

# El abordaje del tabaquismo

(Approaching tobacco addiction)

Arboniés Ortiz, Juan Carlos; González Santo  
Tomás, Ruth; Cerdeira Benito, Cristina;  
Ruiz Arellano, Marcos  
Centro de Salud de Beraun. Avda. Galtzaraborda 67.  
20100 Rentería

Recep.: 26.03.02

BIBLID [1577-8533 (2003), 5; 133-160]

Acep.: 11.07.02

---

*En el presente artículo se presenta una revisión con profundidad sobre el hábito del tabaquismo, y las consecuencias que tiene para la salud pública e individual. Analizamos cuales son las sustancias que hacen a esta droga tan atractiva para el consumo, sus consecuencias y cómo es el proceso de dejar de fumar. Se hace una revisión actualizada sobre los métodos que disponemos desde el mundo sanitario para ayudar al fumador a dejar su hábito. Las conclusiones que se transmiten son que dejar de fumar merece la pena, que a pesar de que esto es difícil es posible conseguirlo y que actualmente, si el fumador quiere dejarlo y necesita ayuda, existe un arsenal terapéutico extenso para ayudarle.*

*Palabras Clave: Dependencia del Tabaco. Dejar de fumar. Tratamiento.*

*Tabakismoaren mendekotasunari buruzko berrikuspen sakona aurkezten da artikulu honetan, eta horrekin batera osasun publikorako zein indibidualerako menpekotasun horrek dakartzan ondorioak ere. Hemen aztertzen dira droga hori kontsumorako hain erakargarria egiten duten gaiak, haren ondorioak, bai eta nolako den erretzeari uzteko prozesua ere. Erretzeleari mendekotasuna alde batera uzten laguntzearen, osasun munduan ditugun baliabideen berrikuspen eguneratua burutzen dugu hemen. Hona bideratzen diren ondorioak: erretzeari uztea merezi duela, hori lor daitekeela, zaila izan arren, eta gaur egun, erretzeleak tabakoa utzi nahi eta laguntza behar izatera, badela lagungarri gerta dakioken baliabide terapeutikoen aukera zabal bat.*

*Giltza-hitzak: Tabako mendekotasuna. Erretzeari uztea. Tratamendua.*

*On présente, dans cet article, une révision profonde sur l'habitude du tabagisme, et ses conséquences sur la santé publique et individuelle. Nous analysons quelles sont les substances qui rendent cette drogue aussi attirante pour la consommation, ses conséquences et quel est le processus pour arrêter de fumer. On fait une révision actualisée sur les méthodes dont nous disposons depuis le monde sanitaire pour aider le fumeur à abandonner son habitude. On arrive à la conclusion qu'arrêter de fumer vaut la peine, que bien que ce soit difficile c'est possible d'y arriver et qu'actuellement, si le fumeur le désire et a besoin d'aide, il existe un vaste arsenal thérapeutique pour l'aider.*

*Mots Clés : Dépendance du Tabac. Arrêter de fumer. Traitement.*

## 1. INTRODUCCIÓN

La opinión pública y los medios de comunicación se hacen frecuentemente eco de problemas tan importantes como el SIDA, los accidentes de tráfico o la enfermedad de las vacas locas. Sin embargo en el momento actual podemos considerar que el tabaquismo representa la amenaza más grave para la salud pública en los países desarrollados. Las repercusiones para la salud individual cada vez son más evidentes y el problema socioeconómico que representa para la comunidad se está tomando cada vez más en consideración.

Según la OMS más de 1.1 billón de la población mundial fuma por lo que se puede considerar que el tabaquismo es la drogodependencia mundialmente más extendida. El fumar tabaco se ha convertido en un hábito de vida más y es el compañero habitual de muchas personas, compañero que puede traerle graves problemas.

Podemos afirmar que **el tabaquismo es la primera causa de morbilidad evitable** en nuestra sociedad actual (1). Evitable en el sentido de que podemos hacer algo para prevenirla, no teniendo en este caso condicionantes genéticos. Hay enfermedades que sufren las personas por su herencia y contra esta a pesar de los importantes logros que se están realizando actualmente es imposible luchar.

Este incremento de morbilidad afecta sobretodo a personas con muchos años de vida por delante, hasta el punto de poder afirmar que **el consumo de tabaco es la primera causa de mortalidad prematura en nuestro medio** (2). La mitad de las muertes producidas por el tabaco ocurren entre los 35 y los 69 años de edad, perdiéndose un promedio de 20 a 25 años de vida. En EEUU La mortalidad atribuible al tabaquismo es mayor que la ocasionada por SIDA, alcohol, accidentes de tráfico, uso de drogas ilegales, incendios, homicidios y suicidios (3). En Euskadi, un 20% de todas las muertes son atribuibles al tabaco (4).

Frente a todo esto y queriendo ser positivos en este artículo además de revisar los componentes que hacen que esta droga sea tan atractiva, tratando de analizar los perjuicios que puede ocasionar su consumo queremos dejar claro un mensaje positivo afirmando que dejar de fumar funciona y que merece la pena intentarlo.

## 2. EPIDEMIOLOGÍA

Como hemos comentado el tabaquismo está considerada la drogodependencia más extendida mundialmente, pudiéndose considerar una pandemia dada su propagación universal. El 47% de los hombres y el 12% de las mujeres son fumadores (5).

El tabaco se cree responsable del 30% de todas las muertes que se producen entre los 35 a 69 años en países desarrollados (6) y se estima que la mitad de los fumadores de hoy morirán a causa de enfermedades relacionadas con el hábito tabáquico.

En España la prevalencia del tabaquismo, según la Encuesta Nacional de Salud (1997), en la población mayor de 16 años era del 35.7%, siendo un 64.3% no fumadores y ex fumadores el 15%. Según el sexo, los hombres fuman un 44.8%, y las mujeres un 27.2%. De los ex fumadores un 80% son hombres mayores de 45 años. La franja de edad en la que se concentran el mayor número de fumadores es la de 25 a 44 años, seguido de la de 16 a 24 años (7). El 60% de los fumadores ha intentado dejarlo, y un 11% ha conseguido abstinencias mayores a un año. El 21% dejó de fumar por consejo de su médico.

La prevalencia ha disminuido en comparación con los diez años anteriores, sobre todo en los varones, aumentando el número de mujeres jóvenes que se han incorporado al hábito tabáquico. El número de fumadores ha disminuido, pero no el número de cigarrillos consumidos. Un 30% de los fumadores consume menos de 10 cigarrillos al día, el 49.6% entre 11 y 20 cigarrillos al día, un 17.9% entre 21 y 40 cigarrillos al día y un 2.4% más de 40 cigarrillos al día. Estos dos últimos grupos se consideran grandes fumadores y son el 29% de los varones entre 25 y 44 años y el 6% de las mujeres entre 16 y 24 años (8).

En Euskadi, según datos de 1997 (ESCAV) fuma el 29% de la población, el 57% es no fumadora, y un 14% son ex fumadores. El 39% se declara fumador pasivo (9).

El inicio del consumo de tabaco se sitúa entre los 11 y 15 años de edad, y la dependencia se establece alrededor de los 16-17 años. Actualmente hay más chicas fumadoras entre los 14 a 18 años, invirtiéndose después esta tendencia habiendo más hombres fumadores. Se ha comprobado relación directa entre los fines de semana, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ligados a la idea de diversión entre los jóvenes (10).

## **2.1. Composición química del tabaco**

Para conocer los efectos del tabaco debemos conocer sus componentes, responsables tanto de sus efectos agradables como negativos.

La hoja del tabaco esta constituida en un 80% por agua, siendo el resto aminoácidos, amoniaco, hidratos de carbono...

