TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO Y POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Teresa Salvador-Llivina (*)
(*) Directora del Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS). Consultora de la Comisión Europea para el Comité Científico y Técnico del Fondo Comunitario de Tabaco. Miembro fundadora del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).

RESUMEN

El artículo comenta las aportaciones de la investigación a la evidencia sobre la eficacia de las distintas intervenciones de apoyo asistencial a fumadores para dejar de fumar. Se revisa la eficacia de los diversos niveles de intervención terapéutica, así como la utilidad clínica de los tratamientos farmacológicos de primera elección: bupropión y terapias sustitutivas de nicotina. Se valora el impacto poblacional de las intervenciones comunitarias para promover el abandono del tabaquismo. Se analiza el valor de los tratamientos en el marco de una política asistencial efectiva para lograr una disminución significativa de la prevalencia actual del tabaquismo en España.

ANTECEDENTES

En los países occidentales desarrollados se ha estimado que un 14,9% del total de muertes registradas y un 11,7% de los años de vida ajustados por discapacidad son debidos al consumo de tabaco. El tabaquismo es así la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prevenible en España y a él se atribuyen más de 50.000 muertes al año (Banegas et al., 2001). Muchos fumadores que expresan su voluntad de dejar de fumar tienen grandes dificultades para hacerlo debido al carácter adictivo de la nicotina (U.S. Department of Health and Human Servi-

ces, 1988 y 2000; American Psychiatric Association, 1995). En los sucesivos estudios sobre la situación del tabaquismo en España, que proporciona periódicamente la Encuesta Nacional de Salud realizada por el ministerio de Sanidad y Consumo, podemos observar que alrededor de un 70% de los fumadores quiere dejar de fumar, y un 60% de las personas que fuman en España lo ha intentado alguna vez (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 1992; 1995; 1999; 2001). Sin embargo, sólo alrededor de un 2% al año consigue su propósito con éxito (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). La prevalencia del consumo de tabaco está en la actualidad estabilizada en torno al 34% de la población. Según ha estimado la OMS, uno de cada dos de los actuales fumadores jóvenes que no consigan dejar de fumar morirá prematuramente debido al tabaquismo, y sufrirán como media una pérdida de 20 años en su expectativa de vida (Peto Chen y Boreham, 1999).

España se encuentra en una fase avanzada de epidemia de consumo de tabaco, pero aún no se ha alcanzado el nivel máximo de los efectos negativos sobre la salud (morbilidad y mortalidad), especialmente en la población de mujeres.

La adicción al tabaco constituye un trastorno mental y del comportamiento, es una condición clínica crónica, susceptible de tratamiento. Ahora están claramente establecidos los beneficios para la salud que se obtienen al dejar de fumar. Se ha observado que a los 15 años de haber dejado de fumar, el riesgo de un ex-fumador casi llega a equipararse al de una persona que nunca haya fumado (U.S. Department of Health and Human Services, 1988 y 2000; Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 1998). Pero la adicción al tabaco es una condición clínica crónica, difícil de superar si no se dispone del apoyo y el tratamiento adecuados (Royal College of Physicians, 2000).

El apoyo a los fumadores para el abandono del tabaco es una de las estrategias prioritarias de acción para el control del tabaquismo y la reducción de su impacto sobre la salud. Los resultados esperados de las intervenciones para promover el abandono del consumo de tabaco son: incrementar el número de años vividos; mejorar el nivel de salud y la calidad de los años vividos; evitar muertes prematuras; y reducir los costes sanitarios derivados del tratamiento de las condiciones clínicas asociadas al consumo de tabaco.

La progresiva sensibilización de los fumadores, el compromiso creciente de los profesionales sanitarios y la disponibilidad de alternativas de tratamiento eficaces (tanto sicológicos como farmacológicos) (Comité

Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2001), deben contribuir al mejor control del tabaquismo en España.

Este trabajo aporta una revisión sobre la eficacia de los distintos tratamientos del tabaquismo basada en la evidencia científica acumulada y en la experiencia de manejo asistencial y tratamiento de fumadores en España en las últimas décadas.

EFECTOS DEL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO

Los efectos del abandono han sido claramente establecidos en los estudios de cohortes de grandes poblaciones de EEUU, Canadá, Europa y Japón. La abstinencia tiene importantes e inmediatos beneficios para la salud en hombres y mujeres de cualquier edad, con o sin síntomas de enfermedad relacionada con el consumo de tabaco.

Uno de los efectos positivos que primero se producen después del abandono del consumo de tabaco es la modificación de la distribución del tipo de lípidos en sangre y en la actividad de las plaquetas (Skaar et al., 1997). Le siguen la disminución hasta un 50% del exceso de riesgo de infarto de miocardio y enfermedad cerebro-vascular arterio-cerebral letal al cabo de un año del abandono (Brown et al., 2000). Al cabo de unos años el riesgo de padecer cáncer de pulmón se va reduciendo progresivamente del 20-90%, y el riesgo de cáncer de cavidad oral se reduce a la mitad al cabo de 3-5 años de abstinencia llegando a igualarse a los de los nunca fumadores a los 10 años de abstinencia (Cinciripini y McClure, 1998). El abandono del consumo de tabaco mejora la función pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El abandono del consumo en fumadores habituales antes de los 50 años reduce a la mitad el riesgo de muerte en los 15 años siguientes. Las mujeres que dejan de fumar antes del embarazo o durante los 3-4 primeros meses del embarazo reducen el riesgo de bajo peso al nacer y de complicaciones perinatales.

Así, el abandono del consumo de tabaco permite incrementar la esperanza de vida y añadir calidad de vida a los años vividos (Department of Health and Human Services, 1988).

REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

Los intentos de dejar de fumar sin un apoyo específico son los más frecuentes y extendidos, a pesar de ser los menos eficaces. Alrededor del

98% de personas que intentan dejar de fumar por sus propios medios y sin apoyo específico no consiguen su objetivo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Distintas iniciativas recientes en España han permitido disponer de trabajos de revisión de la evidencia existente, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como del Tratamiento especializado y de excelentes guías de referencia clínica para el impulso del tratamiento del tabaquismo. Así se dispone de publicaciones y materiales producidos por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria a través de múltiples iniciativas (PAPPS, GAT, etc.), o las excelentes guías clínicas producidas por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET), o de entidades como el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), y la propia Organización Médica Colegial (OMC).

Se revisa la evidencia científica disponible sobre la eficacia de las distintas alternativas de tratamiento mediante la recuperación de trabajos en las principales bases de datos de literatura biomédica: Database of Review of Effectiveness (DARE), Evidence Based Medicine (EBM), Internet Database of Evidence Based Abstracts and Articles (IDEA), MEDLINE, Evidence Based Medicine Reviews (publicada por OVID) y Patients Oriented Evidence that Matters (POEMs). Mediante estos instrumentos de búsqueda se han identificado los trabajos más relevantes de revisión y síntesis de la información basada en la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones disponibles:

• **El grupo Cochrane para la Revisión de la Adicción al Tabaco** (*The Cochrane Tobacco Addiction Review*) ha realizado desde su creación 26 revisiones sistemáticas de los estudios randomizados con seguimiento de resultados de, al menos, 6 meses, meta-análisis y síntesis del conocimiento disponible en la literatura científica internacional.(*Tobacco Addiction Review*: http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/g160index.htm).

• **El trabajo de revisión de estudios experimentales publicados en lengua inglesa**, realizado por un equipo de investigadores británicos, publicado en la revista *Thorax* (Raw McNeill y West, 1998) y actualizado en el año 2000 (West, McNeill y Raw, 2000). Este trabajo ha servido de base para orientar la política británica en el ámbito del tratamiento del tabaquismo (Department of Health,2000), política que cuenta ya con la evaluación del primer año de su aplicación (Department of Health,2001).

• **El trabajo de revisión impulsado por el Servicio de Salud de EEUU,**

encargado a un grupo de expertos en tratamiento del tabaquismo convocado a tal efecto (Fiore et al.,2000).

• **El informe recientemente publicado por el NICE** (*National Institute for Clinical Excellence*) del Reino Unido sobre las recomendaciones de uso de bupropión y de la terapia sustitutiva de nicotina en el tratamiento del tabaquismo (National Institute for Clinical Excellence,2002).

EL CONSEJO MÉDICO BREVE PARA DEJAR DE FUMAR

En la actualidad se dispone de numerosos ensayos clínicos de alta calidad sobre la eficacia del consejo médico breve para dejar de fumar, que se han ido acumulando a los trabajos realizados por Rusell y colaboradores en los años 70 (Russell et al., 1979). Estos ensayos clínicos (Raw McNeill y West, 1998; West, McNeill y Raw, 2000; Fiore et al.,2000; Silagy y Stead, 2002) han venido a confirmar y mejorar los resultados inicialmente obtenidos por Rusell. En la actualidad se considera que el consejo médico breve y sistemático proporcionado en atención primaria constituye una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo (Royal College of Physicians 2000; Raw McNeill y West, 1998; West, McNeill y Raw, 2000; Fiore et al.,2000; Silagy y Stead, 2002; Torrecilla et al., 2001).

Se ha estimado que un 75% de la población acude al médico al menos una vez al año. Este hecho representa una oportunidad de oferta de consejo y apoyo para dejar de fumar a un alto porcentaje de fumadores. La extensión de la oferta de breve consejo sistemático protocolizado en las consultas de Atención Primaria podría conseguir la cesación en un 5% de los fumadores al año. Esto significaría que hasta 450.000 fumadores podrían dejar de fumar en España al año.

Este tipo de intervención, también denominada "intervención mínima", consiste en:

1. Preguntar a todos los pacientes sobre su condición de fumador, ex fumador o nunca fumador, independientemente del motivo de consulta.
2. Registrar esta información en la historia clínica.
3. Aconsejar la conveniencia de abandonar el consumo de tabaco de forma clara y rotunda.
4. Ofrecer asistencia o un folleto de autoayuda para conseguirlo.

El consejo mínimo incrementa la probabilidad de conseguir la absti-

nencia entre todos los fumadores que lo reciben. La eficacia de la intervención se incrementa con su intensidad (relación dosis-respuesta). Así, añadir un seguimiento pautado, convocando al paciente para una o más visitas de refuerzo, las tasas de abstinencia alcanzadas pueden incrementarse de forma significativa (Raw McNeill y West, 1998; West, McNeill y Raw, 2000; Fiore et al.,2000). Las modalidades de intervención gradualmente más intensas pueden consistir en incrementar la duración de la intervención, añadir sesiones terapéuticas de seguimiento pautado y administrar tratamiento farmacológico, en pacientes con un consumo superior a los 10 cigarrillos /día y que no presenten contraindicaciones.

Es necesario disponer de evidencia concluyente para establecer la efectividad los grupos de apoyo en Atención Primaria para el seguimiento pautado en población no seleccionada.

Un buen ejemplo de las intervenciones realizadas en España desde la Atención Primaria lo constituye el "Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud" (PAPPS), que desde 1988 ha implantado una intervención en tabaquismo con diferentes evaluaciones, la última de las cuales (PAPPS, 2001) muestra que en el 54% de las historias clínicas –de los centros participantes en el PAPPS- consta que se ha realizado la intervención propuesta (registro y consejo), y un estudio de eficacia mostró que el 7,6% de los fumadores atendidos habían dejado de fumar (PAPPS, 1999).

