

Tabaquismo: una peligrosa adicción legal (II)

MARIO MARTINEZ RUIZ
Teniente Coronel Médico

Como vimos en la primera parte de este trabajo, publicado en un número anterior de Revista Aeronáutica y Astronáutica, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo habría más de 1.200 millones de fumadores, es decir, un tercio de la población mundial mayor de 15 años. En España fuman 12 millones de personas, lo que representa el 36% de la población adulta. A nivel mundial, y por sexos, ello representa que el 47% de los hombres y el 12% de las mujeres sean fumadores. El comienzo temprano del hábito de fumar incrementa el riesgo de muerte y adelanta las complicaciones. En este sentido, el 50% de los fumadores morirán a causa de una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, la mitad de éstos lo harán a edades tempranas (35-69 años) y la otra mitad a edades tardías (70 o más años). En 1.990 el tabaco causó tres millones de muertes. En el año 2.000 murieron cuatro millones, esto es, 10.000 muertes diarias en el mundo. Hacia el año 2.020 el tabaco causará unos 10 millones de muertes.

Más de la mitad de los adolescentes europeos de 15 años ya han probado el tabaco y, en la mayor parte de los Estados comunitarios, las mujeres más jóvenes fuman diariamente más que los varones. En Europa fallecen cada año 600.000 personas por enfermedades derivadas directamente del consumo de tabaco. En España el 40% de la población comprendida entre los 18 y 24 años fuma. En los últimos 50 años se han producido más de 1.250.000 muertes en España por tabaco, de las que 700.000 han ocurrido antes de los 70 años. Ello significa que, en España, se producen

50.000 muertes anuales por causa del tabaco. Por actividad laboral, es el colectivo sanitario el que, paradójicamente, representa el de mayor consumo de tabaco, sobre todo el personal de enfermería.

El tabaco es la principal causa evitable de muerte en los países desarrollados. El índice de mortalidad en general es, en los fumadores, el triple que en los no fumadores. Como drogodependencia, el tabaco ocasiona más muertes que la suma de las muertes por alcohol, resto de las drogas de abuso, SIDA, tuberculosis, accidentes de tráfico, incendios, homicidios y suicidios. Así, de cada mil fallecimientos en nuestro país, uno es causado por la heroína, dos por el SIDA, 20 por accidentes de tráfico y 135 por enfermedades derivadas del consumo de tabaco. La adicción al tabaco es el problema más importante de salud pública en nuestro país. A partir del año 2.002 el tradicional mensaje de "fumar perjudica seriamente la salud", presente en las cajetillas de tabaco, pasa a ser del tipo "el tabaco mata" o "fumar mata cada año a medio millón de personas en la UE", con un mensaje añadido relativo a los fumadores pasivos.

El componente altamente adictivo, la nicotina, debe ser la diana donde dirigir los esfuerzos terapéuticos. Tratar la dependencia de la nicotina es evitar un riesgo seguro de muerte y enfermedad. Cánceres (boca, laringe, pulmón, estómago, vejiga, etc.), enfermedades respiratorias (EPOC) y enfermedades cardíacas (infartos, angina, muerte súbita) y vasculares (accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial, isquemia de miembros inferiores) son los principales problemas de salud, problemas que también sufre la población

fumadora pasiva. En efecto, el 20% de los fumadores padecen EPOC y el 30% padecen enfermedades cardiovasculares o cáncer de pulmón, de hecho el 90% de los cánceres de pulmón se relacionan con el tabaquismo activo. Si la nicotina es el alcaloide responsable de la dependencia, con máximos criterios de dependencia psicológica, física y tolerancia, el alquitrán es el responsable del potencial cancerígeno del tabaco. Tratar la dependencia tabáquica o nicotínica es tratar el mayor problema de mortalidad y de enfermedad de los países industrializados. El esfuerzo bien vale la pena: tras 10 años de abstinencia, el riesgo de padecer cáncer de pulmón se reduce un 50% y el de padecer un infarto agudo de miocardio un 10%.

NICOTINA: LA DROGA DEL TABACO

La nicotina es el alcaloide, la sustancia activa, presente en las hojas de la planta del tabaco, *Nicotiana tabacum*. La nicotina se absorbe con facilidad en las vías respiratorias, la mucosa bucal y la piel. Por ser una base relativamente fuerte, su absorción en el estómago es limitada, a menos que disminuya la acidez fisiológica en el estómago. La absorción intestinal es mucho más eficaz. Un cigarrillo promedio contiene 8 ó 9 mg de nicotina, y descarga cerca de 1 mg de ésta a la sangre del fumador; si bien la disponibilidad se puede incrementar hasta el triple, según la intensidad de la aspiración y la técnica del fumador.

La nicotina se metaboliza o transforma principalmente en el hígado, y en escasa proporción en riñón y pulmón. La cotinina es el metabolito o derivado



principal, detectable en saliva u orina. Tanto la nicotina como sus metabolitos se eliminan con rapidez por el riñón, a las dos horas su concentración en sangre es del 50%. La tasa de excreción urinaria de la nicotina depende de la acidez o de la alcalinidad de la orina; la excreción disminuye cuando la orina es alcalina. La nicotina se excreta también por la leche materna.

La nicotina actúa sobre el receptor nicotínico, un lugar especial donde la nicotina actúa a modo de una llave con su cerradura. Existen receptores nicotínicos en la médula suprarrenal, unión neuromuscular, ganglios del sistema nervioso autónomo y sistema nervioso central (cerebro). La nicotina activaría los receptores nicotínicos presentes en el determinadas áreas cerebrales, lo que provocaría, entre otras acciones, la estimulación del sistema cerebral de recompensa, común a todas las drogas y responsable de los efectos placenteros, reforzadores positivos y de la adicción a las mismas.

