

# MANUAL-FÁCIL DE ABORDAJE DEL TABAQUISMO CON COMORBILIDAD

## **Autores:**

Alberto Calderón Montero  
Vivencio Barrios Alonso  
Lisardo García Matarín  
Rafael Carlos Ortega

Editado y revisado por  
Mediación Científica S.L.



C/ Valgrande, 8, Planta 2, 28108 Alcobendas, Madrid.

Título original:  
Manual-Fácil de abordaje del tabaquismo con comorbilidad.

© 2025, Alberto Calderón Montero, Vivencio Barrios Alonso, Lisardo  
García Matarín, Rafael Carlos Ortega.

ISBN: 978-84-09-78253-6

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

Fecha de elaboración: Octubre 2025

# PRESENTACIÓN

Estimados compañeros:

El tabaquismo es el principal factor modificable de enfermedad y mortalidad en el mundo desarrollado. Forma parte de la etiopatogenia de las cuatro principales causas de mortalidad como son la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Como consecuencia, el tabaco interviene de forma simultánea en diferentes patologías con una elevada morbilidad, mortalidad y un elevado coste socio sanitario.

La intervención sobre el hábito tabáquico es por lo tanto una estrategia prioritaria de todos los sistemas de salud y de las administraciones públicas. Existen múltiples estrategias para el abordaje del paciente fumador, así como para la prevención del hábito tabáquico y del fumador pasivo.

Como se ha comentado previamente, el tabaquismo está presente en diferentes patologías relevantes como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los trastornos de salud mental. En todas estas situaciones, la intervención es prioritaria y en muchas ocasiones requiere de estrategias y tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos específicos que en ocasiones pueden diferir de las intervenciones estándar.

Por ese motivo, creemos importante el desarrollo de este manual enfocado al paciente fumador con comorbilidad, con el fin de poder actualizar y establecer criterios y estrategias que favorezcan la toma de decisiones en la práctica clínica desde un punto de vista científico, riguroso y práctico.

Esperando que sea de su interés y aprovechamiento,  
Reciban un cordial saludo,

Los autores

# ÍNDICE

1

**Relación tabaco, enfermedad cardiovascular, patología respiratoria y cáncer**

2

**Toxicidad del tabaco**

3

**Tratamiento no farmacológico del tabaquismo**

4

**Tratamiento farmacológico del tabaquismo**

Monoterapia

Terapia combinada

Tratamiento en circunstancias especiales

5

**Otras alternativas**

Cigarrillo electrónico

Tabaco calentado

6

**Algoritmos de tratamiento del tabaquismo**

Recomendaciones de las guías

Algoritmos en circunstancias específicas:  
cardiovascular, oncológico, salud mental, paciente resistente, paciente negacionista

7

**Anexos**

# Acrónimos y siglas:

- **ACC** → American College of Cardiology
- **AECC** → Asociación Española Contra el Cáncer
- **BMJ** → British Medical Journal
- **CDC** → Centers for Disease Control and Prevention
- **CE** → Cigarrillos electrónicos
- **CI** → Confidence Interval (Intervalo de confianza)
- **COPD /EPOC** → Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
- **ECV** → Enfermedad cardiovascular
- **FDA** → Food and Drug Administration
- **GI** → Gastrointestinal
- **HAP** → Hidrocarburos aromáticos policíclicos
- **IC** → Intervalo de confianza
- **IFN- $\gamma$**  → Interferón gamma
- **IL** → Interleucina
- **IMAO** → Inhibidor de la monoaminoxidasa
- **ISRS** → Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
- **MAO-B** → Monoamino oxidasa tipo B
- **MACE** → Major Adverse Cardiovascular Events (Eventos cardiovasculares mayores adversos)
- **MRTP** → Modified Risk Tobacco Product (Producto de riesgo modificado del tabaco)
- **NCCN** → National Comprehensive Cancer Network
- **ND** → No disponible
- **NHS** → National Health Service (Reino Unido)
- **NCT** → Tratamiento sustitutivo con nicotina
- **NP / NPs** → Nicotine pouch / Nicotine pouches (bolsas de nicotina)
- **NR** → No reportado
- **NRT** → Nicotine Replacement Therapy (Terapia sustitutiva de nicotina)
- **OMS** → Organización Mundial de la Salud
- **OR** → Odds Ratio
- **PN** → Productos con nicotina
- **PTC** → Productos del tabaco calentado
- **QT** → Intervalo QT (electrocardiograma)
- **RR** → Relative Risk (Riesgo relativo)
- **SAMFyc** → Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
- **SEOM** → Sociedad Española de Oncología Médica
- **SNS** → Sistema Nacional de Salud
- **TC** → Tabaco convencional
- **TCI** → Tratamiento cognitivo conductivo intensivo
- **TGF- $\beta$**  → Factor de crecimiento transformante beta
- **TNF- $\alpha$**  → Factor de necrosis tumoral alfa
- **TSN** → Terapia sustitutiva de nicotina
- **UE** → Unión Europea
- **VEGF** → Factor de crecimiento endotelial vascular
- **WHO** → World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

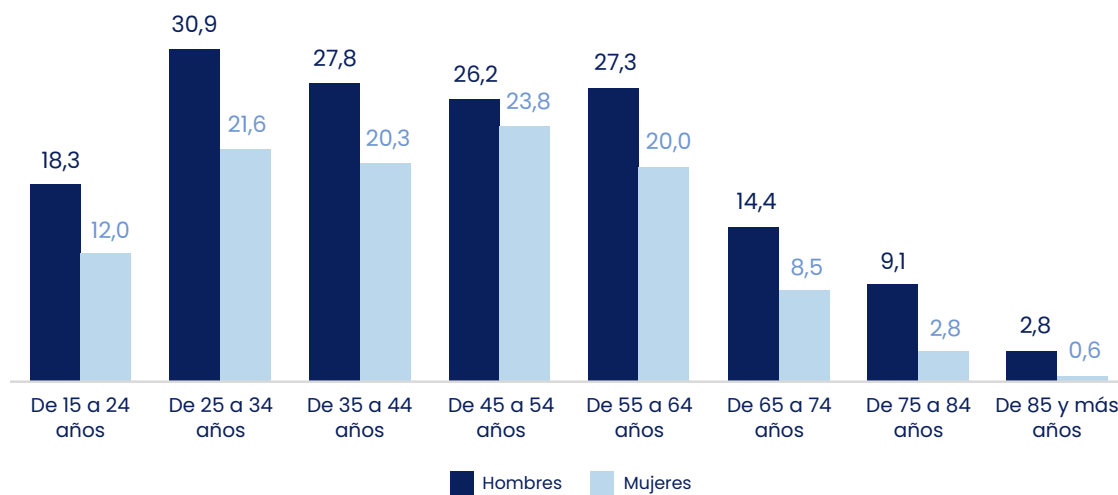
## 1

## Relación tabaco, enfermedad cardiovascular, patología respiratoria y cáncer

### La prevalencia de tabaquismo sigue siendo elevada en España

El porcentaje de fumadores diarios alcanza un máximo en el grupo de edad de 25-34 años en los hombres (30,9%) y en el de 45-54 años en las mujeres (23,8%)