En España se han ido desarrollando en la última década distintas propuestas estructuradas, sistematizadas y adaptadas a la Atención Primaria. Así, el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona en 1990 (Nebot y Solberg 1990), adapta con el nombre de Proyecto de Ayuda a los Fumadores (PAF), el programa que Solberg desarrolló en 1985 (Solberg et al., 1990), fue adaptado a nuestro país. El PAF ha sido valorado por diferentes autores (De la Fuente et al., 1991; Martín, Jané y Nebot, 1993; Pérez, Oriol y Lou,1994; Martín et al., 1997) quienes han encontrado cifras de efectividad elevadas. Asimismo, la intervención de enfermería desde Atención Primaria también ha demostrado su utilidad en estudios realizados en España (Nebot et al., 1990) tanto en población general como en pacientes con patología relacionada (Granollers, Pont y Úbeda, 1991; Granollers, Pont y Ubeda, 1995; Roman, Cristauro, y Muñoz, 1996). Otros trabajos publicados recientemente desde la Atención Primaria analizan aspectos relevantes como el uso de cuestionarios breves para valorar la motivación (Córdoba et al., 2000), la efectividad de las terapias combinadas (Grandes; Cortada y Arrazola, 2000), la utilidad del consejo en oficinas de farmacia (Barbero , Quintas y Camacho, 2000), y el valor predicti-

vo de la abstinencia a los dos meses (Barrueco et al., 2001), o el valor del consejo a embarazadas (García-Algar, Pichini y Castellanos, 2003).

A pesar de las evidencias de efectividad, el registro sistemático de la condición de fumador en la historia clínica de cada paciente y el consejo médico sistemático para dejar de fumar no se practican todavía de forma generalizada y sistemática en España. No obstante, diversas encuestas y estudios realizados indican que en los últimos 15 años se ha incrementado el número de médicos que ofrecen algún tipo de consejo a sus pacientes para dejar de fumar (Pardell et al., 1998).

Las principales razones que dan los profesionales sanitarios para mantener bajos niveles de actividad en el ámbito del tratamiento del tabaquismo suelen ser:

- Falta de tiempo.
- Percepción de falta de habilidades específicas para el manejo adecuado del tratamiento.
- Falta de la formación específica necesaria.
- Frustración ante las bajas tasas de éxito.

Estas cuatro dificultades percibidas apuntan las principales carencias de formación básica y continuada existentes en nuestro país, en materia de tratamiento del tabaquismo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se consideran fármacos de elección para el tratamiento del tabaquismo aquellos que han demostrado ser seguros, eficaces y de calidad, como medicamentos clínicamente adecuados y específicos para tratar la dependencia al tabaco. Son fármacos que han demostrado ser eficaces en ensayos clínicos de alta calidad (Raw McNeill y West, 1998; West, McNeill y Raw, 2000; Fiore et al.,2000; Hughes, Stead y Lancaster, 2002; Silagy et al, 2002; Jiménez et al., 2001; Hurt et al., 1997) y han sido aprobados por la Dirección General de Farmacia, del Ministerio de Sanidad y Consumo, como medicamentos adecuados y específicos para tratar el tabaquismo.

1. Hidrocloruro de bupropión de liberación prolongada

El hidrocloruro de bupropión de liberación prolongada (bupropión SR) es un antidepresivo con propiedades estimulantes, que inhibe de forma selectiva la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina), incrementando los niveles de estas sustancias en las sinapsis

neuronales, sin que se inhiba la acción de la monoaminooxidasa. El bupropión actúa como un antidepresivo atípico con efectos a la vez dopaminérgicos y noradrenérgicos. Esta actividad puede simular los mismos efectos de la nicotina y así, disminuir los síntomas típicos de la abstinencia a la nicotina. Por otro lado, la eficacia de bupropión en el tratamiento del tabaquismo no parece provenir de sus efectos antidepresivos, ya que este fármaco presenta los mismos efectos de apoyo a la abstinencia del tabaco, tanto en pacientes sin diagnóstico de depresión como en pacientes con historia previa de depresión. El bupropión es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo

El bupropión presenta una eficacia de mantenimiento del abandono a los 12 meses de finalizar el tratamiento entre el 18 y el 36%. El bupropión duplica las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, comparado con placebo. Estos resultados se han comprobado mediante ensayos clínicos de alta calidad y muestras amplias (Jorenby et al., 1999; Hays et al., 2001; Gratziou et al 2001). En uno de estos ensayos se observa que la utilización de bupropión sólo, o combinado con parches de nicotina, casi duplica la eficacia del uso exclusivo del parche de nicotina (Jorenby et al., 1999).

Los estudios más recientes perfilan diferentes aspectos de las potencialidades del tratamiento bupropión en el abandono del tabaquismo, tal es el caso de su mayor eficacia cuando se utiliza en tratamiento más prolongados (19 semanas) y en combinación con terapia cognitivo-conductual (Gratziou et al., 2001), o su efectividad para prevenir la recaída o las dificultades iniciales para mantener la abstinencia, utilizado en programas de tratamiento prolongado (Hays et al., 2001; Jamerson et al, 2001), o la buena respuesta de repetir tratamiento con bupropión en aquellos fumadores que intentan de nuevo el abandono y que fueron previamente tratados con el fármaco (Gonzales et al, 2001). Igualmente, se ha visto su eficacia y tolerabilidad en el tratamiento de fumadores con enfermedades cardiovasculares (Mc Robbie et al., 2001) y EPOC (Tashkin et al., 2001), así como su utilización en pacientes con trastornos mentales o psicopatológicos (Head et al.,2001; Hayford et al., 1999; Evins et al., 2001). En base a estos resultados, se considera que bupropión constituye un tratamiento efectivo para dejar de fumar, coadyuvante del consejo médico y del tratamiento especializado, y puede valorarse su administración en pacientes que presenten un consumo superior a 10 cigarrillos/día y que no presenten contraindicaciones.