Cada vez que encendemos un cigarrillo producimos una combustión en la que se han identificado más de 4.000 sustancias (TABLA N° 1). Con cada calada a un cigarrillo respiramos sustancias producidas en el lugar de combustión del cigarrillo y que son despedidas al ambiente(fase de partícula) y otras que

absorbemos a través del filtro del cigarrillo (fase gaseosa), las primeras son sustancias de muy pequeño tamaño y que llegan fácilmente hasta los lugares más profundos del pulmón, al estar en el ambiente pueden afectar tanto al fumador activo como al pasivo, suponen el 75% del aire inspirado por el fumador.

El humo del tabaco entra en nuestro cuerpo por la boca, faringe, bronquios, pulmón. Accede a la circulación a través de su absorción en el pulmón y en la mucosa de la boca y faringe. Puede dañar a todos los tejidos por los que atraviesa y a través de la sangre llega al resto de los órganos del cuerpo. Aunque debido a su composición y cantidad de hay órganos más susceptibles de sufrir enfermedades causadas por el tabaco, como son el pulmón, boca, faringe, vejiga (por donde se elimina la nicotina), cerebro y corazón.

Tabla N° 1  
**Algunas sustancias tóxicas del humo del tabaco**

Agua	Nicotina
Alquitrán	Amoniaco
Metano	Acetona
Óxidos de carbono	Nitrobenceno
Óxidos de nitrógeno	Benceno
Nitrosaminas	

### **Nicotina**

La nicotina es un alcaloide, se absorbe por piel y mucosas, siendo el pulmón y la boca, las vías habituales de entrada. Desde que se inhala en el pulmón hasta que llega al cerebro pasan unos 8 segundos. Atraviesa fácilmente la barrera con el cerebro y con el feto. Tiene una acción muy rápida que es motivo de su gran capacidad adictiva (la capacidad adictiva de una sustancia depende de lo rápido que se produzcan sus acciones centrales, y de lo intensas que éstas sean (7)), al fumar rápidamente comenzamos a sentirnos bien por lo que lo relacionamos fácilmente con la acción de fumar. La nicotina, se modifica en el hígado y esas sustancias nuevas se eliminan por el riñón. La vida media de eliminación de la nicotina es de 30-60 minutos.

En el cerebro la nicotina produce un aumento de ciertas sustancias como, Adrenalina, Endorfinas, que producen una sensación de placer y actividad; nos hace sentir bien aumentando las ganas de fumar otro cigarrillo. En el sistema metabólico aumenta el gasto energético y se queman más calorías, por eso al dejar de fumar se ganan un par de kilos o más, si también contamos con la ansiedad que produce el hecho de no fumar.

En la circulación, produce un aumento de la tensión arterial, mayor frecuencia de contracción del corazón y una disminución del diámetro de las arterias,

dificultando el riego sanguíneo y aumentando el riesgo de infartos en cualquier tejido, sobre todo en el corazón y en el cerebro. En el estómago produce un aumento de la salivación, náuseas, vómitos y aumento de las contracciones del intestino, absorbiéndose peor los nutrientes. (11)

### **Monóxido de carbono: (12)**

Es un gas tóxico, producido por la combustión del tabaco. Se une a la hemoglobina, sustancia que transporta el oxígeno por la sangre, disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos. Altera la pared de los vasos sanguíneos, formando placas de ateroma (obstrucciones parciales de los vasos), produciendo un aumento de la patología en corazón y cerebro.

### **N-Nitrosaminas, Benzo-A-Pireno: (12)**

Producen sustancias, que son capaces de actuar sobre los genes, impidiendo ciertas funciones de éstos como, la vigilancia de la formación de tumores de esta manera es más fácil que se produzcan los citados tumores.

El más frecuente es el de pulmón, en el que el tabaco es un responsable directo del 85% de estos cánceres. También puede aparecer cáncer de boca, laringe, faringe, esófago, estómago, páncreas, cuello uterino, riñón, uréter, vejiga, sistema sanguíneo.

### **Sustancias oxidantes: (12)**

Aparecen en el humo del tabaco, son radicales tóxicos del oxígeno son los más abundantes y presentan mayor capacidad oxidante. Actúan sobre la mucosa de los bronquios produciendo inflamación, aumento del número y tamaño de las glándulas, alteración de las células ciliadas, (son las que actúan como limpiadores moviendo el moco y las sustancias que llegan al pulmón), y rompiendo los bronquios y los alvéolos produciendo dilataciones (bronquitis y enfisema).

En resumen el tabaco puede producir:

Tumores de boca, lengua, faringitis, rinitis, enfermedad periodontal, aumento de los resfriados, afonías, bronquitis, enfisema. Tumores de pulmón, reflujo gastroesofágico, úlceras de estómago, trombosis vasculares que pueden precisar amputaciones. Infartos cerebrales, cardíacos, pancreáticos. Hipertensión arterial. Aneurismas. Tumores de riñón, uréter, vejiga..... Disminución de peso en los fetos. Envejecimiento de la piel. Peor capacidad respiratoria...

Como el tabaco es una droga produce dependencia física y psíquica y al dejar de fumar se produce el consiguiente síndrome de abstinencia (TABLA N° 2):

Tabla N° 2

**Síndrome de abstinencia nicotínico (13)**

SÍNTOMAS:	SIGNOS:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Malestar general, irritabilidad, inquietud, ansiedad, dificultad de concentración.</li> <li>2. Craving (deseo compulsivo de fumar)</li> <li>3. Somnolencia, cefaleas, aumento del apetito, alteraciones del sueño (insomnio).</li> <li>4. Temblor, tos, malestar gastrointestinal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disminución de la memoria reciente</li> <li>2. Deterioro de la vigilia y psicomotor, aumento de la hostilidad.</li> <li>3. Aumento de la actividad de alta frecuencia en el EEG (característica del despertar), y disminución de la actividad de baja frecuencia en el EEG* (características de la somnolencia y del despertar incompleto).</li> <li>4. Disminución de la frecuencia cardíaca, tensión arterial y catecolaminas circundantes. Aumento de la T° cutánea y del flujo sanguíneo periférico.</li> </ol>

\*EEG Electroencefalograma, registro eléctrico de la actividad cerebral.

**2.2. Tabaquismo pasivo**

Pero no solo el consumir directamente la sustancia puede traer problemas para la salud, se considera tabaquismo pasivo al que se produce al inhalar de forma involuntaria el humo del tabaco en espacios cerrados, procedente de la contaminación ambiental producida por los fumadores. La mayor parte de esta contaminación procede de la corriente secundaria, que es la que se origina de la combustión del cigarrillo, y es una de las causas de contaminación atmosférica en espacios cerrados.

La exposición pasiva al tabaco produce molestias en las mucosas, efectos nocivos en enfermos asmáticos y con cardiopatía isquémica, aumenta la incidencia de bronquitis agudas y neumonías en niños pequeños, y se ha comprobado que los recién nacidos de madres fumadoras tienen menos peso al nacer y aumenta su morbimortalidad perinatal.

Un 12% de los no fumadores se encuentran expuestos pasivamente al tabaco unas ocho horas al día, y de un 30 al 40% al menos una hora al día (14).

El tabaquismo pasivo se ha relacionado (15) con el cáncer de pulmón, aumentando el riesgo de aparición en un 25% en los no fumadores; en los niños, sobre todo hijos de fumadores, aumentan las infecciones respiratorias agudas en los menores de 4 años y la aparición de asma es más frecuente y con peor evolución. Los enfermos respiratorios tienen más síntomas con la exposición pasiva, se favorece el deterioro de la función pulmonar y se facilitan las agudi-

zaciones infecciosas. En los enfermos cardiovasculares se puede agravar o precipitar una cardiopatía isquémica preexistente y se aumenta el riesgo de muerte súbita de origen coronario.