#### Prevalencia de tabaquismo por rangos de edad en España



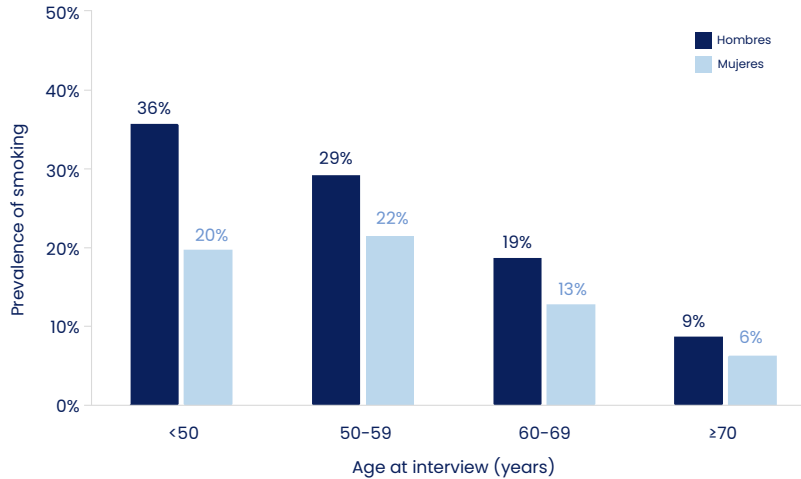
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS.

Encuesta Europea de Salud en España. INE-MSCBS Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout)

## Tabaquismo y enfermedad cardiovascular

### Hasta un 36% de pacientes con un evento cardiovascular continúan fumando

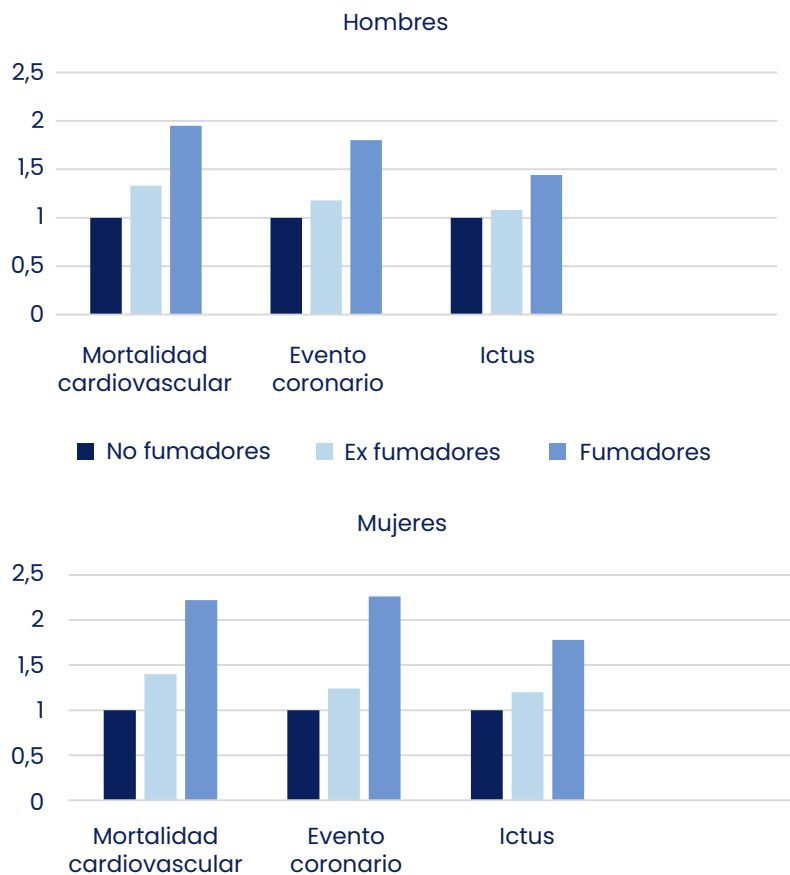
Prevalencia de tabaquismo por género y edad en población con un evento cardiovascular



Kotseva K, et al. ESC-EORP EUROASPIRE V registry. Eur J Prev Cardiol. 2019 May;26(8):824-835. doi: 10.1177/2047487318825350. Epub 2019 Feb 10. PMID: 30739508.

### El tabaco duplica el riesgo de MACE, especialmente en las mujeres

Riesgo relativo de eventos cardiovasculares según el hábito tabáquico (RR no fumador = 1)

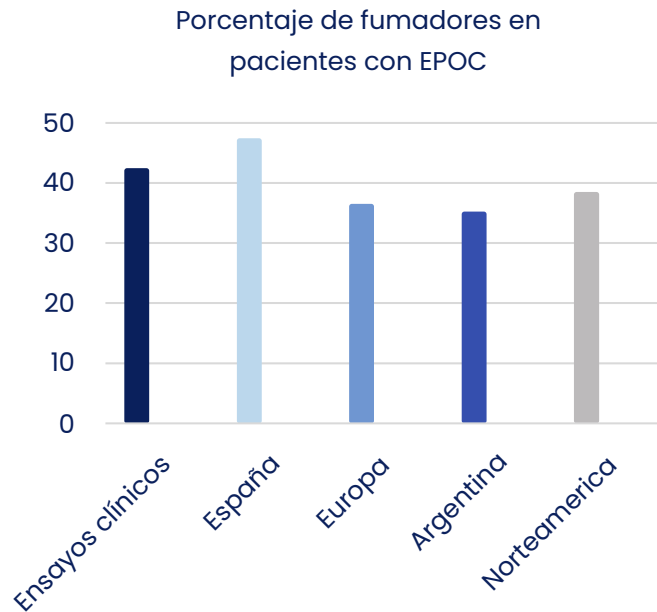


Creado a partir de Mons U et al BMJ. 2015 Apr 20;350:h1551. doi: 10.1136/bmj.h1551. PMID: 25896935; PMCID: PMC4413837.

## El tabaquismo en la enfermedad respiratoria (EPOC)

**Aproximadamente un 40% de los pacientes diagnosticados de EPOC continúan fumando diariamente**

Prevalencia de tabaquismo por género y edad en población con un evento cardiovascular



Características específicas de los fumadores con EPOC en comparación a los fumadores sin EPOC:

- Mayor consumo de cigarrillos
- Mayor dependencia a la nicotina
- Mayor frecuencia de asociación con depresión
- Mayor volumen de inhalación y mayor toxicidad pulmonar
- Menor motivación para abandonar el tabaco
- Mayor frecuencia de fracasos en la deshabitación tabáquica
- Ganancia de peso con la deshabitación

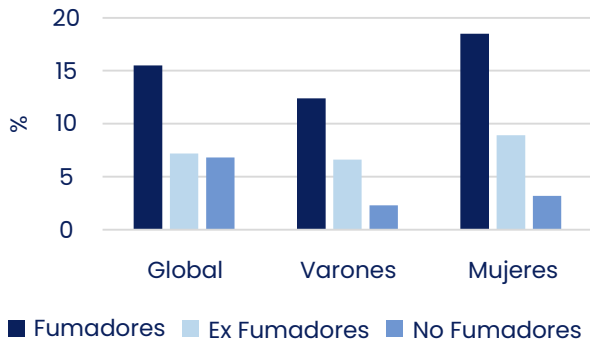
En la población de 30–50 años con EPOC, sólo el 18% recurren a la medicación (NCT o vareniclina) para dejar de fumar.