Los estudios que han evaluado la seguridad de este fármaco (Hurt et al., 1997; Jorenby et al., 1999), presentan una tasa de abandono por efectos adversos, de un 8% en los grupos de tratamiento, frente a una tasa de abandono del 5% en los grupos control con administración de tratamiento placebo. Los efectos adversos más comunes son leves, y se centran en: sequedad de boca, cefalea, insomnio, erupción cutánea, prurito u otros síntomas de reacción anafiláctica o anafilactoide. En general, estos efectos están relacionados con la dosis administrada, por lo que pueden controlarse fácilmente mediante la reducción de dicha dosis. A diferencia de otros antidepresivos, el bupropión no interfiere con la actividad sexual (Rowland et al., 1997; Segraves et al., 2000). Las principales contraindicaciones se refieren a historia previa o actual de trastornos convulsivos, diagnóstico previo o actual de bulimia o anorexia nerviosa, historia previa o actual de trastorno bipolar, pacientes en proceso de deshabituación alcohólica o de retirada de cualquier medicamento que esté asociado con riesgo de convulsiones (particularmente benzodiacepinas), cirrosis hepática grave, tumor en el SNC, uso de inhibidores de la aminooxidasa (IMAO) en los últimos 14 días, o pacientes en tratamiento con otros medicamentos que contengan bupropión.

En España la comercialización del bupropión como medicamento eficaz para dejar de fumar fue aprobada por la Dirección General de Farmacia en Julio del 2000. Es el único fármaco de prescripción médica para dejar de fumar autorizado en nuestro país, y está disponible en el mercado español en presentaciones de 60 comprimidos de 150 mg bajo los nombres comerciales de Zyntabac® y Quomem®. Dado que burpropión ha aparecido recientemente en la escena del tratamiento farmacológico español, la investigación en España con este fármaco es aún escasa. Sampablo y cols. (Sampablo et al., 2000) han evaluado la combinación de terapia especializada de soporte, con la administración de bupropión y parches de nicotina, obteniendo tasas de abstinencia de hasta el 58% al año de seguimiento. La Organización Médica Colegial presenta a bupropión como una de las opciones terapéuticas a seguir por el médico español (Pardell et al., 2002).

En el informe reciente elaborado por el NICE (NICE, 2002)se resume de esta forma la eficacia clínica del bupropión:

- Existen claras evidencias de que el bupropión es más efectivo que un placebo en población general.
- El bupropión es tan efectivo en fumadores con EPOC como en población general.

- Las evidencias científicas iniciales muestran una mayor eficacia del bupropión sobre la TSN en la deshabituación tabáquica. Sin embargo, son necesarios mas estudios en este sentido para establecer claramente esta diferencia si la hay.
- El único ensayo realizado con bupropión para prevenir las recaídas no ha encontrado este efecto positivo en los sujetos que han dejado de fumar.

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON NICOTINA (TSN)

La utilización de fármacos que proporcionan de forma controlada nicotina permite reducir de forma clínicamente relevante la mayoría de los síntomas de abstinencia, facilita la modificación de conducta y consolida la abstinencia. Se están utilizando distintas vías de administración de nicotina que incluyen lar vía transdérmica (parches), oral (goma de mascar), intranasal (spray nasal) o inhalatoria. El uso apropiado de las terapias farmacológicas sustitutivas de nicotina (TSN) en fumadores que desean dejar de fumar se ha mostrado eficaz, logrando duplicar las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses respecto a grupos control. Puede valorarse su administración en pacientes con un consumo superior a 10 cigarrillos /día y que no presenten contraindicaciones. Sus resultados mejoran cuanto más se adecua su utilización a las características del paciente (presentación y dosificación) y cuando su administración va acompañada de una intervención de apoyo (consejo médico y/o terapia de psicológica de apoyo que proporcionan los servicios especializados). En todo caso, y a pesar de ser fármacos de venta libre en farmacias, su administración debe atenerse estrictamente a las indicaciones de uso.

Este tratamiento presenta un buen perfil de seguridad con efectos secundarios menores (reacción cutánea circunscrita a la zona del parche, aftas bucales y molestias digestivas leves por la goma de mascar). No obstante su uso debe ser cauteloso. Su empleo en embarazadas se considera limitado. En la enfermedad cardiovascular se recomienda analizar la relación riesgo-beneficio en infartos recientes (4 semanas), angor grave o sujetos con arritmias. Los efectos secundarios más comunes del TSN, según cada una de sus presentaciones, son sequedad de boca, náuseas, trastornos intestinales, úlcera bucal y potencial riesgo de mantenimiento de la dependencia a la nicotina a largo plazo (chicles); irritación local e insomnio (parches); irritación de boca y laringe, tos y rinitis (spray nasal).

Su eficacia terapéutica ha sido demostrada en varias revisiones sistemáticas y meta-análisis de ensayos clínicos que han valorado los efectos

de las distintas vías de administración. La efectividad del TSN ha sido evaluada mediante ensayos controlados realizados en diferentes niveles de actividad clínica: atención primaria, consulta de especialidades médicas y unidades especializadas de tratamiento a fumadores. La tasa de abstinencia media conseguida a los 6 meses y un año del tratamiento alcanza entre un 25% y un 35%.

Las principales contraindicaciones se centran en pacientes con enfermedades cardiovasculares, por lo que debe usarse con precaución en enfermos cardíacos, especialmente dentro de las dos semanas posteriores a un infarto de miocardio; con enfermos que presentan arritmias severas, y con enfermos con angina de pecho severa. También debe limitarse su uso en mujeres embarazadas o durante el período de lactancia.

En España, el TSN se comercializa a través de las oficinas de farmacia y su dispensación no precisa receta médica, disponibles en nuestro país mediante las presentaciones de chicles, parches transdérmicos, comprimidos de nicotina (especialidades publicitarias) y como spray nasal.