Mención especial requiere la exposición pasiva que recibe el feto durante la gestación en una madre fumadora. La exposición se realiza a través de los componentes tóxicos que circulan por la sangre materna y que atraviesan la barrera placentaria. Se sabe que existe una relación directa entre el bajo peso al nacer y la cantidad de tabaco consumido durante el embarazo.

### **2.3. Tabaco y mujer**

En las últimas décadas del siglo XX se ha producido un espectacular aumento la incorporación de las mujeres al hábito tabáquico. En los países desarrollados las mujeres fuman casi tanto como los hombres, con una prevalencia del 12 al 45% de fumadoras (15). En los países en desarrollo la prevalencia es más baja, pero con un aumento del 3.4% anual.

El tabaco afecta nocivamente a las mujeres tanto como a los hombres y además con algunas particularidades. Se estima que el 25% de las mujeres fumadoras morirán por el tabaco.

1. Las particularidades del tabaco en las mujeres se centran en el aumento de riesgo de enfermedad tromboembólica y hemorragia cerebral cuando se asocia con el uso de anticonceptivos hormonales. Durante el embarazo, ya hemos comentado anteriormente, su asociación con bajo peso al nacer y aumento de los partos prematuros, abortos espontáneos, muertes perinatales y el síndrome de muerte súbita del lactante. También se ha observado en las fumadoras un aumento de la infertilidad de origen tubárico, alteraciones en la menstruación y un inicio de la menopausia unos 2 o 3 años antes con lo que esto implica en el aumento del riesgo de osteoporosis.

### **2.4. Beneficios del cese del tabaco**

Como vemos el tabaco afecta al organismo de forma generalizada, por lo que se pueden encontrar en una misma persona alteraciones en distintos órganos. Dejar de fumar se asocia con claros beneficios en la salud, en los fumadores de ambos sexos y a cualquier edad.

El tabaco es el factor de riesgo principal y modificable en la enfermedad cardiovascular, y los ex fumadores reducen su riesgo de eventos cardiovasculares rápidamente. El riesgo de cardiopatía isquémica baja de un 30 al 50% en 1 a 2 años tras el cese, llegando al riesgo basal a los 10-15 años. Dejar de fumar reduce claramente el riesgo de enfermedad vascular periférica y su mortalidad. La incidencia de accidentes cerebrovasculares isquémicos se reduce bruscamente al dejar de fumar y se iguala a la de los no fumadores en 5 años (15).

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) afecta a un 2.5-3.5% de los adultos en España, siendo la 4ª causa de muerte. La padecen un 15% de los fumadores con una relación directa con el número de cigarrillos e inversa con la edad de inicio del hábito tabáquico. Los beneficios de dejar de fumar implican un descenso en la pérdida de función pulmonar (FEV1) y esto se consigue incluso en edades avanzadas o estadios muy evolucionados. Además muchos ex fumadores mejoran de la tos y expectoración en el primer años tras el abandono del tabaco. Dejar de fumar también se ha asociado con la mejoría de otras enfermedades respiratorias como la Histiocitosis X, Bronquiolitis y Neumonias.

El tabaco se ha asociado al 30% de todos los tumores malignos, y dejar de fumar reduce el riesgo de cáncer así como de desarrollar una segunda neoplasia relacionada con el tabaco.

El abandono del tabaco reduce el riesgo de úlcera péptica, y acelera la curación de las ya producidas.

Dejar de fumar disminuye en las mujeres el riesgo de fractura de cadera asociado a la osteoporosis y llega a igualarse a la de las no fumadoras en 10 años (16).

## **2.5. Daños producidos por el tabaco**

Como hay ciertas personas que son susceptibles a cambiar de conducta cuando se les informa sobre los problemas que le puede acarrear dicha conducta podemos afirmar como resumen:

Aproximadamente el 90% de los cánceres de pulmón son causados por el consumo diario de tabaco.

El 95% de las personas que sufren bronquitis crónica son o han sido fumadoras.

Con el consumo de tabaco se alteran los vasos sanguíneos y se duplica la posibilidad de infarto de miocardio y otras enfermedades cardiocirculatorias.

Aumenta el riesgo de tener un niño con bajo peso al nacer.

Envejece prematuramente la piel.

Daña a las personas involuntariamente expuestas al humo del tabaco especialmente a niños y mayores (17).

## **3. DIAGNÓSTICO DE TABAQUISMO (12)**

Cuando nos planteamos cómo ayudar a una persona dejar de fumar tenemos varias herramientas para conocer la relación de la persona con el hábito ,la his-



toria tabáquica, la repercusión de ésta en el organismo, o cualquier otro tipo de patología que presente el individuo y que puede modificar la actitud terapéutica, tanto influyendo en el momento y la duración.

Los profesionales sanitarios utilizamos los siguientes instrumentos.

### 3.1. Historia clínica

#### ANAMNESIS:

Edad de inicio en el consumo del tabaco.  
Variabilidad en el consumo a lo largo de los años previos.  
Intentos previos de abandono del tabaco.

Características del consumo actual: Tipo de tabaco, dosis de nicotina, número de cigarrillos, patrón de conducta del fumador (cuanto fuma y porque motivo), inhalación del humo.

Fase de deshabitación: (18). *Precontemplación*, 30-50% de los fumadores. No desea dejar de fumar, ni siquiera se lo ha planteado. Los “pros” por continuar fumando, superan fácilmente a los “contras”. *Contemplación*, 60-70% de los fumadores. Quieren dejar de fumar a corto plazo (seis meses), puede haberlo intentado anteriormente, con lo que se pueden mostrar desesperanzados y frustrados. *Preparación*, 5-10% de los fumadores. Están dispuestos a poner fecha y dejar de fumar ya. *Acción*, ha dejado de fumar y lleva menos de seis meses sin fumar. *Mantenimiento*, lleva más de seis meses sin fumar, en esta fase disminuyen mucho las posibilidades de recaída.

#### MOTIVACIÓN:

Además de utilizar la Entrevista clínica como herramienta básica del profesional sanitario para conocer los motivos por los que el individuo quiere dejar de fumar y cual es el grado de su motivación, el test de Richmond puede resultar de utilidad. Para comenzar el tratamiento se considera necesaria una puntuación entre nueve y diez puntos.

#### TEST DE RICHMOND

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? 0-No 1-Sí.
2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo? 0-En absoluto hasta 3 decididamente sí.
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas? 0-En absoluto -3 sí.
4. ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?. 0-En absoluto hasta 3 decididamente sí.

De 0-6 la motivación es baja, de 7-9 la motivación es moderada, 10 motivación es alta. En resultados menores de nueve no está justificado ofrecer un programa de deshabitación tabáquica.

## ESTUDIO DE LA DEPENDENCIA FÍSICA:

Según el grado de dependencia podremos hacer una estimación del síndrome de abstinencia que sufrirá el paciente, y si precisará terapia farmacológica.

### TEST DE FAGERSTRÖM

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?  
Hasta 5 min-3p; de 6 a 30 min-2p; de 31 a 60 min-1p; más de 60 min 0 p.
2. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?  
El cigarrillo de la mañana -1p; cualquier otro-0p.
3. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?  
Menos de 10cig-0p; entre 11-20cig-1p; entre 21-30cig-2p; 31 0 más cig-3p.
4. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido? (hospital, cine...).  
Sí-1p; No-0p.
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse, que durante el resto del día? Sí-1p; No-0p.
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? Sí-1p; No-0p.

Las tres primeras preguntas son las más sensibles, se llama test de Fagerström reducido más rápido y sensible.

Entre 0-1p el 20% de los fumadores, indica una dependencia leve.