El sexo masculino, estar desempleado y recibir prestaciones sociales fueron factores asociados con una mayor probabilidad de fracaso.

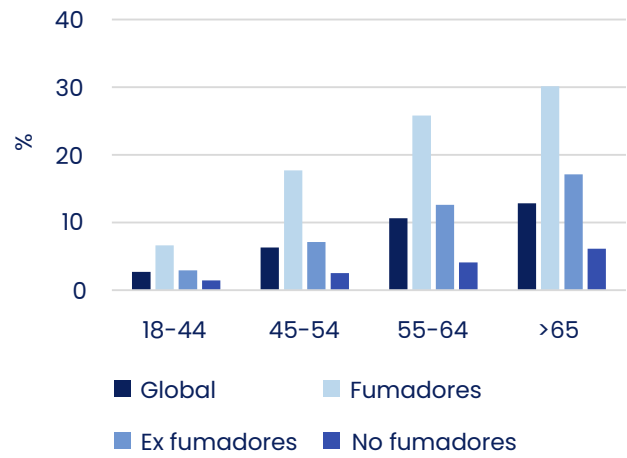
Andelius DK et al. NPJ Prim Care Respir Med. 2022 Oct 8;32(1):39. doi: 10.1038/s41533-022-00301-y. PMID: 36209208; PMCID: PMC9547921.



Prevalencia de EPOC por hábito tabáquico y género



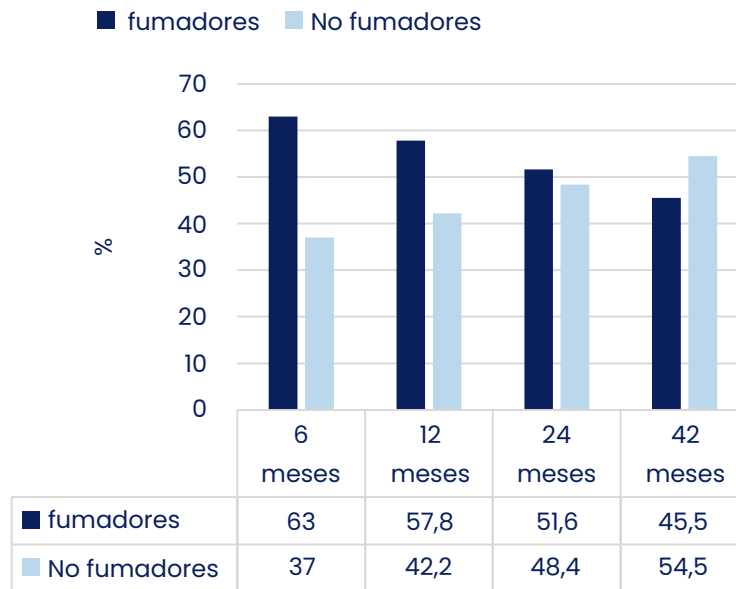
Prevalencia de EPOC por hábito tabáquico y edad



Creado a partir de Wheaton AG et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019;68:533-538. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6824a1>.

## Tabaquismo en el paciente oncológico

Hasta un 45% de los pacientes diagnosticados de cáncer primario continúan fumando a los 42 meses



Creado a partir de Paul CL et al J Cancer Surviv. 2019 Oct;13(5):687-694

- **La suspensión del tabaco 12 meses antes o alrededor del diagnóstico mejora un 19% la supervivencia del cáncer de pulmón.**
- **El tabaquismo empeora la supervivencia en los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia, radioterapia o cirugía en comparación con los no fumadores y exfumadores.**

## Tabaquismo y enfermedad mental

	Prevalencia	Dependencia nicotínica	Comentarios
Pacientes psicóticos	74%	moderada/severa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los esquizofrénicos que fuman presentan más síntomas positivos (delirios y alucinaciones), pero menos síntomas negativos (anhedonia, alogia, falta de motivación, habilidades sociales)</li> <li>• El consumo de tabaco afecta a la farmacocinética de varios antipsicóticos,</li> <li>• Tras la cesación tabáquica, conviene ajustar la dosis de algún fármaco para evitar la aparición de efectos adversos derivados de la presencia de mayores niveles plasmáticos</li> </ul>
Trastorno depresivo	50%	severa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El consumo de tabaco aumenta durante la fase sintomática del trastorno depresivo</li> <li>• La nicotina tiene un efecto antidepresivo con lo que su privación potencia los síntomas depresivos.</li> <li>• Durante la fase activa, hay menos intentos de cesación y se obtienen menores tasas de éxito</li> <li>• El cese del tabaquismo aumenta el riesgo de padecer un episodio depresivo por lo que debe hacerse seguimiento intenso</li> </ul>
Trastorno bipolar	70%	severa	* Especial dificultad para la cesación tabáquica
Ansiedad	60%	moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El uso crónico de nicotina es ansiogénico, aunque pueda percibirse como ansiolítico</li> <li>• El consumo severo de tabaco en adolescentes se asocia a un riesgo elevado de ansiedad</li> </ul>
Abuso de sustancias	90% (junto alcohol) 70% (cocaína)	severa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La combinación de alcohol y tabaco multiplica el riesgo de enfermedad</li> <li>• La adicción al tabaco empeora el pronóstico del tratamiento del alcoholismo y viceversa</li> </ul>

## 2

## TOXICIDAD DEL TABACO

Componente químico del tabaco	Características e impacto en la salud humana
Amoníaco	Un gas incoloro que puede ser dañino cuando se inhala en altas concentraciones. Aunque la cantidad de amoníaco producida por la combustión del tabaco es relativamente pequeña en comparación con otros productos químicos nocivos, todavía contribuye a la toxicidad general del humo del tabaco
Monóxido de carbono	Gas venenoso producido por la combustión del tabaco. Reduce la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre, lo que provoca daños multiorgánicos y diversos riesgos para la salud
Formaldehído	Un gas incoloro que se libera cuando se quema tabaco. Es un carcinógeno reconocido, relacionado con un mayor riesgo de cáncer de pulmón, entre otros problemas de salud
Metales pesados	La combustión del tabaco libera metales pesados tóxicos como el plomo, el arsénico y el cadmio. Estos metales pueden causar una variedad de problemas de salud, incluidos cáncer y enfermedades cardíacas
Nicotina	Un químico altamente adictivo que se encuentra en el tabaco. Puede elevar la presión arterial, aumentar la frecuencia cardíaca y contribuir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares
Hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP)	Se trata de un grupo de sustancias químicas que se forman cuando se quema el tabaco. Los HAP son potentes carcinógenos y se asocian con un mayor riesgo de cáncer de pulmón, vejiga y piel
Elementos radiactivos	El tabaco contiene elementos radiactivos como el polonio-210 y el plomo-210. Estos elementos pueden dañar el ADN y aumentar el riesgo de cáncer
Alquitrán	Sustancia marrón pegajosa que se libera en los pulmones y las vías respiratorias después de fumar tabaco. Causa problemas respiratorios y contiene varias sustancias químicas cancerígenas