En los primeros ensayos clínicos realizados en España desde 1981 en la Unidad de Tratamiento del Tabaquismo del Hospital Clínico de Barcelona se valoró la utilidad del TSN combinando la administración de chicle de nicotina con terapia grupal de apoyo, técnicas de control de estímulos, técnicas de refuerzo basadas en la evaluación fisiológica de la abstinencia y estrategias de prevención de recaídas (Salvador Llivina et al., 1986). Mediante un diseño randomizado a doble ciego, se demostró, por primera vez en nuestro país, que el tratamiento especializado del tabaquismo podía obtener resultados de casi un 50% de abstinencias al año de seguimiento (Salvador Llivina et al., 1988). Trabajos posteriores, han incorporado nuevas presentaciones y combinaciones de la TSN (parches y spray nasal) al tratamiento especializado, obteniendo buenos resultados (Jiménez et al., 1994; Jiménez et al., 1996; Jiménez et al., 1997; Jiménez et al., 1998; Jiménez et al., 1999; Jiménez et al., 2000; Monsó et al., 1994; Toral et al., 1998). La TSN se incluye también como una las opciones terapéuticas consideradas eficaces en la guía publicada por la Organización Médica Colegial (Pardell et al., 2002).

En el informe reciente elaborado por el NICE (NICE, 2002) se resume de esta forma la eficacia clínica de la TSN:

• La TSN como terapia para dejar de fumar se ha investigado en profundidad en 113 ensayos clínicos randomizados con 28.000 participantes. La evidencia indica de forma inequívoca que la TSN ayuda a dejar de

fumar más eficazmente que un placebo. La mayoría de los datos provienen de estudios con chicles y parches de nicotina, por lo que en el momento actual se carece de datos suficientes para afirmar si otras presentaciones de nicotina son más eficaces.

• Los datos son mucho más débiles para la comparación de la eficacia de los parches de 16 y de 24 horas en dosis altas de nicotina para fumadores de alta dependencia. Los datos sugieren que no hay evidencia sólida que diferencien en términos de eficacia los parches de 24 y 16 horas. El dejar la terapia sustitutiva de nicotina de forma gradual no se ha encontrado que sea la mejor manera de realizar la terapia, sin embargo no existe evidencia sólida de la mejor pauta de tratamiento.

• Los efectos de los distintos niveles de motivación para ayudar con la TSN han sido difíciles de evaluar en esta revisión. Las estimaciones conjuntas de la eficacia calculadas en la revisión de Cochrane, sugieren que la TSN sólo es eficaz con la ayuda mínima. La estimación conjunta de la eficacia no resultó mayor al ir incrementando la intensidad de la ayuda. La carencia de datos que permitan comparar de forma directa en la TSN la ayuda mínima con la de alta intensidad imposibilita cualquier conclusión definida al respecto.

• No existen evidencias claras sobre mayor eficacia terapéutica entre las combinaciones de TSN o la monoterapia. Mientras que algunas combinaciones pueden ser útiles, se necesitan más estudios para llegar a una conclusión firme.

• La TSN puede ser menos eficaz que el Bupropión, pero de nuevo hay que puntualizar que se requieren más estudios al respecto.

• A excepción del Bupropión, no se ha demostrado ninguna otra intervención activa comparable en eficacia a TSN.

El tratamiento intensivo especializado

El tratamiento especializado del tabaquismo se dirige a fumadores que han fracasado previamente con intervenciones más sencillas y a grupos de especial riesgo por sus características personales de consumo o de patología asociada (Salvador Llivina, 1983; Becoña y García, 1993; Lancaster y Stead, 2002; Stead y Lancaster, 2002; Jiménez et al., 2001). Este tratamiento más intenso y especializado puede ofrecerse individualmente o en grupo, con medidas que contemplan el carácter adictivo del tabaco y los factores psicosociales implicados en el proceso de su abandono. Los enfoques incluyen entre otros el análisis de la situación personal, la búsqueda de alternativas y el apoyo a la toma de decisiones, técnicas de

afrontamiento de situaciones conflictivas, la búsqueda de apoyo social y el abordaje del síndrome de abstinencia.

La oferta de apoyo intensivo o tratamiento especializado a todos los fumadores que desean dejar de fumar no es una estrategia eficiente. Entre los principales grupos que requieren este tipo de intervención asistencial estarían los fumadores con una alta dependencia al tabaco y fracasos previos en la consolidación de la abstinencia, los pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco y las mujeres embarazadas.

El tratamiento especializado se inicia generalmente con una sesión individual de diagnóstico y preparación, y continua con cinco sesiones de terapia de grupo (20-25 fumadores), o individual si se precisa, de una hora de duración repartidas a lo largo de un mes. Con posterioridad, se realizan sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. En estos programas se emplean técnicas combinadas para las fases de preparación, primeras semanas de abstinencia y mantenimiento de la abstinencia (responsabilización, autoregistro basal, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, control de estímulos, apoyo de grupo y social, refuerzo de la abstinencia, técnicas de relajación, consejos dietéticos, etc.).

Las unidades especializadas en este tipo de tratamiento, mediante un número limitado de sesiones terapéuticas intensivas y de seguimiento, ofrecen de forma eficiente intervenciones clínicas multicomponentes que combinan:

• Técnicas de apoyo psicológico, de tipo conductual, cognitiva, grupal, así como combinación de distintas técnicas, que dotan a los pacientes de estrategias prácticas para lograr y afianzar la abstinencia. Suelen ofrecer técnicas de resolución de problemas y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, con soporte terapéutico y facilitación del soporte social fuera del tratamiento.

• Tratamiento farmacológico, donde la elección de fármacos de primera línea (bupropión y TSN) o de segunda, depende de la historia y situación actual de cada fumador.

• Técnicas de *biofeedback* para el refuerzo de la abstinencia, generalmente mediante la utilización de medidores de CO.

• Estrategias para la prevención de recaídas. Al igual que sucede en otros tipos de adicciones, el problema de las recaídas es uno de los principales retos a los que se enfrenta el tratamiento del tabaquismo. El tratamiento especializado del tabaquismo, incluye sesiones de seguimiento a largo plazo que intentan responder a esta necesidad aunque, por ahora, ninguna de las técnicas disponibles ha conseguido demostrar una clara efectividad.