TIPOS DE CIGARRILLOS Y CONTENIDO DE NICOTINA Y ALQUITRÁN

Los cigarrillos son las principales labores de tabaco consumidas por la población fumadora. El mensaje de los profesionales sanitarios a la población general debe ser claro: no hay cigarrillos seguros, el fumador debe dejar de fumar. Fumar menos es algo, pero, a la larga, el fumador tenderá a mantener sus necesidades de nicotina, en sangre y en el sistema nervioso central, consumiendo más tabaco mediante aspiraciones más potentes, profundas y frecuentes. Por tanto, el contenido declarado en nicotina y alquitrán de los distintos cigarrillos, no refleja la exposición verdadera a la que se ve sometido el fumador. De hecho, y paradójicamente, los cigarrillos con mayor contenido declarado de nicotina y alquitrán, representan una exposición inferior a estos componentes que las marcas con menores contenidos. Los cigarrillos *lights*

y *ultra lights* no representan una menor exposición a alquitrán, pese a su menor contenido en alquitrán y nicotina, de ahí que a partir del año 2003 se suprima en la UE la publicidad engañosa ("tabaco bajo en nicotina"), de estas formas de labores.

Los mecanismos de adicción llevan al fumador, que cambia a cigarrillos de bajo contenido en nicotina, a modificar su patrón y forma de fumar para mantener los niveles de nicotina en sangre estables, provocando mayor exposición a alquitrán y otros productos nocivos del tabaco (acroleína, monóxido de carbono y otros compuestos inhalables). La tabla 1 representa los contenidos de nicotina y alquitrán y la exposición diaria a alquitrán de un fumador adicto a 10 mg diarios de nicotina, según consumo de diversas marcas comerciales de cigarrillos en España (datos de *Novartis Consumer Health* de 1997, estimados mediante "máquinas simuladoras de fumar"). Nótese que cigarrillos con mayor contenido decla-

rado en nicotina y alquitrán, como es el caso de "Habanos", representan exposiciones menores al alquitrán con respecto a otras marcas de menores contenidos tanto de nicotina como de alquitrán, como por ejemplo "BN". El caso de "Coronas", que ofrece tres versiones, es todavía más concluyente: la versión *lights*, respecto de la normal, no representa menor exposición a alquitrán; mientras que la versión *ultra lights*, aún cuando supone menor exposición que la versión normal de la misma marca, representa una mayor exposición que "Habanos" (tabla 1)

una de las cuatro fases definidas por Prochaska y DiClemente:

1) Fase de Precontemplación: Aproximadamente un 10% de fumadores se encuentran en ella. Son sujetos que no se plantean el abandono del hábito tabáquico en los próximos 6 meses.

2) Fases de Contemplación: Alrededor del 60-70% de fumadores están en esta etapa. Son individuos que han intentado dejar de fumar en varias ocasiones y que no lo han conseguido, generalmente por sufrir intenso síndrome de abstinencia. No obstante, son receptivos a hacer un nuevo intento de aban-

qué es eso de la compulsión a fumar, como los bebedores a beber alcohol. Saben lo que les cuesta evitar ese primer cigarrillo del día, pese a las toses que provoca; saben lo que les cuesta no fumar al tomar café, al trabajar, al charlar con los amigos o al finalizar una comida. Son esclavos de una droga que causa grave daño a la salud. Saben que provoca cáncer, infartos de miocardio, angina de pecho, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, arteriosclerosis, daños en el feto y un largo etcétera... pero siguen fumando, y lo hacen hasta que desgraciadamente tienen una enfermedad inducida por el tabaco, incluso entonces algunos siguen fumando.

Los beneficios de dejar de fumar son enormes. Los fumadores tratan de restar importancia a este hecho escudándose en ciertos efectos que ellos entienden como negativos: ganancia de peso y nerviosismo, principalmente. Pero eso es puramente anecdótico y tratable. Los ex-fumadores pronto pueden caminar rápidamente, correr y subir escaleras sin fatiga; la tos y la expectoración disminuye progresivamente (al principio del abandono existe un efecto rebote en el que los cilios, una especie de cepillo presente en las células de los bronquios que sirven para mover el moco y limpiar el árbol bronquial, vuelven a funcionar estimulando el reflejo de la tos). El olor a tabaco desaparece, la piel recupera el color, el sabor de las comidas es auténtico, la conjuntiva de los ojos ya no se irrita por el humo, las encías y la dentadura recuperan su estado previo... hasta el monedero agradece la decisión de dejar de fumar. Pero son también las personas que conviven con el fumador los que más aprecian y agradecen ese cambio, sobre todos los niños. Pronto es el propio ex-fumador el más crítico con la polución, con el humo del tabaco, el más intolerante de los fumadores pasivos ¡Qué gran paradoja!

Por todo ello, resulta importante situar al fumador en la fase en la que se encuentra frente al tabaco. Nuestra misión, como médicos, es hacerle avanzar en esas fases hasta llegar al abandono completo. Las fases progresivas suelen alcanzar un ciclo vicioso de intentos y recaídas. Romper este ciclo es hoy un objetivo posible, sin dramatizar. Basta con querer dejar de fumar (tabla 3).

Tabla 1
CONTENIDOS DE NICOTINA Y ALQUITRÁN, DE DIVERSAS MARCAS COMERCIALES DE CIGARRILLOS EN ESPAÑA, Y PROBABLE EXPOSICIÓN DIARIA A ALQUITRÁN DE UN FUMADOR ADICTO A 10 MG DIARIOS DE NICOTINA

MARCA	ALQUITRAN DECLARADO (MG)	NICOTINA DECLARADA (MG)	EXPOSICION DIARIA A ALQUITRAN (MG)
Ducados	15	1,1	136
Ducados bajo	10	0,8	125
Coronas	15	0,9	166
Coronas <i>lights</i>	10	0,6	166
Coronas <i>ultra lights</i>	4	0,3	133
Habanos	15	1,3	115
BN	10	0,8	125
Fortuna	15	1,1	136
Fortuna <i>lights</i>	10	0,8	125
Marlboro	14	1,0	140
Marlboro <i>lights</i>	8	0,6	133
Winston	15	1,0	150
Winston <i>lights</i>	9	0,7	128

PROCESO DE ABANDONO DEL TABAQUISMO: FASES

Dejar de fumar es la etapa final del proceso de abandono del consumo de tabaco en el que suceden intentos, decisiones, fracasos, recaídas y abstinencia. Por tanto, ante un fumador que pretende dejar de fumar, lo primero que debemos saber es la etapa en la que se encuentra. Las preguntas claves son: "¿es usted fumador?", "¿cuántos cigarrillos consume al día?", "¿quiere dejar de fumar en los próximos seis meses?", "¿se plantea Vd. la posibilidad de dejar de fumar en los próximos 6 meses desde hace más de dos años?", "¿intentará dejarlo en el próximo mes?", "¿intentó dejarlo en otras ocasiones?"