## Comparación entre diferentes tipos de uso de tabaco

**Tabla comparativa entre diferentes tipos de tabaquismo con respecto a no fumadores**

Sustancia	Tabaco convencional	Cigarrillos electrónicos	Tabaco calentado
<b>Estrés oxidativo</b>			
Ácido úrico	Variable	Aumento	ND
Super-óxido dismutasa	Disminución suero	ND	Disminución saliva
Glutación peroxidasa	Variable	ND	Disminución saliva
<b>Factores de crecimiento</b>			
TGF- $\beta$	Aumento	Aumento	ND
VEGF	Variable	Disminución	ND
<b>Citoquinas antiinflamatorias</b>			
IL-4	Neutro	Neutro	ND
IL-10	Variable	Aumento	Neutro o aumento
IL-13	Aumento	Neutro o aumento	Neutro o aumento
<b>Citoquinas proinflamatorias</b>			
TNF- $\alpha$	Aumento	Aumento	Neutro
IL-1 $\beta$	Variable	Aumento	Neutro
IL-6	Aumento o neutro	Aumento	Aumento
IFN- $\gamma$	Aumento	Neutro	Neutro

ND: no disponible.

Tabla elaborada a partir de : Śniadach J et al. Int J Mol Sci. 2025 Feb 20;26(5):1796. doi: 10.3390/ijms26051796. PMID: 40076424; PMCID: PMC11898610.

## 3

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

Tipo de intervención	Comentarios
Intervención básica <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejo profesional (médico, enfermera)</li> <li>- Entrevista motivacional</li> <li>- Folletos informativos, material de autoayuda</li> <li>- Manuales</li> <li>- Videos</li> </ul>	Debe implementarse en la mayoría de las situaciones Es coste eficiente Debe ser rápida y breve Eficacia entre 5-10% en el abandono del tabaco Es aconsejable acompañarla de material complementario Cuando es intensiva aumenta su eficacia
Tratamientos psicológicos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia cognitivo conductual</li> <li>- Terapias aversivas</li> <li>- Programas multicomponentes</li> </ul>	Más eficaces en pacientes motivados y cuando han fallado otros tratamientos La terapia cognitivo conductual es preferible a la aversiva con una tasa de cese del 20-25% Siempre que se pueda, combinar estrategias y técnicas
Estrategias basadas en tecnología <ul style="list-style-type: none"> <li>- Telefónicas</li> <li>- Internet: e-salud</li> <li>- Aplicaciones para portátiles (App): m-salud</li> <li>- Inteligencia artificial</li> </ul>	Accesibilidad, retroalimentación, interactividad Seguimiento longitudinal Técnicas de refuerzo Gran futuro de desarrollo
Programas legislativos y comunitarios	
Otras técnicas con menor/baja evidencia <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipnosis</li> <li>- Acupuntura</li> <li>- Deprivación sensorial</li> <li>- Ejercicio físico</li> </ul>	Aunque se han utilizado, no existe evidencia concluyente sobre sus beneficios y tasas de éxito

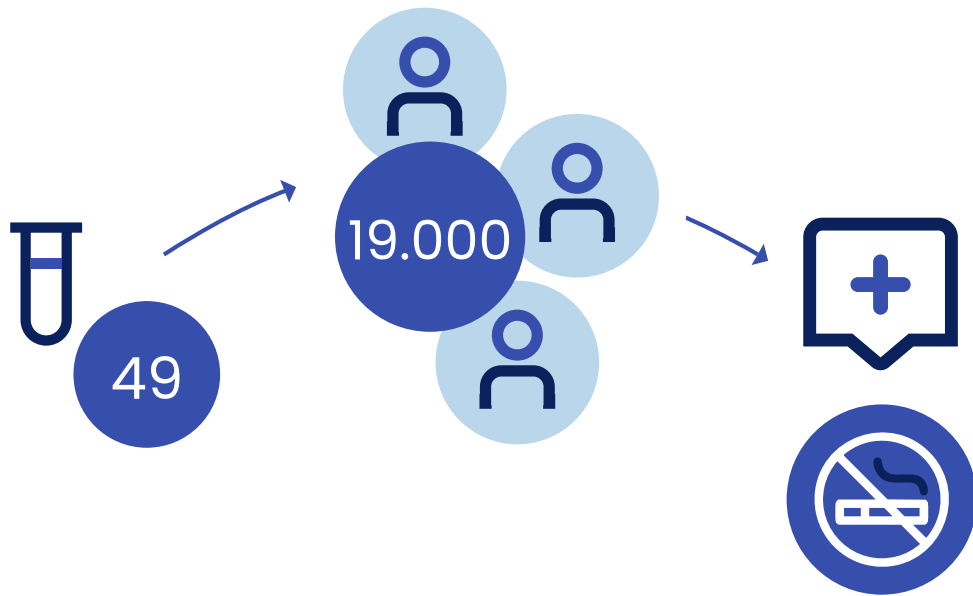
Tomada de Calderón-Montero A et al. GSC Advanced Research and Reviews, 2024, 21(01), 371-384. DOI: 10.30574/gscarr.2024.21.1.0369