Este tipo de intervención se ha demostrado altamente eficaz y coste-efectivo para los grupos de riesgo señalados, con eficacias variables entre el 30 y el 50% de abstinencia al año de seguimiento (Raw McNeill y West, 1998; West, McNeill y Raw, 2000; Fiore et al., 2000; Pérez-Trullén y Sánchez, 1999). Las revisiones realizadas no han encontrado diferencias significativas entre este tipo de tratamiento en formato individual o de grupo, por lo tanto, por razones de eficiencia, se recomienda que la oferta del tratamiento especializado se realice mediante tratamiento grupal (Lancaster y Stead, 2002; Stead y Lancaster, 2002).

Las ofertas de tratamiento especializado que incorporaban múltiples componentes comenzaron a generalizarse en España a finales de los 80. Además de las Unidades de Tabaquismo en hospitales iniciadas al comienzo de esa década (Salvador Llivina et al., 1986; Salvador Llivina et al., 1988; Salvador Llivina 1983), se presentaron otras propuestas desde el ámbito universitario, con la destacada contribución del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Santiago de Compostela (Becoña y García, 1993; Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Vázquez, 1998). Paralelamente, la oferta de tratamiento especializado del tabaquismo se incorporó en algunos centros de atención a las drogodependencias de ámbito municipal, comarcal, provincial o autonómico. Finalmente, ante las carencias observables en amplias zonas geográficas Españolas, algunas ONGs también incluyeron el tratamiento especializado del tabaquismo entre sus prestaciones, destacando en este sentido la considerable labor de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) que, en numerosas provincias Españolas, todavía constituye la única oferta de tratamiento especializado disponible (Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, 2002).

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las revisiones de los estudios disponibles hasta ahora sobre la eficacia de otras técnicas para dejar de fumar (técnicas aversivas, acupuntura, digitopuntura, auriculopuntura, hipnosis, electroestimulación, láserterapia, etc.) indican que la aplicación de estas técnicas puede aportar algún grado de beneficio, pero los resultados obtenidos no son superiores a los alcanzados por placebo (Usseher et al., 2000; White, Rampes y Ernst, 2002; Hajek y Stead , 2002; Abbot et al., 2002).

Intervenciones amplias de carácter comunitario

Los programas poblacionales o comunitarios se basan en el reconocimiento de la importancia de los componentes sociales de la dependencia y de la motivación. Comprenden estrategias múltiples de intervención, fundamentalmente de incremento de mensajes favorables al abandono del consumo de tabaco en medios de comunicación (TV, radio, prensa) y la participación de líderes sociales, políticos y sanitarios, junto a la facilitación de recursos, generalmente de auto-ayuda, para fomentar y conseguir la abstinencia (folletos, programas en empresas, oferta de apoyo sanitario, premios, etc).

Buenos ejemplos de este tipo de intervención son los programas MRFIT, COMMIT y ASSIST desarrollados en los EEUU, diversos programas comunitarios dirigidos a población juvenil (Sowden y Arblaster, 2002), o programas de apoyo telefónico para dejar de fumar (Stead y Lancaster, 2002).

En España se han desarrollado iniciativas de apoyo por correo (Becoña y García, 1993; Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Vázquez, 1998), así como el Programa "*Quit & Win*", popular en algunos países europeos e implantado en España a lo largo de los últimos años en un número creciente de CCAA con el nombre de 'Déjalo y Gana'. Aunque no se disponga de estudios experimentales de evaluación, los resultados de las evaluaciones realizadas indican que, en general, estos programas tienen escaso efecto sobre fumadores intensos y altamente dependientes y efecto moderado sobre fumadores ligeros y poco dependientes. Sin embargo, al tratarse de programas que alcanzan a toda la población son altamente eficientes, dado que pueden lograr una tasa relevante de abstinencia a un bajo coste (Moragues et al., 1999).

En una reciente revisión de ensayos controlados sobre intervenciones comunitarias (Secker-Walker et al, 2003) se destaca el déficit de estudios amplios y bien diseñados para precisar el efecto de estos programas en la población. El análisis de estudios que comparan programas comunitarios dirigidos a población juvenil (Swoden et al, 2003), proporciona evidencia de disminución de la prevalencia de tabaquismo en esta población.

CONSIDERACIONES FINALES

Todos las investigaciones revisadas en este trabajo, señalan que algunos de los tratamientos del tabaquismo disponibles en la actualidad consiguen elevar de forma significativa las tasas de abstinencia muy por

encima de la tasa de remisión espontánea que se produce sin ningún tipo de apoyo terapéutico.

En base a estos resultados, cabe destacar la disponibilidad de intervenciones terapéuticas de alta eficacia y eficiencia en el tratamiento del tabaquismo. Las carencias del sector (dificultades para la generalización de las intervenciones asistenciales de apoyo al abandono del consumo de tabaco y el escaso desarrollo de recursos especializados), representan una clara limitación para el desarrollo de una política global y racional de asistencia a fumadores en España. También es necesario considerar el elevado nivel de investigación y práctica alcanzado por los profesionales sanitarios españoles, debido al esfuerzo e implicación personal en esta área, muchas veces sin el apoyo necesario del sistema sanitario.

El desarrollo de una política efectiva de control del tabaquismo debe incluir medidas que faciliten a los fumadores dejar de fumar y ofrecer la ayuda disponible y de demostrada eficacia, adaptada a las características y necesidades de cada fumador. Sería deseable que el sistema sanitario público pudiera ir ampliando la oferta de tratamiento de la dependencia al tabaco, causa de una parte muy relevante de la morbi-mortalidad prevenible.

Se ha estimado que una intervención asistencial del tabaquismo con cobertura nacional, que incorporara el consejo médico breve y el apoyo farmacológico necesario, evitaría 2.613 casos de enfermedad al año de su implantación, 17.415 casos a los 10 años y 23.837 casos a los 20 años. Los costes acumulados asistenciales evitados serían de 3,5 millones de Euros en el segundo año de su implantación y 386 millones de Euros a los 20 años. Las muertes acumuladas evitadas serían 284 en el segundo año y 9.205 a los 20 años de la intervención (González-Enríquez et al.).