Las respuestas a estas preguntas permiten situar al fumador, en proceso de abandono del consumo de tabaco, en

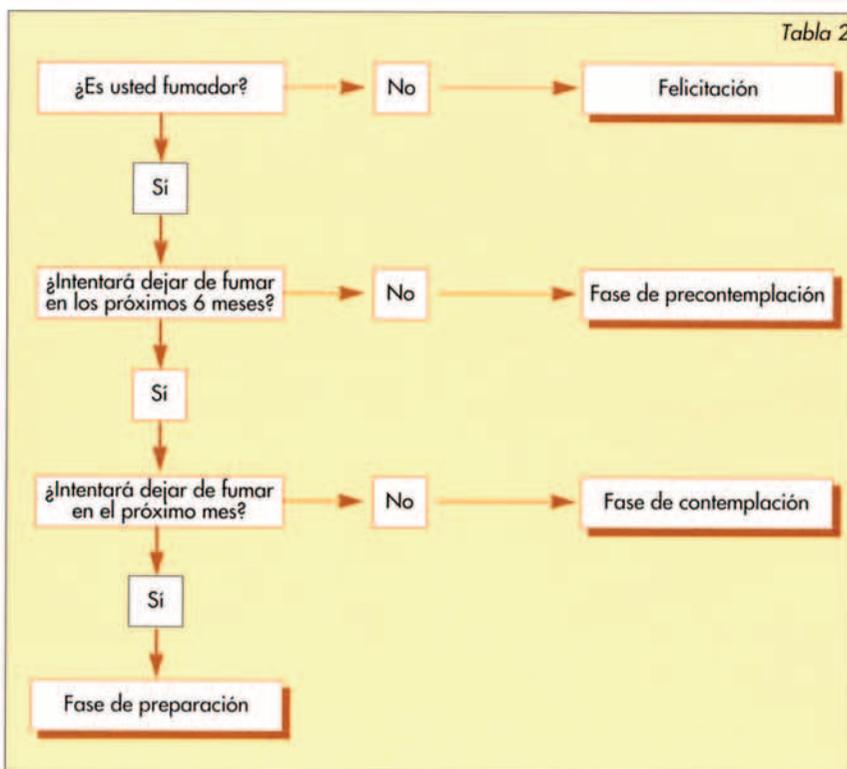
dono en los próximos 6 meses.

3) Fase de Preparación: El 10% de los fumadores están en este estadio. Son sujetos que se plantean abandonar el consumo de tabaco en el próximo mes.

4) Fase de Acción: Son ex-fumadores de menos de 6 meses de evolución, con un alto grado de sufrir recaídas y volver a fases más primitivas del proceso. Pero cuando superen la barrera de los 6 meses sin fumar, entrarán en una etapa de mantenimiento en la cual aún sigue existiendo riesgo de recaídas, pero en mucha menor intensidad (tabla 2).

El abandono del tabaquismo es difícil, pero posible y hoy más que nunca. El tabaco sólo crea problemas (de salud, económicos, sociales y laborales), y no sólo a los fumadores activos, sino también a los fumadores pasivos. Es verdad que el tabaco, como el resto de drogas, está en la cabeza. Los fumadores saben bien

Tabla 2



TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

El tratamiento del tabaquismo debe ser siempre bajo control médico y conviene que sea multidisciplinar, en el sentido de que sean varios los profesionales y especialistas que se ocupen de manera integral del problema. El médico de familia, el internista, el neumólogo, el cardiólogo, a veces el psiquiatra, el psicólogo y el personal de enfermería, son componentes habituales de las llamadas Unidades Anti-tabaco que existen en algunos centros sanitarios. Pero también puede ser más sencillo que todo eso. Cualquier médico con experiencia e interés científico en el tabaco puede iniciar el tratamiento y derivar al paciente a especialistas para las exploraciones oportunas.

La historia clínica médica completa del fumador registra datos específicos sobre antecedentes personales y familiares de tabaquismo, intentos previos de abandono, tabaquismo actual (número y tipos de cigarrillos, características y hábitos de fumar), peso corporal, pulso, tensión arterial, coximetría (niveles de monóxido de carbono, CO, en aire espirado), espirometría (prueba

de la capacidad funcional respiratoria para el diagnóstico precoz de EPOC), nivel de cotinina (metabolito de la nicotina) en orina o en saliva, puntuación Test de Fagerström de Dependencia de Nicotina (TFDN), grado de síndrome de abstinencia (opcional y variable), grado de estrés percibido (opcional y variable), grado de motivación (opcional y variable) y elección Fecha de abandono: día D.

El tratamiento del tabaquismo dependerá de la fase en la que se encuentre el fumador:

1) Fase de Precontemplación

Lo que caracteriza a los fumadores en esta fase es la poca o errónea información sanitaria que tienen acerca del tabaquismo, llegándose a plantear más ventajas que inconvenientes. En todo caso, la actitud más general es la de no hacer nada hasta no sufrir alguna enfermedad que justifique el abandono del hábito.

En la fase de precontemplación el tratamiento consistirá únicamente en ayudar a los pacientes a que progresen a etapas más avanzadas dentro de su proceso de abandono del tabaco. De esta forma se multiplica por dos sus posibilidades de dejar de fumar a los seis meses de nuestra intervención.

Por tanto, el tratamiento en esta fase se limita a dos acciones:

- Consejo sanitario

El consejo sanitario sobre abandono de consumo de tabaco debe ser serio, sencillo, breve, personalizado y no impositivo, sino amistoso, claro e informativo. Se deben buscar siempre los aspectos positivos que, sobre su salud y su enfermedad, obtendrá al dejar de fumar. Es más eficaz en enfermos respiratorios, enfermos de corazón y embarazadas, sobre todo las embarazadas por vez primera.