Entre el 2-3p otro 30% de fumadores, indica una dependencia leve, aunque son pacientes que pueden sufrir un síndrome de abstinencia.

Entre 4-5p el 30% de fumadores, indica dependencia alta, el paciente padecerá síndrome de abstinencia.

Entre 6-7 el 15% de fumadores, muy alta dependencia, tienen poca probabilidad de éxito, precisan terapia farmacológica generalmente con varios fármacos y apoyo psicológico.

Entre el 8-10 el 5% de fumadores, precisan apoyo y tratamiento durante largos periodos.

### ANAMNESIS POR APARATOS:

Preguntar por: Enfermedades cardiovasculares.  
Enfermedades respiratorias.  
Enfermedades digestivas.  
Enfermedades tumorales.  
Enfermedades reumatológicas.

### 3.2. Exámenes complementarios

#### COOXIMETRÍA

Medición de los niveles de monóxido de carbono en el aire espirado, la cifra de monóxido de carbono está en relación con el número de cigarrillos consumidos al día y con el patrón de consumo (inhalaación del humo, número de caladas, profundidad...). Se normaliza a partir de 48-72h del abandono del tabaco. Sirve para monitorizar y comprobar la abstinencia y para reforzar al fumador que esta dejando de fumar.

### 4. EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR

Antes de hablar de cómo dejarlo conviene saber **porqué se fuma**. Debemos tener en cuenta tres cuestiones:

1. **Fumar es una adicción:** La nicotina es una sustancia química potente que produce placer, aumenta la atención, disminuye el hambre, mejora el estado de ánimo y calma los síntomas de abstinencia.
2. **Fumar es una conducta aprendida:** Se asocia a situaciones de la vida cotidiana como salir con los amigos, beber café, descansar, estudiar...
3. **Fumar es una dependencia social:** Momentos claves de nuestra vida están asociados a un cigarrillo, bodas bautizos, celebraciones sociales, y sigue siendo un símbolo de iniciación a la vida adulta y un elemento de identificación en el grupo.

Por todo ello hoy sabemos que dejar de fumar es más complejo de lo que se pensaba hace algunos años. El **cambio de una conducta** no es un acto puntual, en general no se cambia bruscamente, es decir un fumador no pasa de la noche al día de ser *fumador* a *no fumador*, sino que es un proceso con varias **etapas o estadios** y que requiere un tiempo generalmente largo.

Prochaska y Di Clemente (19) consideran actualmente la existencia de 6 estadios del cambio (TABLA N° 3):

Tabla N° 3  
**Estadios del cambio**

<b>PRECONTEMPLATIVA</b> No ha pensado en dejarlo en los próximos 6 meses	<b>ACCIÓN</b> Desde el momento que deja el tabaco hasta pasados 6 meses
<b>CONTEMPLATIVA</b> Piensa cambiar en los próximos 6 meses	<b>MANTENIMIENTO</b> Desde los 6 meses hasta el año
<b>PREPARACIÓN</b> Pequeños cambios. Dispuesto a dejarlo en un mes	<b>FINALIZACIÓN</b> A partir del año de dejarlo
	<b>RECAIDA</b>

En el Estadio de **precontemplación** la conducta no es vista como un problema y el fumador manifiesta escasos deseos de cambiar en los próximos 6 meses.

En el Estadio de **contemplación** la persona empieza a ser consciente de que existe algún problema, aunque aparece el fenómeno de la ambivalencia., El *“quiero pero no quiero”* o *“me gustaría dejarlo pero no puedo”*. Se considera que un fumador está en este estadio cuando piensa dejarlo en los próximos 6 meses.

En el Estadio de **preparación** el fumador se ha planteado dejar de fumar dentro de los próximos 30 días y ha realizado ya pequeños cambios como fumar el primer cigarrillo más tarde, fumar menor número de cigarrillos...

La Etapa de **acción** es aquella en la que las personas han modificado su conducta y lo están consiguiendo. En el proceso del tabaquismo dura académicamente 6 meses. Este intervalo es donde se produce el mayor riesgo de recaídas.

El estadio de **mantenimiento** los individuos se esfuerzan por mantener las conductas aprendidas y evitar las recaídas.

La **recaída** ocurre cuando el individuo vuelve a conductas anteriores. Es un proceso normal en todo cambio de conducta y el fumador puede volver a estadios iniciales de precontemplación o contemplación. Por término medio todo fumador recae unas 3 o 4 veces antes de librarse definitivamente del tabaco.

Cuando después del periodo de mantenimiento no se produce la recaída nos encontramos en el último Estadio de **finalización**, adaptando el individuo la nueva conducta.

#### **4.1. Prevención del tabaquismo**

El tabaco ha sido un hábito socialmente aceptado, y aún lo es hoy, para un gran sector de la sociedad. La generalización de su consumo, alentada por los grandes intereses comerciales de las compañías tabaqueras, se produjo antes de que se conociera con evidencia científica los nocivos efectos del tabaco para la salud.

Las mayores dificultades para prevenir el tabaquismo son la aceptabilidad social del tabaco, el consumo generalizado, la publicidad agresiva de la industria tabaquera y los grandes intereses económicos asociados al tabaco.

Niveles de prevención del tabaquismo (20):

Protección de la salud: defensa de un medio ambiente libre de tabaco.

Legislación antitabaco.

Restricción del consumo en lugares públicos.

Promoción de la salud:

- Desarrollo de campañas antitabaco.
- Programas comunitarios de prevención.
- Programas escolares de prevención.
- Programas en empresas.

Prevención de la enfermedad:

Prevención primaria:

- Actitud ejemplarizante.
- Consejo antitabaco.
- Soporte terapéutico.

Prevención secundaria:

- Tratamiento precoz en pacientes con enfermedades derivadas del tabaco.

#### **4.2. Reducción del consumo de tabaco**

Un alto porcentaje de fumadores, sobre todo aquellos que se encuentran en fase de pre-contemplación y contemplación, querrían reducir su consumo de tabaco, pero no abandonarlo. Los profesionales de la salud deben de saber aconsejar a este grupo de fumadores cómo reducir su consumo, ya que se sabe que esto es beneficioso para su salud.

Los fumadores se plantean la reducción por motivos de salud, presión social y como paso previo al abandono del tabaco. Existen dos variables en la reducción del consumo: el número de cigarrillos al día y la aparición de síntomas del síndrome de abstinencia.

Es conocido que existe una relación proporcional entre el número de cigarrillos al día y el riesgo de desarrollar cáncer. Fumar más de veinte cigarrillos al día aumenta el riesgo que pasa a ser muy elevado en los que fuman más de cuarenta cigarrillos al día.

El 50% de los fumadores tienen síntomas relacionados con el tabaco, como tos, expectoración, disnea y sibilancias, y todos ellos en clara relación con el número de cigarrillos fumados al día.

El riesgo de enfermedad cardiovascular tiene una relación dosis-respuesta con el número de cigarrillos fumados al día.

El profesional sanitario se debe plantear la ayuda al fumador como un proceso en el que la reducción del consumo puede ser un paso previo en la ayuda para abandonar el hábito definitivamente.

El fumador debe decidir reducir el número de cigarrillos al día en al menos un 50% de su nivel basal. El beneficio para la salud se obtiene si se consigue un consumo menor o igual a 10 cigarrillos al día (un 50% menos de lo que consumen habitualmente la mayoría de los fumadores). Sería deseable que esta reducción se mantuviera a lo largo del tiempo como mínimo seis meses pero,

dada la gran capacidad de la nicotina para producir tolerancia, es poco probable que esto ocurra.