La generalización del consejo médico para dejar de fumar, la facilitación del tratamiento farmacológico adecuado en determinadas indicaciones y la ampliación de la cobertura y acceso a los recursos especializados, deben ser considerados como objetivos prioritarios. Previamente, se deberían clarificar los criterios de adecuación y equidad en la prestación de los servicios, la dotación de recursos económicos, la utilización de instrumentos y tratamientos adecuados, así como medidas de formación profesional básica y continuada que garanticen la disponibilidad de recursos humanos competentes.

La articulación de una política sanitaria de estas características podría contribuir sensiblemente a disminuir la prevalencia del tabaquismo e incrementar las tasas anuales de ex–fumadores. Con ello se estaría con-

tribuyendo a reforzar los esfuerzos preventivos desarrollados desde las administraciones públicas de ámbito nacional, autonómico y local.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4thedition. Washington DC: APA, 1995.

Banegas Banegas JR; Díez Gañán L; Rodríguez-Artalejo F; González Enríquez J; Graciani Pérez-Regadera A; Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med. Clin (BCN)* 2001; 117(18): 692-694.

Barbero JA, Quintas A, Camacho J. Deshabituación tabáquica desde la farmacia comunitaria. *Atención Primaria* 2000; 10: 693-696.

Barrueco M, Torrecilla M, Maderuelo JA, Jiménez C, Hernández MA, Plaza MD. Valor predictivo de la abstinencia tabáquica a los 2 meses de tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 246-250.

Becoña E , García MP. Nicotine fading and smokeholding methods to smoking cessation. *Psychological Reports* 1993; 73: 779-786.

Becoña E , Gómez-Durán BJ. Programas de tratamiento en grupos de fumadores. En D. Macià, FX Méndez y J Olivares Eds. Intervención Psicológica: programas aplicados de tratamiento. Madrid: Pirámide, 1993.

Becoña Iglesias E, Vázquez González F. Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales. En: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Cap. 13. Barcelona: Glosa, 1998.

Brown RA, Larkin JC, Davis RL. Current concepts in the management of smoking cessation: a review. Am J Manage Care 2000; 6:394-404.

Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Mapa de recursos de tratamiento del tabaquismo en España. En línea: www.atenciontabaquismo.com

Cinciripini PM, McClure JB. Smoking cessation - recent developments in behavioural and pharmacologic interventions. Oncology 1998; 12:249.

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España. Barcelona: Glosa, 1998.

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Recomendaciones del I Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. En línea: http://www.cnpt.es

Córdoba R, Martín C, Casas R, Barbera C, Botaya M, Hernández A, Jané C. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Atención Primaria* 2000; 25 (1): 32-36.

De la Fuente JA, Font C, Gosalves V, Ballestin M. Programa de Ayuda al Fumador. Evaluación preliminar. *Aten Primaria* 1991; 8(5): 396-400.

Department of Health. Saving lives. Our healthier nation. London: Stationery Office, 2000.

Department of Health. Statistics on smoking cessation services in health authorities: England April 2000 to March 2001. London: DoH, 2001 (press release 2001/0342).

Evins AE, Mays VK, Rigotti NA, et al. A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioural therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicot Tob Res* 2001; 3: 397-403.

Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J. et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2000.

García-Algar, O., Pichini, S., Pacifici, R., y Castellanos E. Consejo médico para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios. *Aten Primaria* 2003; 32(8): 481 - 491

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 (6): 438-44.

González-Enríquez J, Salvador-Llivina T, López-Nicolás A., et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria* 2002. Artículo aceptado con fecha 10 abril 2002. *En prensa*.

Grandes G; Cortada JM; Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50(459): 803-807.

Granollers S, Pont A, Ubeda I. Idoneidad de una consulta de tabaquismo en atención primaria. *Aten Primaria* 1995 Oct 15; 16(6): 331-336.

Granollers S, Pont A, Úbeda I. Tabaquismo: resultados de una intervención de enfermería en atención primaria. *Enfermería Clínica* 1991; 1: 105-110.

Gratziou C, Francis K, Maragianni A, et al. Bupropion treatment and cognitive behavioral therapy in a smoking cessation program. *Eur Respir* J 2001; 18 (Suppl. 33): 12s.

Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

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 Psych* 1999; 174: 173-178.

Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA et al. Sustained release bupropion for pharmacological relapse prevention after smoking cessation. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2001; 135: 423-433.

Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, et al. Sustained-release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med*. 2001; 135: 423-433.

Head CA, Vessicchio JC, Sahady DM, et al. Bupropion versus placebo for smoking cessation in schizophrenia: Effects of atypical antipsychotic drugs. 7th *Annual Meeting* (SRNT) 2001; pg 54 (P0204).

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP et al. A comparison of sustained release Bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1997; 337: 1195-1202.

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(5): 744-752.

Jiménez CA, Ayesta J, Planchuelo MA et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab*.2001; 3(2): 78-85.

Jiménez CA, Barrueco M, Carrión F, Cordobilla R, Hernández I, Martínez E et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 433-436.

Jiménez CA, Cisneros C, Perelló O, Barrueco M, Hernández MA, Solano S. Tratamiento individualizado del tabaquismo. Resultados con chicles de 2 y 4 mg. de nicotina. *Arch Bronconeumol* 2000; 36(3): 129-132.

Jiménez CA, Florez S, Ramos A, Lorza JJ, Hernández-Mezquita MA, Solano S, Barrueco M. Tratamiento del tabaquismo con nebulizador nasal de nicotina. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1999; 35(11): 535-538.

Jiménez CA, Florez S, Ramos A, Ramos L, Solano S, Fornies E. Smoking cessation with a 16h nicotine patch: results in a group of hospital workers. *Eur Respir J* 1997; 10(3): 573-575.

Jiménez CA, González JM, Escudero C, Solano S, Pérez A, García S, Florez S. Resultados de un programa de cesación tabáquica en Neumólogos y Cirujanos de tórax. *Arch Bronconeumol* 1996; 32(3): 138-141.

Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 382-387.

Jiménez CA, Solano S, Florez S, Ramos A, Ramos L. Parche de nicotina. Resultados a corto plazo en un grupo de trabajadores hospitalarios. *Rev Clin Esp* 1994; 194(6): 477-479.

Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1999; 340: 685-691.

Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

Martín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993; 12: 86-90.

Martín C, Córdoba R, Jané C, Nebot M, Galan S, Aliaga M. Et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.

Mc Robbie H, Aaserud E, Lefrandt JD, et al. Zyban is an effective and well tolerated aid to smoking cessation in smokers with cardiovascular disease – An international study. *3rd Soc Res Nic Tob Eur Conf* 2001; pg 45.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa regional Europeo Salud para todos. Dirección General de Salud Pública. Madrid: MSC, 1999.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1987. Madrid: MSC; 1989.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1990. Madrid: MSC; 1992.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: MSC; 1995.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: MSC; 1999.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Madrid: MSC; 2001.
Monsó E, Rosell A, Pujol E, Ruíz J, Fabregat A, Morera J. Intervención mínima sobre el tabaquismo en la consulta neumológica extrahospitalaria. *Arch Bronconeumol* 1994; 30(1): 12-15.
Moragues I, Nebot M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (Programa "Quit and Win") para dejar de fumar. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13(6): 456-461.
Nebot M, Cabezas C, Oller M, Moreno F, Rodrigo J, Sarda T, Mestres J, Pitarch M. Consejo medico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin* 1990; 95(2): 57-61.
Nebot M, Solberg LI. Una intervención integral sobre el tabaquismo desde la atención primaria: el Proyecto de Ayuda a los Fumadores. *Aten Primaria* 1990; 7: 698-702.
NICE (National Institute for Clinical Excellence). Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002. (Technology Appraisal No. 39).
PAPPS. Evaluación de actividades 1999. http://www.papps.org/99/menu99.htm
Pardell H, Jané M, Sánchez Nicolay I, Villalbí JR, Saltó E, *et al.* Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Organización Médica Colegial. Madrid: Medicina stm Editores (Ars Medica). Barcelona, 2002.
Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Salleras L. Tabaco y profesionales de la salud en España. En: Libro Blanco del tabaquismo en España. Cap. 11. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Barcelona: Glosa, 1998.
Pérez L, Oriol P, Lou S. Variables relacionadas con la respuesta del fumador ante el consejo medico antitabaco. *Aten Primaria* 1994; 14: 578-579.
Pérez-Trullén A, Sánche L. Guías prácticas de deshabituación tabáquica: ¿análisis coste-efectividad?. *Arch Bronconeumol* 1999; 35 (Supl. 3): 89-94.
Peto R, Chen ZM, Boreham J. Tobacco: the growing epidemic. *Nature Medicine*. 1999; 5(1):15-17.
Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. Thorax 1998; 53: suplemento 1.
Roman P, Cristauro A, Munoz F. Intervención antitabaco en pacientes crónicos seguidos en consulta de enfermería. *Aten Primaria* 1996 Jul-Aug; 18(3): 123-126.

Rowland DL, Myers L, Culver A, Davidson JM. Bupropion and sexual function: A placebo-controlled prospective study on diabetic men with erectile dysfunction. *J Clin Psychoparmacol* 1997; 17: 350-357.

Royal College of Physicians. Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2000.

Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med* J 1979; 2: 231-235.

Salvador Llivina T, Marín Tuyà D, González Quintana J, Iniesta C, Muriana C, Castellví E, Agustí A. Tratamiento del tabaquismo: comparación entre una terapia de soporte y una terapia utilizando soporte, chicle de nicotina y refuerzo del comportamiento. *Medicina Clínica* (Barc). 1986; 87(10): 403-406.

Salvador Llivina T, Marín Tuyà D, González Quintana J, Iniesta C, Muriana C, Castellví E, Agustí A. Tratamiento del tabaquismo: eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego. *Medicina Clínica (Barc)* 1988; 90(16): 646-650.

Salvador Llivina T. El tratamiento del tabaquismo y su futuro. JANO 1983; 594: 72-78.

Sampablo I, Lores L, Coll F, Rebas P. Asociación de bupropión y parches de nicotina como terapia para dejar de fumar. *Arch Bronconeumol* 2000; 36(7): 377-80.

Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003.

Segraves RT, Kavoussi R, Hughes AR, Batey SR, Johnston JA, Donahue R et al. Evaluation of sexual functioning in depressed outpatients: a double-blind comparison of sustained-release bupropion and sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 122-128.

Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

Skaar KL, Tsoh JY, McClure JB, Cinciripini PM, Friedman K, Wetter DW, et al. Smoking cessation: 1. An overview of research. Behavioural Med 1997; 23:5-13.

Solberg LI, Gepner GJ, Maxwell PL, Kottke TE, Brekke ML. A systematic primary care office-based smoking cessation program. *J Fam Pract* 1990; 30: 647-654.

Sowden A, Arblaster L, Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003

Sowden A, Arblaster L. Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

Stead LF, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.
Tashkin DP, 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: 1571-75.
Toral J, Ortega F, Cejudo P, Gualberto MR, Montemayor T. Eficacia de un programa de deshabituación al tabaco con tratamiento sustitutivo combinado de nicotina (parches más chicles) a los seis meses de seguimiento. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 281-284.
Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA., Plaza MD, Hernández MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria* 2001; 9: 629-636.
U.S. Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta :USDHHS, 2000.
U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General. Washington DC: Government Printing Office, 1988.
Usseher MH, West R, Taylor AH, McEvwen A. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Collaboration. *Cochrane Library*. Issue 3. Oxford: Update Software, 2000.
West, R, McNeill, A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999.
White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

Correspondencia:
Teresa Salvador Llivina
Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud
Carretera de Húmera, 60
28224 Pozuelo de Alarcón- Madrid
teresa.s.ll-ceps@jet.es