En los sujetos que todavía no tengan intención de dejar de fumar (consonantes) tendremos que aumentar su motivación fundamentalmente con argumentos como el de las ventajas que reporta dejar de fumar, o el de que dejar de fumar es posible y siempre es rentable

- Folleto informativo

Tendrán información acerca de qué es el tabaco, cuáles son las sustancias

Tabla 3

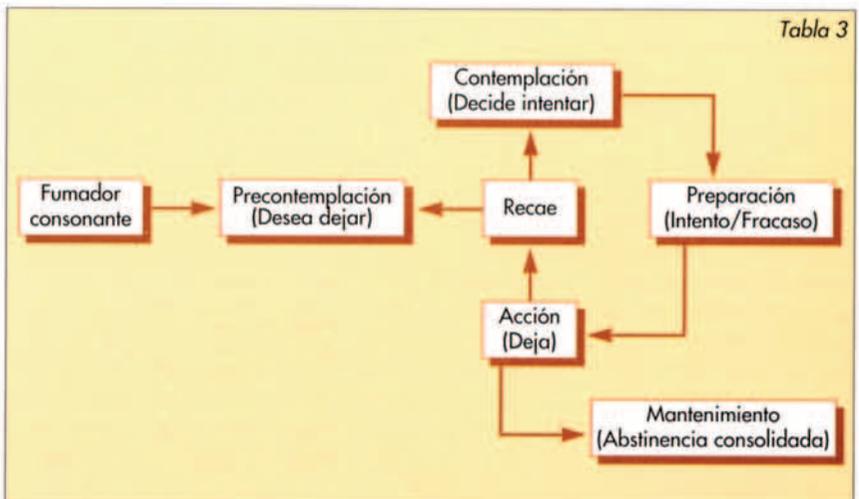


Tabla 4



tóxicas presentes en el humo del cigarrillo, cómo estas sustancias producen enfermedad y cuáles son éstas. De la misma manera que el consejo sanitario, el folleto deberá incidir sobre los beneficios que el abandono del tabaco representa a la salud. Existen folletos editados por la Administración Central o Autonómica que pueden servir como material divulgativo de soporte. También se pueden obtener folletos divulgativos a partir de direcciones de internet que incluyan información sobre tabaquismo. En cualquier caso, la Unidad de Tabaquismo del centro de salud, si existiera, o el Servicio de Medicina Preventiva, el Servicio de Neumología, o el Comité de Seguridad e Higiene, o cualquier otro Servicio, Unidad o Comité creado a tales efectos, puede elaborar su material propio. Añadido al consejo sanitario, el folleto aumenta la tasa de éxitos.

2) Fase de Contemplación

Como se ha dicho, los fumadores de esta fase están decididos a dejar de fumar en los próximos seis meses, pero no en el próximo mes. Generalmente son conscientes del daño del tabaco y han tenido ya alguna experiencia personal, familiar o personal, en este sentido. La fase de contemplación se caracteriza por la frustración y falta de confianza que presentan los fumadores que intentaron dejar de fumar y no lo consiguieron. El personal sanitario debe brindar su apoyo a este tipo de pacientes haciéndoles ver, con optimismo y confianza, la posibilidad real del abandono definitivo ("esta vez sí lo logrará"). Se deben valorar muy bien los problemas derivados del síndrome de abstinencia.

El tratamiento de los fumadores en esta fase se basa en:

- Consejo sanitario

De iguales características que en la fase anterior, pero dirigido a incrementar la autoconfianza del fumador. Se debe insistir en que los intentos fallidos son positivos para el aprendizaje y que, lejos de suponer un fracaso, suponen un medio excelente para aprender nuevos trucos y experiencias para dejar de fumar.

- Folleto informativo

De iguales características que en la fase anterior.

Tabla 5

DECÁLOGO PARA DEJAR DE FUMAR (SEPAR)

PREPARACION

- Piense por qué fuma cada vez que enciende un cigarrillo, e infórmese sobre el tabaco.
- Busque sus motivos para dejar de fumar y escriba una lista.
- Evite las situaciones que se asocien con fumar y elija ambientes sin humo.
- Decida el día en que va a dejar de fumar y dígaselo a sus familiares y amigos, si lo cree oportuno.

PLAN DE ACCIÓN. ¿QUÉ HACER EL PRIMER DÍA?

- Levántese un poco antes y haga ejercicio físico; beba zumos y agua.
- Debe estar lo más activo posible durante todo el día, de manera que sus manos y boca estén ocupadas.
- Decídase a no fumar, aunque sólo sea el día de hoy.

¿CÓMO MANTENERSE SIN FUMAR?

- Practique alguna actividad física, mejor en grupo, y tome una dieta rica en frutas y verduras. Relea su lista de motivos para dejar de fumar.
- Si siente un deseo muy fuerte de fumar, no se preocupe; relájese, respire profundamente y concéntrese en lo que está haciendo. También puede consultar a los profesionales sanitarios.
- No ceda ni por sólo un cigarrillo. Recuerde que el deseo de fumar disminuye después de la segunda a tercera semanas. FELICÍTESE POR CADA DÍA QUE PASA SIN FUMAR.

**¡ÁNIMO! ¡NO QUEME SU VIDA!
¡ESTA VEZ, SEGURO QUE LO CONSEGUIRÁ!**

- Guía práctica para dejar de fumar

Es un documento escrito que contiene información práctica sobre cómo realizar un serio intento para dejar de fumar. En general, se propone un plan en tres fases: preparación para dejar de fumar, qué hacer el primer día de abandono y cómo mantenerse sin fumar. Decidido y fijado el primer día de abandono del consumo de tabaco, "día D", el consejo y el seguimiento darán paso a la siguiente fase de prevención de recaídas para el establecimiento de la abstinencia. Existen guías editadas por la Administración Central o Autonómica que pueden servir como material de soporte. En cualquier caso, la Unidad de Tabaquismo del centro de salud, si existiera, o el Servicio de Medicina Preventiva, el Servicio de Neumología, o el Comité de Seguridad e Higiene, o cualquier otro Servicio, Unidad o Comité creado a tales efectos, puede elaborar su material propio. La tabla 5 es un ejemplo de guía editada por la Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio (SEPAR). También en internet es posible encontrar guías en las páginas sobre tabaquismo.