## 4

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

Fármaco	Formulación y pauta	Mecanismo de acción	Efectos adversos principales	Eficacia (OR, IC 95%) y evidencia	Precauciones
Nicotina (TSN)	Parches (21→14→7 mg o 14→7 mg según consumo), chicles/comprimidos (2-4 mg, 8-12 uds/día o 1 c/1-2 h, máx. 20/día), aerosol nasal (0,5-1 mg c/1-2 h).	Estimula receptores nicotínicos de acetilcolina, reduciéndolos progresivamente.	Reacciones cutáneas, náuseas, trastornos del sueño, irritación oral, molestias GI.	Monoterapia: OR 2,02 (1,52-1,77), evidencia A. Combinada: OR 1,25 (1,15-1,36), evidencia B.	Control de dosis; precaución en cardiopatía reciente, adolescentes, embarazadas.
Bupropión	Comprimidos: 150 mg/día 4 días, luego 150 mg/12 h (3-6 meses).	Inhibe recaptación de dopamina y noradrenalina.	Insomnio, agitación, sequedad bucal, cefalea.	OR 1,43 (1,26-1,62), evidencia A. Con vareniclina o TSN: OR 1,35 (1,12-1,64), evidencia B.	Contraindicado en epilepsia, alcoholismo; precaución en embarazo y hepatopatía.
Vareniclina	Comprimidos: 0,5 mg/día 3 días → 0,5 mg/12 h 3 días → 1 mg/12 h (3-6 meses).	Agonista parcial receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ .	Náuseas, insomnio, cefalea, riesgo en antecedentes psiquiátricos.	OR 2,33 (2,02-2,68), evidencia A. Con bupropión: OR 6,08 (3,47-10,66); con TSN: OR 5,75 (2,77-14,88), evidencia B.	Tomar con agua/alimentos; precaución en adolescentes y embarazadas.
Citisinga	Comprimidos 1,5 mg: 6/día reduciendo a 1/día en 25 días.	Agonista parcial receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ .	Náuseas, vómitos, insomnio, pesadillas.	OR 2,21 (1,66-2,97), evidencia A.	No fumar durante tratamiento para evitar toxicidad por nicotina.
Nortriptilina	Comprimidos: 150 mg/día 7 días → 300 mg/día 2 semanas.	Inhibe recaptación de noradrenalina y serotonina.	Sequedad bucal, sedación, estreñimiento, visión borrosa, glaucoma.	OR 1,35 (1,02-1,81), evidencia B. Con TSN: OR 2,33 (1,21-4,47).	Evidencia limitada.
Selegilina	Comprimidos 1 mg/12 h.	Inhibidor MAO-B.	Mareos, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, insomnio.	OR 1,16 (0,63-2,12); con TSN: OR 5,67 (1,15-28,00), evidencia B.	—
Fluoxetina	Comprimidos: 20 mg/día, hasta 40 mg (2-3 semanas).	ISRS.	Náuseas, insomnio, disfunción sexual, temblores.	OR 0,67 (0,20-2,18); con TSN sin beneficio. Evidencia C.	Uso basado en datos limitados.

**El asesoramiento intensivo/terapia cognitivo-conductista combinado con fármacos es la estrategia más efectiva para el abandono del tabaco**



Una revisión Cochrane, que incluyó 49 ensayos con unos 19.000 participantes, concluyó que la intervención conductual individual cara a cara realizada por profesionales de la salud aumenta de forma significativa las tasas de abandono del tabaco frente a la atención mínima, con o sin apoyo farmacológico.



## Eficacia de los diferentes tratamientos farmacológicos

Fármaco	Porcentaje de abstinencia	OR (IC 95%)
Vareniclina 2 mg	33.2	3.1 (2.5-3.8)
NRT spray	22.7	2.3 (1.7-3.7)
NRT parches (>25 mg/día)	26.5	2.3 (1.7-3.0)
NRT chicles (>14 semanas)	25.1	2.2 (1.5-3.2)
Citisina	23.1	2.2 (1.7-3.0)
Vareniclina 1 mg	25.4	2.1 (1.5-3.0)
NRT inhalador bucal	24.8	2.1 (1.5-2.9)
Clonidina	25	2.1 (1.2-3.7)
Bupropión	24.2	2.0 (1.8-2.2)
Nortriptilina	22.5	1.8 (1.3-2.6)
NRT chicles (6-14 semanas)	23.4	1.9 (1.2-2.7)

Fiore M et al. Treating tobacco use and dependence; 2008 guideline. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel.;Centers for Disease Control and Prevention (U.S.);  
URL : <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6964>.

Livingstone-Banks, J., et al. (2023). Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar. Cochrane Database of Systematic Reviews,

## Diferentes estrategias de los sistemas nacionales de salud para el cese del tabaco

País	Objetivo UE 2040 <sup>1</sup>	Estrategia	Variación fumadores última década	Porcentaje actual de fumadores por tipo de producto (%)				Impacto en salud			
				TC	PN	CE / PTC	Ca. pulmón	Mortalidad Ca. pulmón	ECV	Tumores	
España	< 5	Legislación restrictiva con objetivo supresión de todo tipo de producto del tabaco	2014-2022 23% - 17%  <b>(- 25%)</b>	17	ND *	2 / 1	65/ 100.000	46.3/ 100.000	Reducción del 21% de la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica relacionada con el tabaco (1990-2013)	541/ 100.000	
Suecia	< 5	Legislación mixta con objetivo principal la reducción del daño	2012 - 2023 15% - 5.6%  <b>(- 62%)</b>	5.6	22 (V) 10 (M)	ND**	17.7/ 100.000	291/ 100.000	Reducción estimada del 20-25% en 10 años relacionada con abandono del tabaco	700 /100.000	
Inglaterra (Reino Unido)	< 5	Legislación restrictiva con componentes mixtos	2015 - 2022 18% - 12%  <b>(- 33%)</b>	12	ND***	10 / 8.3	50/ 100.000	24.7/ 100.000  Reducción del 9% en la última década	Reducción estimada del 25-27% en la mortalidad por cardiopatía isquémica en los ex fumadores	400/ 100.000	
Nueva Zelanda	<5 (2025)	Legislación abierta para el uso de alternativas del tabaco (CE/PTC)	2012-2023 16.4 - 6.8  <b>(- 41%)</b>	6.8	ND	0.9 - 9.7 Vapeo 2016-2023	42.4/ 100.000	21.6/ 100.000		365/ 100.000	

TC = tabaco convenciona. PN = productos con nicotina. CE = cigarrillo electrónico. PTC = productos del tabaco calentado. ECV = Enfermedades cardiovasculares relacionadas con el tabaco. UE = Unión Europea. V = Varones. M = Mujeres.

Datos no disponibles. Snus no permitido. \*\* Datos no disponibles aunque los CE y los PTC forman parte de la estrategia del SNS sueco. \*\*\* Datos no disponibles. Snus no permitido. Bolsas de nicotina permitidas

<sup>1</sup> El objetivo de la UE es un porcentaje de fumadores inferior al 5% para 2040

**Fuente de datos:** España: INE (Encuesta Europea de Salud), Observatorio del Cáncer (AECC), GECP, Ministerio de Sanidad, Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) / Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) , Observatorio del Cáncer (AECC).

Suecia :Statistics Sweden y la Agencia de Salud Pública Sueca, WHO International Agency for Research on Cancer, World Life Expectancy, "A EXPERIENCIA SUECA - Smoke Free Sweden 2024".

Inglaterra (Reino Unido): ASH (Action on Smoking and Health) y el Servicio Nacional de Salud (NHS) , World Life Expectancy (datos OMS 2020), Cancer Research UK.