Pasos a dar para la reducción:

- 1º. Advertir al paciente de que lo ideal sería que dejara totalmente el consumo del tabaco.
- 2º. El fumador debe decidir cuántos cigarrillos debe dejar de consumir.
- 3º. El objetivo es disminuir de 2 a 4 cigarrillos al día para obtener al cabo de un mes una disminución en el 50% de su consumo diario.
- 4º. Los fumadores que reducen su consumo pueden padecer síndrome de abstinencia, por lo que puede ser útil el uso de terapia sustitutiva, que se ha demostrado segura y eficaz también en este grupo de fumadores (21).

## 5. TRATAMIENTO DEL HÁBITO TABÁQUICO

El abandono del tabaco debería ser un objetivo principal de todo profesional de la salud.

Existen una serie de técnicas para ayudar al fumador a dejar de serlo. Aún así, hay que tener en cuenta que la mayoría de los exfumadores lo dejaron por su propia cuenta, sin recurrir a ningún método formal.

En los siguientes apartados revisaremos el arsenal de técnicas y de tratamientos de los que disponemos actualmente para ayudar a la persona fumadora a dejar de fumar, teniendo siempre en cuenta que **dejar de fumar es posible, que sobre todo depende de que la persona quiera dejarlo, y que actualmente disponemos de un arsenal importante de técnicas para ayudar a la persona fumadora.**

### 5.1. El papel de la atención primaria en la ayuda al fumador en su proceso de cambio

Una de las tareas más específicas de la Atención Primaria es la de trabajar sobre la Promoción y Prevención de la salud. Tiene además como característica la gran accesibilidad de las personas. Más del 70% de la población asignada pasa por nuestras consultas de los centros de salud en 1 año y el promedio de visitas es de 4 a 6. Además, generalmente conocemos su entorno familiar y social y ello permite a los profesionales sanitarios personalizar el mensaje. La tercera ventaja es el trabajo en Equipo y multidisciplinar que permite compartir el proceso de ayuda al fumador.

El primer paso en esta tarea sería la **identificación** de todo fumador dentro de su historial clínico.

Es importante reseñar que nuestro abordaje de ayuda al fumador no puede ser igual para todos los fumadores y debe de tener en cuenta sobre todo el **esta-**

**dio de cambio** en que se encuentra, ya que las intervenciones adaptadas a cada etapa del cambio tiene mayor probabilidad de lograr mejores resultados. El resultado de esta primera evaluación determinará donde se centrarán los esfuerzos posteriores del profesional de la Atención Primaria de salud.

De este modo, en el estadio de **precontemplación** sobre todo debería actuar-se a nivel de la **información**, sobre los beneficios de dejar de fumar, los perjuicios de seguir haciéndolo, y las maneras posibles de conseguirlo, ofreciendo **ayuda** al fumador siempre que lo necesite y **positivizando** siempre los anteriores intentos si los hubiere. Todo ello debe realizarse con **mensajes claros, concisos y de forma personalizada**. El objetivo sería que el individuo que antes no veía como problema su conducta, empiece a darse cuenta de que quizás merece la pena abordar el cambio, es decir, intentar pasar de etapa precontemplativa a etapa contemplativa.

En el individuo en estadio de **contemplación** se produce el fenómeno de la **ambivalencia**, que es como una balanza entre el “*quiero pero no quiero*”. Desde el respeto a la autonomía del paciente y haciéndole sentirse comprendido el paciente expresará su relación con el hábito, los pros de fumar tabaco y los contras de hacerlo.

Es en estas dos primeras etapas del cambio, aunque conviene utilizarla en todas las fases, donde el profesional de atención primaria puede servirse de la herramienta de la comunicación utilizando técnicas de **entrevista motivacional básica: Preguntas abiertas** que permiten la libre expresión del paciente sobre su hábito. **Escucha reflexiva** en la que se hace de “espejo” del paciente para que el paciente profundice y reflexione en su forma de ver el hábito y su ambivalencia. El **reenfoque o la positivización** de lo conseguido o de simplemente ser capaz de hablar del tema. Los **Sumarios o resúmenes** de lo que se esta hablando para centrar al paciente y al profesional. Provocar **afirmaciones automotivadoras** de forma que sea el mismo paciente quien nos presente las propias razones para cambiar (22).

El objetivo del fumador en fase de contemplación sería que avance hacia la fase de preparación.

En el estadio de **preparación** ayudaremos al paciente a elegir la mejor estrategia, teniendo en cuenta sus propias necesidades. Muchos de los fumadores lo intentarán por si mismos y conseguirán dejarlo. Otros necesitarán de nosotros para que los acompañemos en el proceso a seguir. Para ello necesitaremos intervenciones más intensivas en las que probablemente precisaremos de más tiempo. En ellas deberemos analizar las **motivaciones, la dependencia, las conductas asociadas al habito de fumar y el apoyo social y familiar** que va tener el individuo en ese proceso. También es importante recoger las experiencias anteriores con **intentos previos** identificando lo que les resultó útil y las dificultades que tuvieron. El objetivo en esta fase podría ser el de lograr **pequeños cambios y fijar una fecha** para dejarlo.

En la fase de **Acción** trabajaremos con el paciente las mejores estrategias utilizando programas multicomponentes que incluyan técnicas de apoyo sociofamiliar, técnicas de reconducción de pensamientos y aprendizaje de habilidades para resolución de problemas. En ocasiones recomendaremos también tratamientos farmacológicos de eficacia probada, terapia de sustitución de nicotina, bupropion. Se puede incluir, durante este estadio o el anterior, la posibilidad de **tratamiento grupal**. Se empezará ya a la prevención de las recaídas analizando los momentos de mayor dificultad buscando el paciente sus propias alternativas al hábito o sugeridas por el profesional. Acordaremos **contactos de seguimiento** para ver la evolución.

El estadio de **mantenimiento** será una fase de afianzamiento de nuevas conductas y pautas de relación, y durante el seguimiento el profesional se ocupará sobre todo de **positivizar lo conseguido** buscando estrategias para **prevenir las recaídas**.

En la fase de **recaída** comprenderemos al paciente e intentaremos normalizar la recaída positivizando lo conseguido y, si el individuo lo desea, ayudando a retomar el proceso, según el nuevo estadio en que se encuentre.

Debemos recordar que estas intervenciones en fases avanzadas, preparación, acción mantenimiento, requieren quizás una preparación especial y más tiempo, pero en las primeras fases el tiempo requerido para trabajar, puede no exceder de 2 a 3 minutos el tiempo de un simple consejo.

En todo este proceso tendremos en cuenta que la evidencia indica que las intervenciones motivacionales para cambiar una conducta tienen más éxito cuando el profesional, médico o enfermera, es **empático, fomenta la autonomía del paciente** (por ejemplo a la hora de elegir entre opciones) y **apoya la autoeficacia**. (22)

## CONCLUSIONES

Después de lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que:

1. Ayudar a los pacientes a que dejen de fumar **merece la pena**.
2. Es el fumador quien realiza el proceso de cambio; nosotros, como profesionales sanitarios, podemos estimular este proceso.
3. El proceso de cambio se compone de varios estadios. Si nos adaptamos a cada estadio podemos realizar intervenciones más efectivas que ayuden al paciente a cambiar de estadio.
4. En todo este ciclo de cambio podemos utilizar herramientas comunicacionales (preguntas abiertas, escucha reflexiva, sumarios, positivizaciones, provocación de automotivación...) que catalicen el paso de un estadio a otro.
5. En estadios avanzados (preparación, acción, mantenimiento, recaída) son necesarias intervenciones más especializadas para ayudar al paciente a lograr su objetivo.