3) Fase de Preparación

En la fase de preparación el tratamiento consistirá en ayudarles a que dejen definitivamente de fumar. De esta forma se multiplican por cinco sus posibilidades de abandonar definitivamente el hábito de fumar a los seis meses después de nuestra intervención.

La característica principal de los fumadores en esta fase es que están dispuestos a realizar un serio intento de abandono del tabaco de manera inmediata. El principal objetivo del profesional sanitario con ellos será evitar que sufran recaídas a partir del "día D". El diagnóstico y tratamiento precoz de éstas es prioritario (tabla 4)

CAUSAS DE RECAÍDA

Las principales causas de recaída son tres:

- Ganancia de peso
- Ansiedad
- Síndrome de abstinencia

El incremento de peso es de 3 a 5 kg como promedio. Se trata mediante consejo dietético y ejercicio físico. Esta ganancia de peso no suele ser evidente si se utiliza tratamiento far-

macológico del hábito tabáquico con bupropión. La ansiedad se valora mediante cuestionarios específicos, como el test del estrés percibido, y se trata mediante apoyo psicológico y, si se precisa, fármacos ansiolíticos. El síndrome de abstinencia se valora por el test de Fagerström de dependencia nicotínica (TFDN) y se trata principalmente con fármacos anticomulsivos como bupropión (Zytabac®, Quomem®) (BUP) y/o terapia sustitutiva con nicotina (TSN) en forma de chicle, parche, spray nasal o inhalador, haciendo un seguimiento intenso que impida la recaída.

La tabla 6 contiene un test del estrés percibido para el diagnóstico de la ansiedad por dependencia psicológica o compulsiva. Los sujetos que muestren puntuaciones altas pueden tener cuadro de ansiedad que les facilite la recaída. En ellos está indicada la psicoterapia o el tratamiento farmacológico.

La tabla 7 contiene el TFDN modificado para el diagnóstico de la dependencia física por la nicotina. Los fumadores con 1 a 3 puntos tendrán bajo grado de dependencia (generalmente corresponde a unos 10-19 cigarrillos/día), de 4 a 6 puntos moderado grado (20-30 cigarrillos/día) y 7 o más puntos alto grado (más de 31 cigarrillos/día). Los fumadores de baja-moderada dependencia pueden ser tratados en el ámbito de la Atención Primaria. Los fumadores de moderada-alta dependencia deben ser tratados en Consultas Especializadas. En general, se admite que todo fumador que consuma 20 o más cigarrillos al día, que fume su primer cigarrillo en la primera media hora después de levantarse y que sea ese el cigarrillo que más le gusta, está considerado como una persona con alta dependencia física por nicotina. En estos casos, la mejor forma de tratar el síndrome de abstinencia es mediante BUP y/o TSN.

La tabla 8 es un ejemplo de tabla para valorar la intensidad del síndrome de abstinencia. La tabla 9 trata de medir el grado de motivación.

TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN)

Consiste en la administración, a todo fumador que quiere dejar de serlo, de una cantidad de nicotina, por una



Tabla 6

TEST DEL ESTRÉS PERCIBIDO

Las preguntas de este cuestionario se refieren a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes.

Por favor, marque UNA de las casillas por cada pregunta indicando con qué frecuencia ha tenido ese sentimiento o pensamiento.

1. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA PENSADO QUE NO PODÍA CONTROLAR LAS COSAS IMPORTANTES DE SU VIDA?

- Nunca.....0
- Casi nunca.....1
- A veces.....2
- Bastantes veces.....3
- Casi siempre.....4

2. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUANTAS VECES SE HA SENTIDO CONFIADO EN SU CAPACIDAD PARA RESOLVER SUS PROBLEMAS PERSONALES?

- Nunca.....4
- Casi nunca.....3
- A veces.....2
- Bastantes veces.....1
- Casi siempre.....0

3. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUANTAS VECES HA PENSADO QUE LE ESTABAN SALIENDO BIEN LAS COSAS?

- Nunca.....4
- Casi nunca.....3
- A veces.....2
- Bastantes veces.....1
- Casi siempre.....0

4. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUANTAS VECES HA TENIDO DIFICULTADES TAN GRANDES QUE NO LAS HAYA PODIDO SUPERAR?

- Nunca.....0
- Casi nunca.....1
- A veces.....2
- Bastantes veces.....3
- Casi siempre.....4

vía diferente a la del consumo de un cigarrillo, suficiente como para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente como para causar dependencia. Existen cinco tipos de TSN: chicle, parche, aerosol o spray nasal, inhalador bucal y tabletas sublinguales (no comercializadas en España). Pueden requerirse dos métodos simultáneos (parches y chicles o spray en los momentos de intensa compulsión a fumar).

La THS está contraindicada en infarto agudo de miocardio reciente, arritmias cardíacas severas, angina de pecho inestable, embarazo, lactancia, úlcera gastroduodenal activa, enfermedades mentales y otras drogodependencias.

Los preparados de nicotina pueden adquirirse en las Oficinas de Farmacia sin receta médica.

I) Chicle de nicotina

Contiene 2 ó 4 mg de nicotina (Nicorette® chicles 2 y 4 mg, Nicotinel® chicles 2 mg). Se utiliza en sujetos con moderada-alta dependencia según el TFDN. El sujeto que quiere dejar de fumar mastica el chicle, de 2 ó 4 mg, dependiendo del grado de dependencia, hasta sentir un fuerte sabor de nicotina (liberación de la nicotina del chicle), momento en el cual parará de masticar y guardará el chicle entre su mejilla y la encía (absorción de la nicotina). Una vez absorbida en la mucosa de la boca, la nicotina pasa a

sangre y, en 1-2 minutos, estimulará los receptores nerviosos nicotínicos. Este tiempo de latencia es importante porque el fumador debe saber que esos receptores se estimulaban en tan sólo siete segundos después de encender el cigarrillo.

