraciones del sueño** (típicamente sueños muy vívidos) (16). **Las náuseas se minimizan mucho si la vareniclina se ingiere con alimento sólido y con un gran vaso de agua**. Si se producen **alteraciones del sueño molestas**, pueden reducirse si la segunda toma se adelanta (manteniendo **un intervalo mínimo de 8 horas** entre ambas tomas). Si a pesar de estas recomendaciones, **existe intolerancia a vareniclina**, la reducción de dosis a **1 mg diario** reduce efectos secundarios y, aunque **un 25% menos que la dosis plena**, también resulta efectiva (17).
9. La **cesación tabáquica con fármacos produce inicialmente una menor ganancia de peso que si se realiza sin fármacos**, siendo **menor el aumento de peso con TSN y bupropion** que con **vareniclina**. Sin embargo, no existen diferencias pasado un año (18,19).
10. **Uno de los problemas más frecuentes que encontramos en la deshabituación tabáquica es el abandono precoz del tratamiento farmacológico**, lo cual repercute negativamente en las tasas de cesación a largo plazo. Es importante **plantearse el mantenimiento de la adherencia como un objetivo terapéutico más**, considerando **las posibles ideas erróneas del paciente al respecto** y las dificultades con la medicación, así como **los factores psicosociales que puedan interferir con el tratamiento (20,21)**.

**[Consulta la web del GAT de la semFYC \[aquí +\]](#)**

## **Bibliografía**

1. Banks et al. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Medicine* (2015) 13:38. DOI 10.1186/s12916-015-0281-z. **Disponible en:** <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0281-z>.
2. Moore RA, Aubin HJ. Do Placebo Response Rates from Cessation Trials Inform on Strength of Addictions? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012. **Disponible en:** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315081/pdf/ijerph-09-00192.pdf>.
3. Egüés Olazabal Nerea, Delfrade Osinaga Iosu, Dominguez Pascual Sonia y cols. Programa de ayuda para dejar de fumar en Navarra. 25 años de andadura. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; Vol. 93; 15 de julio 201907039.e1-e8. **Disponible en:** [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL93/C\\_ESPECIALES/RS93C\\_201907039.pdf](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/C_ESPECIALES/RS93C_201907039.pdf).
4. Salguero Chaves Emilio, Ávila García Raúl, Peinado Reina Marta y cols. Unidad-Escuela de Estilos de Vida Saludables en un centro de salud de Badajoz: evaluación 2007-2017. *Comunidad Noviembre* 2019;21(3):7 ISSN: 2339-7896. **Disponible en:** <https://comunidadsemfyc.es/unidad-escuela-de-estilos-de-vida-saludables-en-un-centro-de-salud-de-badajoz-evaluacion-2007-2017/>
5. Cornuz J, Gilbert A, Pinget C et al. Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. *Tobacco Control* 2006; 15:152-159.
6. Córdoba R, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. *Aten. Primaria* 2018;50(Supl 1):29-40
7. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update – NCBI Bookshelf [Internet].. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
8. Martin Cantera, et al. Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: a systematic review. *BMJ Open* 2015 ;5: e008807. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008807
9. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016:CD006103.
10. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. En: *The Cochrane Collaboration*, Cahill K, editors. *Cochrane Database Syst. Rev.*, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013.
11. Smith PH, Weinberger AH, Zhang J, Emme E, Mazure CM, McKee SA. Sex Differences in Smoking Cessation Pharmacotherapy Comparative Efficacy: A Network Meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2016: ntw144.
12. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 4: CD013308-CD013308
13. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 1: CD000031.

14. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet Lond Engl.* 2016; 387: 2507-20.
15. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica de Zyntabac 150 mg, comprimidos de liberación prolongada. Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2001/docs/bupropion\\_FT.pdf](https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2001/docs/bupropion_FT.pdf).
16. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica de vareniclina 0,5 mg. [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/06360001/FT\\_06360001.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/06360001/FT_06360001.html)
17. Cahill K. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2012.
18. Farley AC, Hajek P, Lycett F, Aveyrad P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Jan 8; 1:CD006219.doi:10.1002/14651858. Disponible en: [https://www.cochrane.org/CD006219/TOBACCO\\_interventions-for-preventing-weight-gain-after-smoking-cessation](https://www.cochrane.org/CD006219/TOBACCO_interventions-for-preventing-weight-gain-after-smoking-cessation)
19. Escaffi MJ, Cuevas A, Vergara K, Alonso R, Tabaco y peso corporal. *Rev. Chil Enferm Respir* 2017; 33: 249-251. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0249.pdf>
20. Hollands GJ, McDermott MS, Lindson-Hawley N, Vogt F, Farley A, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (2):CD009164.
21. Salvador M, Ayesta FJ. La adherencia terapéutica en el tabaquismo. *Intervención Psicosocial* 2009; 18:233-44