## 5.2. Materiales de autoayuda

Una de las limitaciones que tienen las intervenciones proporcionadas por personal entrenado es que llegan a un número limitado de gente. Es por ello que la mayoría de los fumadores que dejan de hacerlo lo hacen por ellos mismos, sin ninguna ayuda del sistema sanitario. Por tanto, los métodos que ayuden a esta gente suponen llegar a una gran proporción de la población fumadora,

El objetivo de este método es ofrecer algunas de las ventajas de las intervenciones más intensivas sin tener que acudir a sesiones de tratamiento, que consumen recursos del usuario y del sistema, lo que le permite llegar a una población más numerosa.

Los materiales de autoayuda pueden tener varios formatos: los materiales escritos son los más frecuentemente utilizados, pero también pueden proporcionarse videos, cintas de audio o programas de ordenador, No deben excederse en longitud y deben estar adecuados al nivel cultural de la población a la que van dirigidos.

Existe evidencia para decir que los materiales de autoayuda enviados por correo sin ningún tipo de contacto personal tienen un efecto en el abandono del tabaco, aunque este es pequeño. No obstante, dado que la población a la que van dirigidos es muy numerosa, las cifras absolutas son considerables (23,24).

No se han observado diferencias significativas entre uno u otro tipo de materiales. El añadir material escrito adicional o un video no se ha demostrado tampoco mejor que el material aislado (24).

El contacto breve para ofrecer consejo parece no añadir ningún beneficio (23, 24). Y el añadir algún tipo de material de auto-ayuda al consejo breve por parte de un médico o al tratamiento sustitutivo con nicotina tampoco se ha visto que sea más efectivo que el consejo o el tratamiento sustitutivo aislados (23).

Un problema de estos materiales de auto-ayuda es que no tienen en cuenta las características individuales y los problemas que tiene cada fumador cuando quiere dejar de fumar. La población objetivo se puede delimitar más dividiéndola según el grado de motivación o preparación para el cambio que tengan: fase pre-contemplativa, contemplativo y de acción.

El diseñar materiales para cada subgrupo de fumadores en función de su estadio de preparación para el cambio no añadía eficacia. Sin embargo sí se han visto útiles los materiales diseñados individualmente a través de cuestionarios encargados de recoger las características de cada participante, aunque no existe suficiente evidencia para determinar qué elementos de la personalización son los importantes. Sí que es interesante mostrar la intervención relevante para el individuo, haciendo énfasis en la situación de riesgo personal que tiene (23).

También es más efectivo el consejo telefónico adicional o el dejar una línea telefónica abierta de apoyo al fumador (23). Puede ser, considerada una solución de enlace entre el material de autoayuda y las intervenciones individualizadas, con el beneficio del contacto individual y sin tener que disponer de la, logística necesaria para los contactos personales cara a cara.

### **5.3. Consejo breve por un profesional de la salud**

Entre las personas responsables de la salud de una población se encuentran médicos, enfermeras, farmacéuticos, dentistas, trabajadores sociales, etc.

La evidencia no favorece a uno u otro profesional de la salud en cuanto a efectividad del consejo. Esta va a depender más del acceso a la población fumadora, del nivel de entrenamiento, de la experiencia y dedicación del profesional (25).

Todos deben preguntar por el estado de fumador o no fumador del paciente, aconsejar dejarlo, ayudarles en su esfuerzo por dejarlo y hacer un seguimiento (25, 26, 27).

El consejo breve por parte del Médico tiene un efecto pequeño aunque significativo en las tasas de abandono del tabaco (27, 26, 28). Un 2,5% de los fumadores dejarían de hacerlo sólo por el éste. Esta efectividad parece ser mayor si ya existe enfermedad preestablecida. Las maniobras adicionales y el ofrecer visitas de seguimiento tienen sólo un pequeño efecto añadido, aunque es, también significativo (27, 28).

La asociación Americana de Enfermeras postula que “la educación del paciente y las intervenciones preventivas para acabar con el uso del tabaco deben formar parte de la práctica de la enfermera” (29).

El consejo aumenta la probabilidad de abandono del tabaco, tanto en la atención primaria como en pacientes hospitalizados, aunque los resultados de los estudios son muy heterogéneos- dependen del estado basal del paciente, de la existencia de enfermedad, del ámbito de aplicación, etc.

El seguimiento telefónico sí que, aumenta la tasa de cesación. Las medidas de feed-back fisiológico (espirometría o medida del CO espirado) no tienen efecto en el resultado final (30).

Las enfermeras alcanzan, un elevado número de gente, por lo que el impacto en la salud pública es importante.

### **5.4. Intervención individual**

El tratamiento individual por parte de una persona especializada en cesación tabáquica es más efectivo que el consejo breve ofrecido por el médico (31).

Este tipo de intervenciones proporcionadas fuera de la práctica rutinaria pueden ayudar al fumador a dejarlo (31).

No existe evidencia de que sea mejor la terapia grupal que la individual, aunque sí que hay una tendencia no significativa a que es mejor la individual. (31)

El seguimiento se ha visto que es tan eficaz en entrevistas cara a cara que vía telefónica (31).

### **5.5. Terapia de grupo**

La terapia de grupo les ofrece a sus participantes la oportunidad para aprender técnicas de comportamiento que les ayudaran a dejar de fumar, así como proporcionarles apoyo mutuo.

Sus propósitos son:

- Análisis de los motivos para fumar.
- Aprendizaje de conductas.  
Compartir experiencias emocionales.
- Dar información.  
Enseñar nuevas técnicas.

Las sesiones pueden ser dirigidas por cualquier profesional del ámbito de la salud o incluso por participantes que hayan tenido éxito anteriormente (32).

Componentes de la terapia

- Fijar una fecha.  
Identificar las respuesta condicionadas implicadas en su conducta fumadora y aprender a interrumpalas.
- Hacer planes para hacer frente a la tentación de seguir fumando.  
Dar seguimiento y soporte social para el abandono y la abstinencia continuada.

El grupo se ha mostrado más eficaz que la auto-ayuda sola o que no hacer nada. Sin embargo no se ha visto que sea más eficaz que la intervención individual, ni que el consejo breve ofrecido por parte del médico o la enfermera. Tampoco es más efectivo añadir la terapia grupal al tratamiento sustitutivo con nicotina de éste solo (32).

No se han demostrados qué componentes de la terapia son los eficaces, así que el contenido del programa puede afectar a los resultados. Tampoco se ha visto que aumenten la eficacia el uso de dinámicas de grupo para manipular la interacción entre sus componentes (32).

Aunque las tasas de participación fueron bajas se observaba que completaban el tratamiento más pacientes en la terapia de grupo que en las intervencio-

nes de autoayuda. Los pacientes deben estar motivados para dejar de fumar y, además, para emplear tiempo y esfuerzo en acudir a las sesiones (32).

En resumen, la terapia de grupo puede ser útil para el paciente fumador motivado y con posibilidad de unirse a un grupo, Es interesante desde el punto de vista de la salud pública si existe respuesta por parte de los usuarios (es coste-efectiva).

## **5.6. Terapia sustitutiva con nicotina**

El objetivo es la reducción de los síntomas de abstinencia:

- Disforia, ánimo depresivo.
- Irritabilidad, frustración, enfado.
- Ansiedad.
- Insomnio.
- Dificultad para concentrarse.
- Abatimiento.
- Frecuencia cardiaca baja.
- Aumento del apetito, aumento de peso.

### **Tipos:**

#### **• Chicles:**

Existen en dosis de 2 y 4 mg.

La nicotina se absorbe directamente a través de la mucosa oral, alcanzándose concentraciones en plasma de alrededor de la mitad de las que se alcanzan con un cigarrillo. Los síntomas no se previenen completamente, pero sí se reducen. Se reduce también el efecto de euforia y el potencial de adicción (33).

Hay una serie de factores que limitan su uso:

- Efectos secundarios orales y gástricos: hipo, molestias gastrointestinales, dolor mandibular, problemas oro-dentales.
- Disminución de la absorción si se toman junto con café o bebidas ácidas.
- Dosificación inadecuada.
- Pueden provocar dependencia.