Se recomiendan chicles de 2 mg, uno cada 45-60 minutos mientras el sujeto está despierto y en fumadores con baja dependencia, sin superar los 30 chicles diarios; y chicles de 4 mg, uno cada 60 ó 90 minutos en fumadores de moderada o de alta dependencia, respectivamente, sin superar nunca los 20 chicles diarios. La duración del tratamiento suele ser de 8 a 12 semanas, con reducción progresiva de la dosis a partir de la 4ª (baja dependencia, TFDN \leq 3), 6ª (moderada dependencia, TFDN= 4-6) u 8ª semana (alta dependencia, TFDN \geq 7), si bien el tratamiento debe mantenerse entre 6 y 12 meses.

Puede producir molestias dentales, úlceras en la lengua y en mucosa bucal, dolor de garganta y mandibular, hipo, ardor de estómago, náuseas y mal sabor de boca. Está contraindicado en casos de problemas dentales, trastornos de la articulación temporo-mandibular y en procesos inflamatorios bucofaríngeos.

2) Parche de nicotina

Dispensa un promedio de 0,3, 0,6 ó 0,9 mg de nicotina por hora (Nicorette® parches 5mg/16h, 10mg/16h ó 15mg/16h, para administración cada 16 horas; Nicotinell TTS® 10, 20 ó 30, para administración cada 24 ho-

Tabla 7 TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA NICOTÍNICA (TFDN) MODIFICADO

- ¿CUANTO TIEMPO TARDA EN FUMAR SU PRIMER CIGARRILLO DESPUÉS DE DESPERTARSE?
 - < 5 minutos3
 - 6-30 minutos2
 - 31-60 minutos1
 - > 60 minutos0
- ¿ENCUENTRA DIFICULTAD PARA NO FUMAR EN LOS LUGARES EN QUE ESTA PROHIBIDO (CINE, IGLESIAS, BIBLIOTECAS, TRANSPORTES PUBLICOS, ETC.)?
 - Sí1
 - No0
- ¿A QUÉ CIGARRILLO LE COSTARIA MAS RENUNCIAR?
 - El primero del día1
 - Otro0
- ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMA CADA DIA?
 - < 110
 - 11-201
 - 21-302
 - > 303
- ¿FUMA MAS DURANTE LAS PRIMERAS HORAS TRAS DESPERTARSE QUE DURANTE EL RESTO DEL DIA?
 - Sí1
 - No0
- ¿FUMA SI ESTA TAN ENFERMO QUE HA ESTADO EN LA CAMA LA MAYOR PARTE DEL DIA?
 - Sí1
 - No0

NOTA: Se indican las posibles respuestas y su valoración e forma de puntos. La puntuación oscila de 0 a 10. Un fumador con alta dependencia de la nicotina es aquel que tiene una puntuación de 6 ó más.

ras). Consiste en un dispositivo transdérmico que está cargado de nicotina y que el sujeto fumador, que quiere dejar de serlo, debe poner todos los días al levantarse, en una zona de su

piel que esté limpia, seca, sin pelo y sin heridas (las mujeres no deben aplicarse el parche sobre el pecho), y lo retira al acostarse ese mismo día, si el parche es de 16 horas, o al día siguiente al levantarse, si es que el parche es de 24 horas.

La liberación de nicotina, desde la piel a la sangre, ocurre de manera sostenida, manteniéndose unos niveles constantes de nicotina en sangre. Es ideal para fumadores con baja-moderada dependencia nicotínica. La dosis más habitual es la de 15 mg/16h (baja dependencia, TFDN \leq 3) ó 20-30 mg/24h (moderada-alta dependencia). No obstante, la utilización exclusiva de parches de nicotina no está indicada en fumadores de alta dependencia y es dudosa su eficacia en moderada dependencia. En estos casos sería conveniente la utilización simultánea de chicles de nicotina.

El tratamiento suele durar entre 8 y 12 semanas, con reducción progresiva de la dosis a partir de la cuarta semana de tratamiento. Puede producir picor, enrojecimiento de piel, dolor de cabeza, dolores musculares, mareos y trastornos digestivos. Está contraindicado en enfermedades dermatológicas generalizadas.