Nueva Zelanda: New Zealand Ministry of Health Annual , ASH Year 10 Snapshot Survey (ASH) Action for Smokefree 2025 (ASH)

## Tratamiento del tabaquismo en la enfermedad cardiovascular

Fármacos		ECV estable	ECV aguda	Comentarios
Primera línea	Monoterapia	Vareniclina NCT en combinación	<b>Durante el ingreso</b> Parches de NCT NCT en combinación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En global, vareniclina es segura en pacientes con ECV.</li> <li>• En pacientes con ECV aguda, vareniclina puede utilizarse con precaución porque la evidencia disponible no es concluyente</li> <li>• No hay evidencia de efectos neuropsiquiátricos con vareniclina</li> <li>• Eficacia similar entre vareniclina y NCT en combinación</li> <li>• La combinación de vareniclina y parches de NCT puede ser una opción ante la falta de respuesta a cualquiera de ellos por separado</li> <li>• No existen estudios específicos de NCT en combinación en la fase aguda, aunque se presupone que no tiene efectos cardiovasculares perjudiciales</li> </ul>
	Combinación	Vareniclina + NCT (alternativa)	<b>Al alta</b> Vareniclina NCT en combinación	
Segunda línea		NCT monoterapia	Parches de NCT para aliviar los síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bupropión no aumenta el riesgo cardiovascular en ECV estable</li> <li>• Potencial efecto taquicardizante y arrítmico de la NCT por efecto simpaticomimético</li> <li>• Similar eficacia entre los diferentes tipos de NCT; preferencia del paciente</li> <li>• Preferible NCT en parches por su mayor adherencia</li> </ul>
		Bupropión	Sin evidencias de eficacia	
		Bupropión + NCT parches	Sin evidencias de eficacia	
Tercera línea		Nortriptilina Clonidina Citisina	Pocas evidencias Citisina contraindicado en enfermedad cardiovascular aguda y arritmias graves.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nortriptilina se asocia a prolongación del QT</li> <li>• Clonidina utilizada fundamentalmente en el este de Europa</li> <li>• Pocas evidencias con citisina en ECV establecida</li> </ul>

Fármacos		ECV estable	ECV aguda	Comentarios
Otras opciones no farmacológicas	Cigarrillos electrónicos  PTC	Sin evidencias tanto en la enfermedad cardiovascular estable como aguda		<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay datos sobre la seguridad cardiovascular a largo plazo de los cigarrillos electrónicos (CE) y los PTC</li> <li>• Los CE tienen menos productos carcinogénicos que el tabaco convencional</li> <li>• Los CE pueden ser una alternativa en pacientes que se niegan a dejar de fumar</li> <li>• Los CE siempre deben utilizarse como sustituto total del tabaco y no como uso dual</li> <li>• No hay evidencias de que los PTC mejoren el riesgo cardiovascular</li> </ul>

NCT: Tratamiento sustitutivo con nicotina. ECV enfermedad cardiovascular. PTC: productos del tabaco calentado  
 Barua RS et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. JACC. 2018 Dec, 72 (25) 3332–3365

## Estrategia del *American College of Cardiology* para el abordaje de los pacientes con enfermedad cardiovascular que no quieren dejar de fumar



## Tratamiento farmacológico del tabaquismo en la EPOC

		Indicaciones	Porcentaje de deshabituación continua	
			6 meses	12 meses
Preferente	Farmacoterapia + TCI	La combinación de fármacos con terapia intensiva conductiva y asesoramiento es la opción que ha demostrado mayor eficacia	NR	12,3
	Vareniclina + TCI		61	NR
	Parches NCT + TCI		44	NR
	Bupropion + TCI		55	NR
Alternativas	Vareniclina NCT Citisina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor eficacia a 12 meses de vareniclina o combinación de NCT o NCT a altas dosis en comparación con bupropión</li> <li>• Evidencia aún insuficiente de citisina en EPOC</li> </ul>		
	Bupropión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia controvertida</li> <li>• Cierta eficacia a 6 meses</li> <li>• Preferentemente fármaco de segunda línea</li> </ul>		
Pacientes complejos*	Vareniclina + NCT parches Vareniclina + bupropión Prolongar vareniclina 24.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficacia no plenamente contrastada</li> <li>• Efectivo a 6 meses, no a 12 meses</li> <li>• En casos de fracasos repetidos</li> </ul>		

\* Pacientes con múltiples recaídas o con dificultad para el cese del tabaco o con gran dependencia a nicotina. NR. No reportado. TCI tratamiento cognitivo conductivo intensivo. NCT: Tratamiento sustitutivo con nicotina

Rábade-Castedo C et al. Arch Bronconeumol. 2023 Oct;59(10):651-661. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2023.07.024. Epub 2023 Jul 28. PMID: 37567792. C.A. Jiménez-Ruiz et al. Eur Respir J, 46 (2015), pp. 61-79, 10.1183/09031936.00092614

## Tratamiento del tabaquismo en la enfermedad oncológica



La evidencia sobre la eficacia de los distintos fármacos en el tratamiento del abandono del tabaco en los pacientes con cáncer es escasa y heterogénea. No existen recomendaciones específicas para utilizar una intervención o un tratamiento farmacológico específico.



Un estudio con vareniclina demostró una abstinencia a los tres meses del 40.2% en pacientes con diagnóstico de cancer con un nivel de efectos adversos similar a la población sin cancer lo que permite recomendarla como tratamiento farmacológico en pacientes oncológicos.

Price S et al. The use of varenicline to treat nicotine dependence among patients with cancer. *Psychooncology*. 2017 Oct;26(10):1526-1534. doi: 10.1002/pon.4166. Epub 2016 May 24. PMID: 27218657; PMCID: PMC5127776.



Bupropión en sus diferentes formulaciones puede alcanzar entre un 26% y un 34% de abstinencia a los tres meses en los pacientes con cáncer. La adición de tratamiento sustitutivo con nicotina no mejora la abstinencia.

Robinson JD, et al. *Am J Addict*. 2022 May;31(3):236-241. doi: 10.1111/ajad.13282. Epub 2022 Mar 28. PMID: 35347796; PMCID: PMC9117427.



No existe evidencia de ensayos clínicos randomizados en los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón que determine que intervención conductual, farmacológica o combinada es más eficaz en la suspensión del tabaco.

Zeng L et al. Interventions for smoking cessation in people diagnosed with lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 7;6(6):CD011751. doi: 10.1002/14651858.CD011751.pub3. PMID: 31173336; PMCID: PMC6554694.

- Aproximadamente un 69% de los pacientes con diagnóstico de cancer expresan el deseo de abandonar el tabaco.
- Sin embargo, son escasos los departamentos específicos dirigidos al cese del tabaco en las unidades y servicios de oncología.
- El asesoramiento continuo, las terapias cognitive conductivas y los fármacos preferiblemente en forma combinada deben ofrecerse continuamente durante todo el proceso de diagnóstico y tratamiento

Frazer K et al. Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Smokers Diagnosed with Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 18;19(24):17010. doi: 10.3390/ijerph192417010. PMID: 36554894; PMCID: PMC9779002.

La tasa de recaídas en los pacientes diagnosticados de cáncer alcanza el 44% (rango 5-57%) siendo más frecuente en los jóvenes.