#### **• Parches transdérmicos:** Dosis de entre 7 y 22 mg.

Pueden ponerse durante 16 ó 24 horas al día. Al ponerlos durante la noche podemos conseguir un efecto beneficioso en grandes fumadores con deseo de fumar por la mañana, pero pueden causar trastornos del sueño.

Se alcanzan niveles en plasma aproximadamente del 40-50% de los alcanzados en grandes fumadores. Los síntomas se reducen, pero no se eliminan. Tienen bajo potencial de adicción.

Efectos secundarios: irritación cutánea leve que raramente les hace abandonar el tratamiento.

Son muy útiles en atención primaria por su facilidad de uso.

- **Spray nasal:**

Es el que mejor imita los cambios producidos en la concentración plasmática de la nicotina en una, persona fumadora. Pero tiene un mayor potencial de dependencia en comparación con el resto de formas.

Problemas: irritación nasal, rinorrea.

- **Inhaladores:**

Problemas: irritación de garganta, tos, quemazón en la boca, broncoespasmo.

- **Tabletas sublinguales:**

Problemas: hipo, quemazón o picor en la boca, dolor de garganta, tos, sequedad de labios, aftas.

Hay evidencia de que todas las formas disponibles de nicotina son efectivas en la cesación tabáquica, aunque también es verdad que se observa una alta tasa de recaídas; un 18% de los fumadores tratados no fumaban después de 12 meses. Debe darse un soporte mínimo consejo breve (28, 33, 34, 35, 36).

No existe evidencia de que una forma sea más efectiva que otra. Sólo el chicle de 4 mg se ha visto que es superior al de, 2 mg en fumadores con un alto nivel de dependencia, pero no en los que tienen baja dependencia (33, 36). En parches con altas dosis de nicotina tampoco se han visto que, sean mejores que los de 22 mg (26, 33).

No existe diferencia entre usar 16 ó 24 horas el parche, y que la duración del tratamiento sea superior a 8 semanas no añade nada a tratamientos de esa duración (33, 34).

La forma de suspender el tratamiento no influye en los resultados; es igual dejarlo gradualmente disminuyendo la dosis que abandonarlo bruscamente (33, 34).

Sí que aumentan las tasas de abandonos combinando diferentes formas de terapia sustitutiva con nicotina (33, 37).

El uso de terapia sustitutiva con nicotina como ayuda a otro programa de tratamiento es efectiva. Aunque los resultados obtenidos en clínicas especializadas son siempre mejores que en el ámbito de la atención primaria el tratamiento sus-

titutivo con nicotina no se ha visto más eficaz en uno u otro ámbito (33, 34). Así mismo, si añadimos tratamiento intensivo adicional aumentamos la probabilidad de cese. En enfermos hospitalizados se han visto peores resultados, presumiblemente en relación a enfermedades relacionadas con el tabaco que se asocian a una mayor dependencia nicotínica (33).

La terapia sustitutivo utilizada en personas que ya han tenido un episodio de recaída ha dado mejores resultados, aunque el efecto absoluto es pequeño (33).

No existe evidencia de que los eventos cardiovasculares sean más comunes en los grupos tratados con el parche de nicotina (26).

Factores que influyen en la efectividad de la nicotina (36):

- Marco donde se ofrece
- Intensidad del tratamiento ofrecido
- Nivel de dependencia nicotínica
- Motivación

## **5.7. Ansiolíticos y antidepresivos**

Algunos fumadores prefieren tratamientos que no lleven nicotina.

La ansiedad puede estar dentro del síndrome de abstinencia y fumar puede disminuir la ansiedad. Los ansiolíticos estarían dirigidos a disminuir la ansiedad dentro del síndrome de abstinencia y a reemplazar, al tabaco como sedante.

La depresión se ha visto que es más frecuente entre individuos fumadores que en no fumadores. El abandono del tabaco puede precipitar una depresión.

### **5.7.1. Ansiolíticos**

La clonidina actúa a nivel del sistema nervioso central reduciendo los síntomas de abstinencia y regulando las conductas adictivas. Se ha demostrado eficaz por vía oral o transdérmica en aumentar la tasa de abandono, pero su uso está muy limitado por sus frecuentes efectos secundarios (boca seca, sedación, fatiga) (38).

Ni el diazepam ni el meprobamato, ni el ondansetrón encontraron diferencias significativas comparadas con placebo. El diazepam no se vio que disminuyese los síntomas de abstinencia, aunque se valoraron pocos síntomas. Los efectos secundarios del meprobamato interfirieron en el tratamiento (39).

Sólo un ensayo ha encontrado beneficio significativo en la tasa de abandono y en la disminución de los síntomas de abstinencia con la buspirona en sujetos con alto nivel de dependencia, pero que no ha sido confirmado por otros ensayos (39).

Se encontró una dudosa diferencia estadísticamente significativa en pacientes tratados con metoprolol, un beta-bloqueante. El resto de beta-bloqueantes fueron ineficaces (39).

### 5.7.2. Bupropion (40)

El bupropión de liberación prolongada es un compuesto no nicotínico. Es un fármaco con efectos dopaminérgicos y adrenérgicos, actúa inhibiendo la recaptación neuronal de noradrenalina y dopamina, pero no de la serotonina. Ejerce efecto tanto en pacientes con o sin antecedentes de depresión.

Se toman 150 mg al día durante siete días y 150 mg cada 12h de mantenimiento. Se inicia una a dos semanas antes de abandonar el tabaco y se continúa siete a doce semanas después. Coste del tratamiento aproximadamente unas 25.000 ptas.

*Efectos secundarios:* los más frecuentes son insomnio y sequedad de boca. Para el insomnio se aconseja tomar la segunda dosis hacia las cinco de la tarde, separando esta toma al menos ocho horas de la anterior. Otros son vértigo, dolores articulares, ansiedad, cefalea, síndrome pseudogripal, convulsiones, hipertensión...

*Contraindicaciones:* en pacientes con historia de crisis convulsivas tanto pasadas como actuales., trastornos alimenticios (anorexia y bulimia), toma de inhibidores de la monoaminooxidasa en los últimos catorce días, historia de trastorno bipolar, cirrosis hepática grave, embarazo y lactancia.

*Precauciones (41):* en insuficiencia hepática y renal, en pacientes que tomen anticonvulsivantes, levodopa, abuso de alcohol, estimulantes o anorexígenos, antipsicóticos, antidepresivos, teofilinas o corticoides sistémicos. En historia de traumatismo craneal, tumor del sistema nervioso central. En diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina.

Noticias aparecida últimamente en diversos medios de comunicación, se refieren a diferentes casos de muerte asociados cronológicamente al tratamiento de deshabitación tabáquica con bupropión, las autoridades sanitarias no han establecido una relación causa efecto entre ambas, aparte de la coincidencia temporal no hay nada más que vincule las muertes con el consumo del medicamento (42).

Se ha visto que el bupropion es eficaz como ayuda al fumador que quiere dejarlo, bien sea sólo o combinado con terapia sustitutiva de nicotina. Disminuye los síntomas de abstinencia y el aumento de peso (26,39,43).

No influye que el fumador tenga antecedentes de depresión o no. El resultado obtenido parece que no es debido a su efecto antidepresivo tradicional (39,43).

De todas maneras no existe suficiente evidencia como para recomendar bupropion antes que la terapia sustitutivo con nicotina o viceversa (26).

### **5.7.3. Otros antidepresivos**

También se ha encontrado que la nortriptilina es eficaz, sin que influya la existencia de depresión previa (39).

No se ha demostrado efecto con la doxepina, la imipramina, el triptófano o la venlafaxina.