3) Spray nasal de nicotina

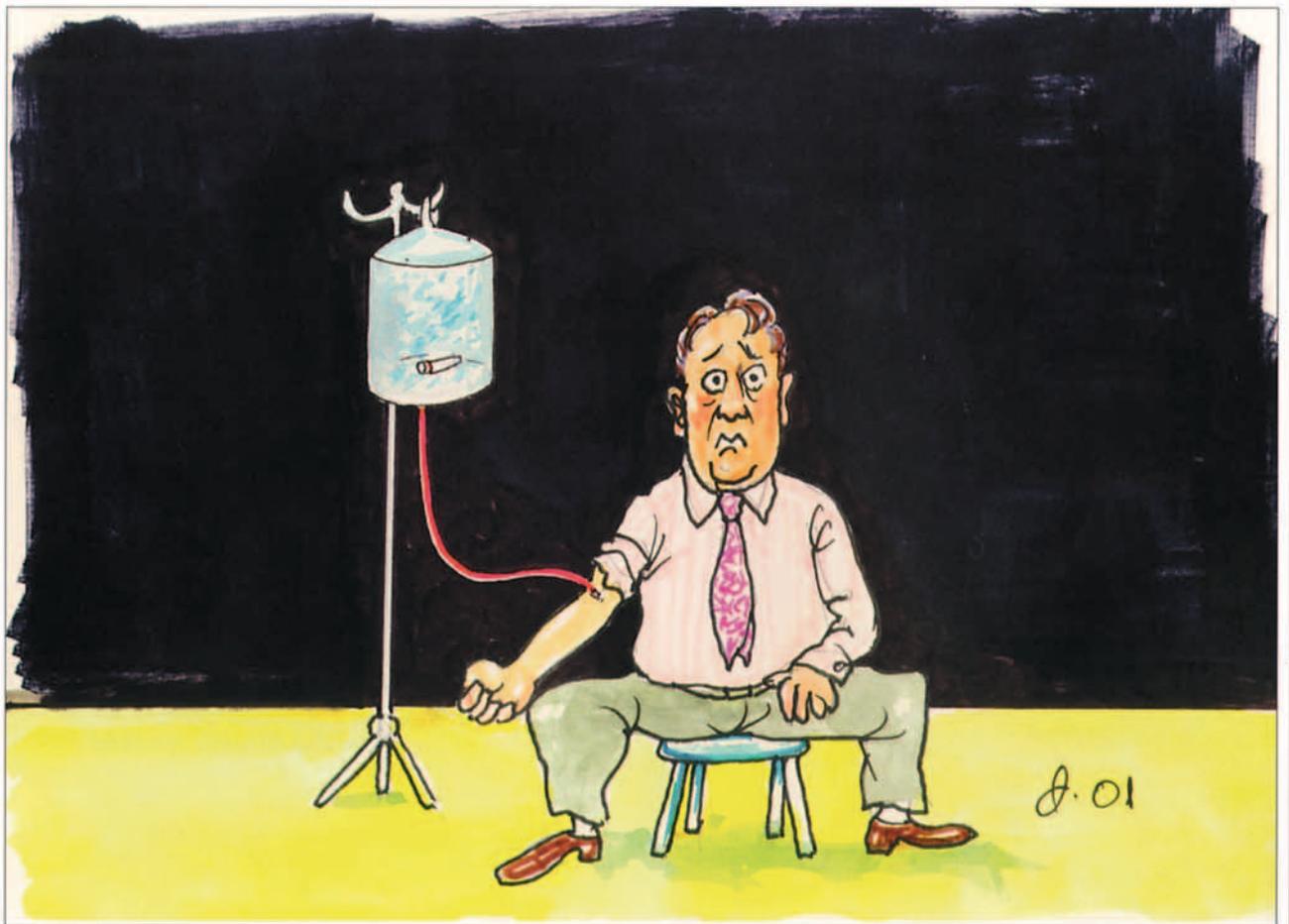
Consiste en un dispositivo de administración intranasal que está cargado de una solución isotónica acuosa de nicotina (Nicotrol® spray nasal, con 500 mcg de nicotina por nebulización). Se administra haciendo una nebulización en cada fosa nasal, lo que supone 1 mg de nicotina (0,5 mg en cada fosa). Está indicado en fumadores de alta dependencia física (\geq 7 puntos en el TFDN), elevados niveles de cotinina salivar (450 ng/ml o más) y alta motivación para dejar de fumar (pese a los efectos adversos frecuentes).

La utilización del spray nasal en fumadores entre 20-30 cigarrillos/día no debe utilizarse como primera opción terapéutica, excepto si han fracasado otras alternativas. Se utiliza a la dosis de 1-3 mg/hora mientras el sujeto esté despierto, sin pasar de una dosis superior a 5 mg/hora ó 40 mg/día. El tratamiento suele durar entre tres y seis meses, con reducción progresiva de la dosis a partir del tercer mes. Puede

Tabla 8 VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NICOTÍNICO

	NO 0	LEVE 1	MODERADO 2	INTENSO 3
Craving/Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad/Nerviosismo				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Estreñimiento				
Incremento del apetito				
Depresión				
Trastornos del sueño/Insomnio				

NOTA: puntuar los síntomas del 0 al 3 según se valoren como: ausencia de síntoma, con presencia leve, con presencia moderada y con presencia grave del mismo. Los síntomas se valorarán con la periodicidad conveniente, indicando la fecha de la valoración. Se indicará siempre el total de puntos.



producir irritación de mucosa nasal, picor, estornudos, obstrucción nasal, rinitis y conjuntivitis. Está contraindicado en enfermedades graves de las fosas nasales.

4) Inhalador de nicotina

Se trata de un inhalador que permite la saturación del aire inspirado, con nicotina, al ser utilizado. Puede producir tos e irritación de garganta. Está contraindicado en casos de asma.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO NO SUSTITUTIVO (BUP)

Nos referimos fundamentalmente a Bupropión o Amfebutamona (Zyntabac® o Quomem® en España, comprimidos de liberación prolongada de 150 mg). Su mecanismo de acción se basa en potenciar el sistema de recompensa cerebral, con lo que disminuye el síndrome de abstinencia y atenúa la ansiedad y la compulsión por el tabaco. Pre-

cisa de receta médica para poder adquirirlo en las Oficinas de Farmacia.

Bupropión se absorbe por vía oral y no se afecta por la toma conjunta de alimentos. Se metaboliza o transforma en el hígado a tres metabolitos o derivados activos, excretándose éstos por orina (87%) y heces (10%). Atraviesa la barrera hemato-encefálica y se encuentra

también en la leche materna. Su vida media de eliminación es de 20 horas.

A nivel clínico, diversos estudios han demostrado que las tasas de abstinencia a las cuatro semanas, a las seis semanas y al año son significativamente mayores con Bupropión que con placebo y con TSN, incluyendo fumadores con enfermedades orgánicas secundarias al tabaquismo. En fumadores de alta dependencia, los resultados mejoran al asociarse terapia sustitutiva con nicotina (parches de nicotina).