No existe evidencia sobre qué estrategia tiene más recaídas ni cuál es la más eficaz en los pacientes con cáncer

Feuer Z et al. Systematic review of smoking relapse rates among cancer survivors who quit at the time of cancer diagnosis. *Cancer Epidemiol*. 2022 Oct;80:102237. doi: 10.1016/j.canep.2022.102237. Epub 2022 Aug 18. PMID: 35988307; PMCID: PMC10363369

**La terapia combinada (fármacos/asesoramiento motivacional) y/o la terapia cognitivo-conductual parecen ser las más eficaces para el cese continuo del tabaco.**

## NCCN Guías de Práctica Clínica

En esta actualización de las guías sobre cesación tabáquica del National Cancer Comprehensive Network (NCCN) se recoge que:



**Los productos con nicotina varían en su nivel de daño, siendo los cigarrillos combustibles los más perjudiciales y los productos no combustibles** (como los cigarrillos electrónicos, productos de tabaco calentado, snus o bolsitas de nicotina) **menos dañinos**. Aunque hay evidencia creciente de que los cigarrillos electrónicos pueden ser útiles para dejar de fumar, también son adictivos y contienen sustancias nocivas.



Algunos productos han sido designados como **Productos de Riesgo Modificado** (MRTPs) por el Centro de Productos de Tabaco de la FDA, si bien esto no equivale a una aprobación como tratamiento para dejar de fumar.



**El paso completo del cigarrillo a un MRTP podría reducir el riesgo de cáncer y otras enfermedades relacionadas con el tabaco**, aunque sus efectos a largo plazo aún se desconocen. Se debe desalentar el uso combinado de cigarrillos y productos alternativos, ya que podría ser más perjudicial que fumar solo cigarrillos.



## Tratamiento farmacológico del tabaquismo en patología mental

Fármaco	Indicaciones	Nivel de evidencia
Vareniclina	Efectiva en todos los trastornos de salud mental De primera línea en esquizofrenia Eficaz en depresión a largo plazo	Moderada
NCT	Efectiva en todos los trastornos de salud mental Similar efectividad a vareniclina en esquizofrenia Eficaz en depresión a corto plazo En depresión, tratamiento más prolongados	Moderada
Bupropión	Puede ser útil en trastornos psicóticos; presenta la ventaja de que mejora alguna sintomatología negativa, aunque puede interactuar con psicofármacos Puede usarse en depresión aunque está contraindicado en pacientes con depresión bipolar, depresión psicótica o que estén usando IMAO	Baja/ moderada
Citisina	Poca evidencia clínica en trastornos mentales	
Vareniclina + Bupropión	Puede ser de elección en grandes fumadores y gran dependencia de nicotina Mayor eficacia que ambos por separado Mayor ansiedad e insomnio que vareniclina	Moderada
Antidepresivos en combinación	Nortriptilina o selegilina + NCT puede ser una buena opción de segunda línea en la depresión	

Rábade-Castedo C et al. Arch Bronconeumol. 2023 Oct;59(10):651-661. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2023.07.024. Epub 2023 Jul 28. PMID: 37567792.

Zhong Z et al. Compr Psychiatry. 2019 Nov;95:152125. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.152125. Epub 2019 Sep 5. PMID: 31669972.

Deng X et al. Addict Biol. 2023 Aug;28(8):e13303. doi: 10.1111/adb.13303. PMID: 37500482.

## 5

## CONSIDERACIONES DE LAS ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL

### Cigarrillos electrónicos (CE)

Cese tabáquico de CE en comparación con NCT + 63% RR 1.63, 95% CI 1.30 to 2.04 (1)

Efectos adversos entre CE y NCT RR 1.02, 95% CI 0.88 to 1.19 (1)

Cese tabáquico entre CE-nicotínicos y CE no nicotínicos RR 1.94, 95% CI 1.21 to 3.13 (1)

Cese tabáquico CE vs. tratamiento cognitivo conductual + 66% RR 2.66, 95% CI 1.52 to 4.65 (1)

Cigarrillos electrónicos con nicotina (OR 2.37, IC95% 1.73–3.24), vareniclina (OR 2.33, IC95% 2.02–2.68) y citisina (OR 2.21, IC95% 1.66–2.97) más eficaces en el cese del hábito tabáquico que los controles (2).

El CE es más coste efectivo que vareniclina combinada con NCT en el cese del hábito tabáquico (3).

Debe evaluarse el riesgo a largo plazo de los cigarrillos electrónicos debido a la diversidad en su composición (4).

### Tabaco calentado (TC)

Calientan el tabaco a unos 350°, pero **no producen su combustión**, por lo que disminuye en un 90–95% la generación de los productos tóxicos y cancerígenos del tabaco tradicional (5).

En un estudio a tres años en pacientes con EPOC, el 60% de los fumadores que cambiaron a TC mostraron abstinencia total evaluada tanto subjetivamente como por métodos bioquímicos al finalizar el seguimiento (6).

Clasificados por la FDA como **productos modificadores del riesgo del tabaco** (a diferencia de los CE), aunque no son considerados inocuos.

(1) Hartmann-Boyce J et al. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Nov 17;11(11):CD010216. doi:10.1002/14651858.CD010216.pub7

(2) Lindson N et al. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Sep 12;9(9):CD015226. doi: 10.1002/14651858.CD015226.pub2. PMID: 37696529; PMCID: PMC10495240

(3) Thomas KH et al. Health Technol Assess. 2021 Oct;25(59):1–224. doi: 10.3310/hta25590. PMID: 34668482

(4) Lu, W. et al. World Health Organization (WHO) Tobacco Knowledge Summary. Respir Res 25, 338 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12931-024-02961-5>.

(5) Li X, et al. Chemical Analysis and Simulated Pyrolysis of Tobacco Heating System 2.2 Compared to Conventional Cigarettes. Nicotine Tob Res. 2019;21(1):111–118

(6) Polosa R, et al. Health outcomes in COPD smokers using heated tobacco products: a 3-year follow-up. Intern Emerg Med. 2021;16(3):687–696.

### Nicotine pouches (NP)

Han surgido como una nueva categoría de productos modificadores del daño del tabaco que contienen nicotina, pero, a diferencia del snus, no contienen tabaco (1).

Al igual que el snus, popularmente extendido en Suecia, los NP se colocan entre el labio y la encía del usuario durante cierto tiempo, liberando nicotina de forma constante, que se absorbe en el torrente sanguíneo a través de la mucosa oral.

Como no conllevan combustión del tabaco (ya que no lo contienen), suponen una reducción de las nitrosaminas específicas del tabaco tradicional.