La fluoxetina parece tener un pequeño beneficio estadísticamente significativo. La moclobemida muestra una tendencia no significativa a aumentar la tasa de cese, aunque no tiene efecto sobre los síntomas de abstinencia (39).

### **5.8. Otros tratamientos farmacológicos**

El acetato de plata produce un sabor desagradable cuando se mezcla con el humo del tabaco, los que supone un estímulo adversivo. Pero no existe evidencia de que aumente la tasa de abandono (44).

La mecamilamina actúa como antagonista de la nicotina, inhibiendo el mecanismo de recompensa que produce el tabaco. La combinación de terapia sustitutiva con nicotina se ha demostrado sólo en dos estudios que sea más eficaz que la terapia sustitutivo sola (45).

Con la lobelina, los antagonistas opiáceos y las anfetaminas no existe evidencia suficiente sobre su eficacia (46).

### **5.9. Otros tratamientos no farmacológicos**

#### **• Hipnosis**

Ha sido ampliamente promovida. Actúa supuestamente sobre el deseo de fumar, disminuyéndolo, y fortaleciendo 1ª determinación para dejarlo.

Los resultados son contradictorios y muy heterogéneos, y no confirman que exista un efecto beneficioso en las tasas de abandono (47).

Aún así podría estar indicado en personas en las que han fallado otros métodos (26).

#### **• Aversión**

Su objetivo es contrarrestar el estímulo placentero que supone para el fumador un cigarrillo con otro estímulo negativo (fumar muy rápido), para así eliminar la necesidad de fumar.

Los estudios que se han revisado encuentran beneficio, aunque tienen serios problemas de método, por lo que no pueden ser tenidos en cuenta (48).



- **Acupuntura**

Se ha propuesto como tratamiento aduciendo que disminuye los síntomas de abstinencia, pero no se han encontrado diferencias comparando con controles o entre diferentes técnicas (49).

Podría ser útil, al igual que la hipnosis en personas que no han podido abandonar con otras técnicas (26).

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

1. FIORE, MC.; BAILEY, WC., COHEN, S. et al: Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline N° 18. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996. AHCPR publication N° 00-0032.
2. GONZÁLEZ-ENRÍQUEZ, J.; VILLAR-ÁLVAREZ, F. y cols. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992. 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-582.
3. MC GINNIS, J.M. et al. Actual causes of death in the United States. *Jama* 1993; 270:2207-2212.
4. ESNAOLA, S.; ALDASORO, E. Las enfermedades cardiovasculares en la C.A.P.V. *Osasunkaria*, 1994; 7:15-18.
5. World Health Organisation. Smoking Prevalence Data Sources and Quality. WHO, 1996. Ginebra. Suiza.
6. GONZÁLEZ, J.; RODRÍGUEZ, F.; MARTÍN, J. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clin* 1989, 92: 15-18. 3.
7. Tabaco. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.
8. MÁZ, A.; Nerín, I. Aspectos sociológicos del tabaquismo. PAR, 1996; Especial Congreso SEPAR: 31-38.
9. LEKUONA, J.; ANITUA, C. Evolución del tabaquismo en la Comunidad Autónoma del País Vasco desde 1986 a 1997. *Osasunkaria*, 1999; 17:2-9.
10. GARCÍA SAN CORNELIO, J.M. Tabaquismo: aspectos epidemiológicos. *Gac Med Bilbao* 2000; 97:83-85.
11. GARCÍA SAN CORNELIO, J.M. Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia nicotínica. *Gac Med Bilbao* 2000; 97:87-92.
12. Manual práctico de la terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento del tabaquismo. Dr Carlos Andrés Jiménez Ruiz. Dr Karl Fagerstöm. Novartis 2000.
13. Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial. Dr Carlos Andrés Jiménez Ruiz. Unidad de tabaquismo. Hosp universitario La Princesa. Madrid 1997.

14. SÁNCHEZ AGUDO, L. Riesgo del fumador pasivo. *Arch Bronconeumol* 1992; 28:109-111.
15. JIMÉNEZ RUIZ, CA. Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial. 1997 Nicorette. Pharmacia & Upjohn.
16. RENNARD, S.; DAUGHTON, D. Overview of smoking cessation. 2001 UpToDate.
17. Guía para dejar de fumar Gobierno Vasco servicio de publicidad edita departamento de sanidad. Comité de educación para la salud. Imprime Rotoatalatica.
18. PROCHAZCKA et al. *J Consult Clin Psychology*, 1983
19. PROCHASKA, JO.; GOLDTEIN, MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians in *Clin. Chast.Med*, 1991;12:727-735.
20. BARRUECO FERRERO, M. Prevención. En: Jiménez Ruiz CA. Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial. 1997. Nicorette. Pharmacia&Upjohn.
21. JIMÉNEZ RUIZ, CA. Reducción del consumo del tabaco. En: Jiménez Ruiz CA. Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial. 1997. Nicorette. Pharmacia&Upjohn.
22. MILLER WR.; ROLLNICK S. La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Ed. Paidós Ibérica S.A. 1999.
23. LANCASTER, T.; STEAD, LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
24. Review: Self-help interventions alone minimally increase smoking cessation. *ACP Journal Club* 1999;130:41.
25. RAW, M.; MCNEIL, A.; WEST, P. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: A Guide to effective smoking cessation interventions for the Health Care System. *Thorax* 1998; 53(5S):1-19.
26. RENNARD, S., DAUGHTON, D. Overview of smoking cessation. Up To Date. 2000.
27. SILAGY, C. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
28. Simple support and nicotípe replacement improve quit rates for smokers. *ACP Journal Club* 1996-124:46,
29. American Nurses Association Position statement: Cessation of Tobacco Use. Indianapolis 1995.
30. RICE, VH.; STEAD, LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library* Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
31. LANCASTER, T., STEAD, LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.

32. STEAD, LF.; LANCASTER, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
33. SILAGY, C., MANT, D.; FOWLER, G.; LANCASTER, T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review) *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
34. Meta-analysis: Nicotine replacement therapy is effective for reducing smoking. *ACP Journal Club* 1996; 125:70.
35. Transdermal nicotine patches plus counselling increased smoking cessation. *ACP Journal Club* 1991; 115:85.
36. Nicotine replacement is effective for smoking cessation. *ACP Journal Club* 1994;121:18.
37. A nicotine patch plus nicotine nasal spray was more effective than a nicotine patch alone for smoking cessation. *ACP Journal Club* 1999; 131:12.
38. GOURLAY, SG.; STEAD, LF.; BENOWITZ, NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
39. HUGHES, JR.; STEAD, LF.; LANCASTER, T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
40. MARTÍN CANTERA, C.; FERRER MORET, S. Bupropión un tratamiento no nicotínico para dejar de fumar *FMC* vol 8, nº 5; 343-349. Mayo 200
41. *Farmacia Comarca Gipuzkoa Este*. Hoja informativa nº3, Mayo 2001.
42. Información del Centro de Farmacovigilancia del País Vasco. *Farmacia Comarca Gipuzkoa Este* Hoja Informativa nº2, Enero 2002.
43. Bupropion alone or with a nicotine patch increased smoking cessation rates. *ACP Journal Club* 1999; 13 1:13.
44. LANCASTER, T., STEAD, LF. Silver acetate for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library* Issue 1; 2000. Oxford: Update Software.
45. LANCASTER, T.; STEAD, LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
46. STEAD, LF., HUGHES, JR. Lobelinr for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1 2000 Oxford: Update Software.
47. ABBOT, NC.; STEAD, LF.; WHITE, AR.; BAMES, J.; ERNST, E. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.

48. HAJEK, P.; STEAD, LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
49. WHITE, AR.; RAMPES, H.; ERNST E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.