El tratamiento con Bupropión puede ser utilizado en fumadores de más de 10 cigarrillos al día, con independencia de los resultados del TFDN. El tratamiento suele durar entre 7 y 9 semanas (existen experiencias con tratamientos prolongados durante meses en Estados Unidos y Canadá). La decisión de dejar de fumar se debe tomar durante la segunda semana de tratamiento, de forma que durante la primera semana no se tiene que abandonar, aunque disminuya, el hábito

Tabla 9

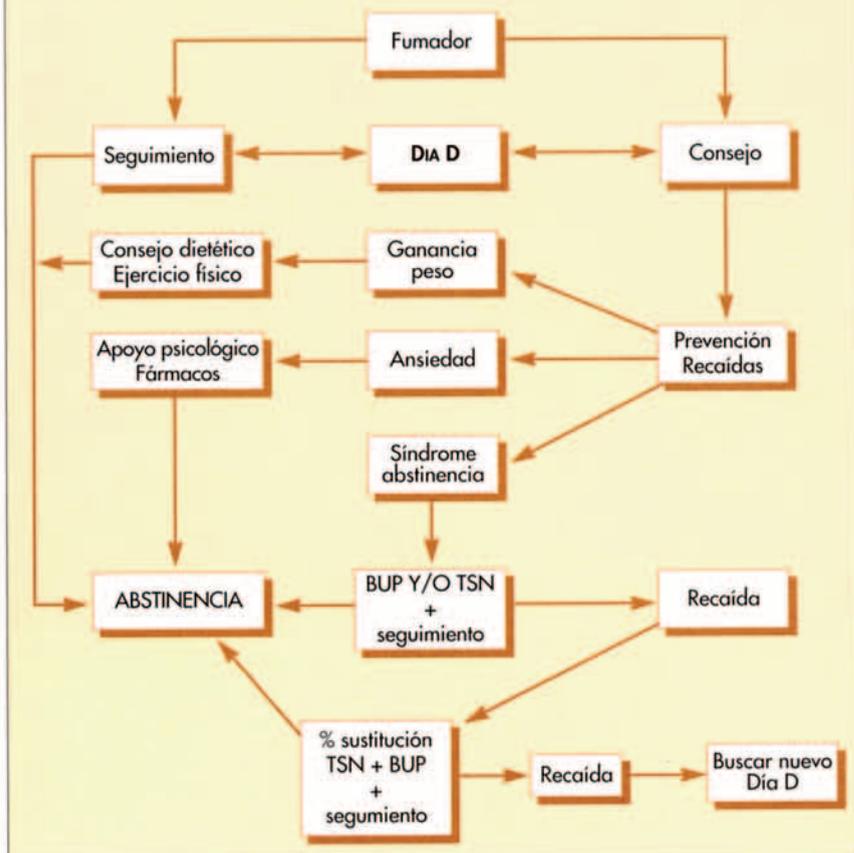
MOTIVACIÓN

- Económica
- El tabaco está dañando mi salud
- El tabaco dañará mi salud
- El tabaco daña la salud de otros
- Mal ejemplo
- Hábito sucio
- No quiero que el tabaco me domine
- Otros quieren que lo deje
- Hábito no social
- No me apetece fumar

NOTA: puntuar los motivos del 1 al 4 según el paciente los valore como: no importante, poco importante, importante y muy importante.

ALGORITMO PARA DEJAR DE FUMAR

Tabla 10



tabáquico. A partir del día acordado para dejar de fumar, en la segunda semana de tratamiento, ha de suprimirse totalmente el consumo de tabaco. La dosis habitual es de 1 comprimido de 150 mg dos veces al día, mañana y tarde, con un intervalo entre dosis de ocho horas (de esa manera se evita el insomnio secundario). Sin embargo, la dosis durante la primera semana debe ser de un comprimido al día (mañana).

Los efectos secundarios atribuibles a bupropión más frecuentes son: insomnio, sequedad de boca y otros menos frecuentes (dolor de cabeza, náuseas, ansiedad, irritabilidad, hipertensión arterial, confusión, falta de apetito, alteraciones visuales y reacción alérgica). Bupropión no debe administrarse simultáneamente con ciertos antidepresivos (IMAO), betabloqueantes (utilizados en cardiopatía isquémica, arritmias, hipertensión arterial, temblor senil, migraña), antipsicóticos, levodopa (uti-

lizada en la enfermedad de Parkinson), antiarrítmicos (arritmias cardíacas) o anticomiciales (epilepsia). Está contraindicado en enfermos cardíacos, en pacientes con trastornos convulsivos actuales o pasados, así como en pacientes con cirrosis hepática grave, con alteraciones mentales bipolares, con bulimia, con anorexia nerviosa o con hipersensibilidad demostrada al fármaco o a cualquiera de sus excipientes.

Como conclusión, Bupropión es más eficaz que los parches de nicotina; es la primera terapia sin nicotina en comprimidos que actúa sobre la biología de la adicción a la nicotina; ayuda a reducir la compulsión a fumar y los síntomas de abstinencia producidos por la dependencia de la nicotina; y presenta un perfil de seguridad favorable.

EPÍLOGO

Volvemos al inicio. El tabaco hace enfermar y mata. El tabaquismo ex-

presa la dependencia hacia al tabaco, no sólo mental, sino física. El alquitrán es el responsable de las enfermedades inducidas por el tabaco; pero la sustancia responsable de la dependencia o adicción es la nicotina. Así, la nicotina hace que se perpetúe el hábito de fumar. Tratar la dependencia es el objetivo prioritario. Hoy es posible. Si usted, querido lector, es fumador... anímese a intentar dejar de fumar, merece la pena; si no es fumador, pero convive con fumadores, hable con ellos sobre lo que ha leído o déjeles que lo lean ellos mismos, siempre se lo agradecerán.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Jiménez Ruiz, CA. Tratamiento del tabaquismo. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2001; Suplemento I: 15-20.

Torrecilla M et al. Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Atención Primaria* 2001; 27: 629-636.

Soler E, Olcina J, Faus MT. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Trast Adictivos* 2001; 3: 28-42.

Balfour DJ. Neural mechanisms underlying nicotine dependence. *Addiction* 1994; 89: 1419-23.

Fowler JS, et al. Inhibition of monoamine oxidase b in the brains of smokers. *Nature* 1996; 379: 733-736.

Hurt RD et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-202.

Jorenby DE et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-91.

Bergen AW, Caporaso N. Cigarette smoking. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 1365-75.

Prochazka AV. New developments in smoking cessation. *Chest* 2000; 117: 1695-755.

Haustein KO. Pharmacotherapy of nicotine dependence. *Int J Clin Pharm Ther* 2000; 38: 273-90.

Tashkin DP et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1571-75 ■