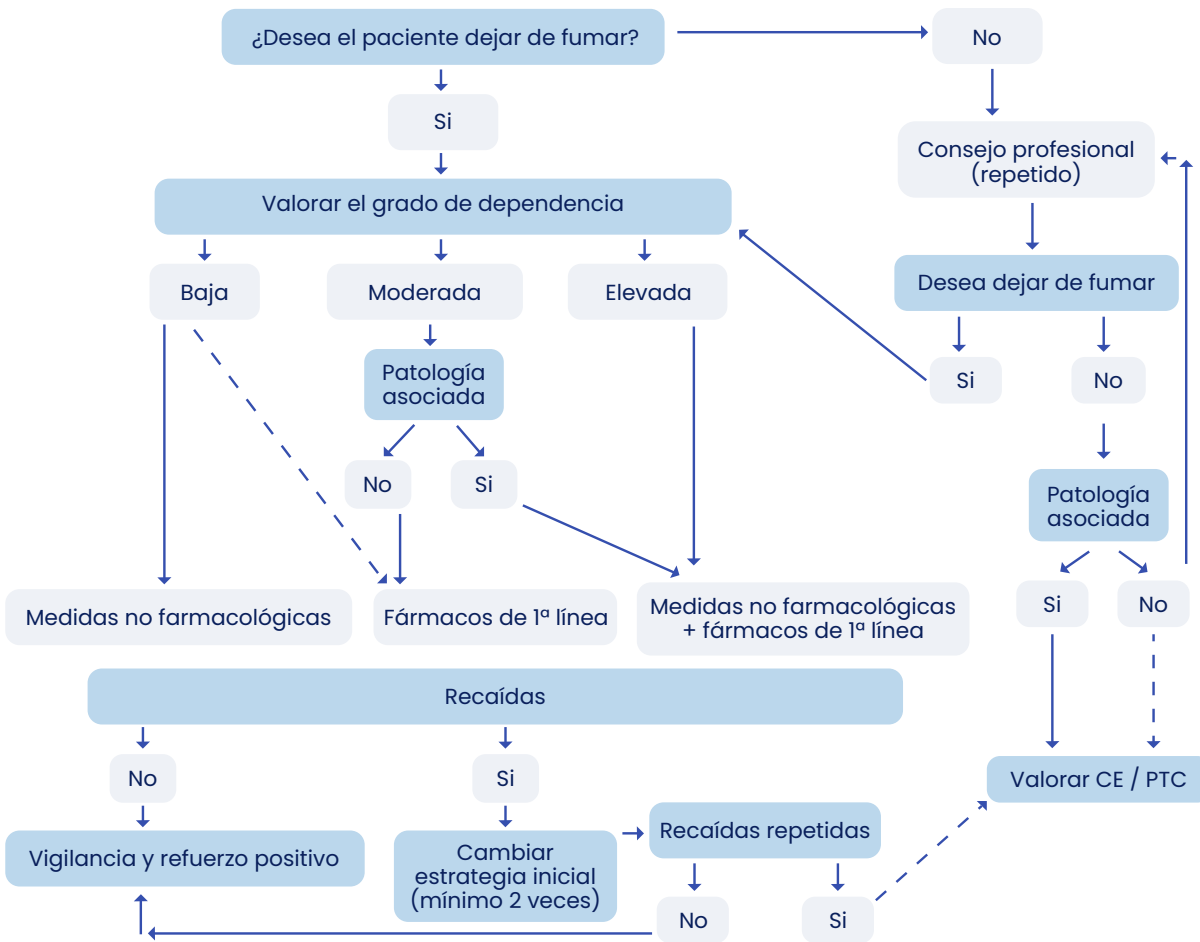


Los NPs han sido recientemente autorizados por la FDA como productores modificadores del daño del tabaco, si bien su regulación y consumo en España todavía es limitado.

(1) Grandolfo E, Ogden H, Fearon IM, Malt L, Stevenson M, Weaver S, Nahde T. Tobacco-Free Nicotine Pouches and Their Potential Contribution to Tobacco Harm Reduction: A Scoping Review. *Cureus*. 2024 Feb 15;16(2):e54228.

6

# ALGORITMO DE ABORDAJE GENERAL DEL TABAQUISMO CON COMORBILIDAD



Calderón-Montero et al. Tobacco, respiratory diseases, cardiovascular risk, and cancer: Classical approaches and new alternatives. GSC Advanced Research and Reviews, 2024, 21(01), 371–384. DOI: <https://doi.org/10.30574/gscarr.2024.21.1.0369>

## 7

## ANEXOS

### Anexo 1: Motivación para el abandono del tabaco, Test de Richmond\*

Pregunta	Respuesta	Puntos
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	NO	0
	SI	1
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	Nada	0
	Algo	1
	Bastante	2
	Mucho	3
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	Definitivamente NO	0
	Quizás	1
	SÍ	2
	Definitivamente SÍ	3
4. ¿Cabe la posibilidad de que sea un "No fumador" en los próximos seis meses?	Definitivamente NO	0
	Quizás	1
	SÍ	2
	Definitivamente SÍ	3

#### Total

**Menor o igual a 4:** Motivación Baja

**Entre 5 y 6:** Motivación Media

**Más de 7:** Motivación Alta

\* Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88(8), 1127-1135.

## Anexo 2: Grado de dependencia física. Test de Fagerström\*

Pregunta	Respuesta	Puntos
1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que prende el primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	Entre 31 y 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
2. ¿Encuentra difícil NO fumar en lugares donde está prohibido?	Sí	1
	No	0
3. ¿Qué cigarrillo le costaría más abandonar?	El primero de la mañana	1
	Otros	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos	0
	Entre 11 y 20	1
	Entre 21 y 30	2
	Más de 30	3
5. ¿Fuma más frecuentemente durante las primeras horas después de despertarse, por la mañana, que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
6. ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

### Total

**Menor o igual a 4:** Dependencia Baja

**Entre 4 y 7:** Dependencia moderada

**Más de 7:** Dependencia Alta

Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Grupo de Respiratorio SAMFyC. 2011. Disponible en: [https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011\\_GuiaAbTab.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011_GuiaAbTab.pdf) [Último acceso: enero 2023].

## Decálogo



**1.** El abandono del tabaco es la intervención más eficaz para reducir la morbimortalidad y debe ser siempre el objetivo principal en los fumadores con comorbilidad.

**2.** El abordaje clínico debe incluir la evaluación sistemática de la motivación y del grado de dependencia antes de iniciar cualquier intervención.



**3.** El consejo médico breve, reforzado con intervenciones intensivas y conductuales aumenta de forma significativa la probabilidad de éxito en la deshabituación.

**4.** La combinación de tratamiento farmacológico con apoyo psicológico constituye la estrategia terapéutica más eficaz.



**5.** En pacientes con comorbilidad cardiovascular, respiratoria, oncológica o psiquiátrica, el cese tabáquico es prioritario y requiere un tratamiento individualizado y específico.

**6.** El tratamiento debe individualizarse teniendo en cuenta el perfil clínico, las comorbilidades, el grado de dependencia y la motivación del paciente.



**7.** La elección del tratamiento farmacológico debe individualizarse de acuerdo a la comorbilidad y a la evidencia clínica.

**8.** El riesgo de recaídas en los pacientes fumadores con comorbilidad afecta significativamente a la mortalidad y la calidad de vida, por lo que el seguimiento y la prevención deben formar parte de la estrategia terapéutica global.



**9.** Es importante abordar factores asociados al abandono como la ganancia de peso o la depresión, que pueden comprometer la adherencia al tratamiento y el mantenimiento de la abstinencia.

**10.** En los pacientes incapaces de dejar de fumar, pueden proponerse medidas alternativas menos nocivas que el cigarrillo convencional, que han demostrado reducir la mortalidad por cáncer de pulmón y aumentar la abstinencia en algunas poblaciones.



