

La asistencia clínica en el tabaquismo


gana vida
SIN TABACO




La Suma de Todos
 Comunidad de Madrid
www.madrid.org


SaludMadrid

La asistencia clínica en el tabaquismo

PRÓLOGO

El conocimiento científico de los aspectos clínicos del tabaquismo se ha incrementado significativamente en los últimos años. Sin duda, hoy en día ya no sólo sabemos que el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, sino que también conocemos de su prevalencia y factores epidemiológicos asociados y disponemos de importantes datos para realizar su correcto diagnóstico y su más adecuado tratamiento.

El Plan Regional para la Prevención y el Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid se ha desarrollado con gran éxito durante los últimos tres años. Uno de los objetivos de este Plan es procurar la mejor formación de todos los profesionales sanitarios, en los aspectos relacionados con el Diagnóstico y el Tratamiento del Tabaquismo. Sabemos que cuanto mayores sean los conocimientos clínicos de los profesionales, mejores y más eficaces serán sus intervenciones para el control de esta enfermedad. Este Manual que tan acertadamente ha sido titulado como: "*La asistencia clínica en el Tabaquismo*" desarrolla todos y cada uno de los aspectos clínicos de esta enfermedad que los profesionales sanitarios debemos conocer. Estamos convencidos que la lectura del mismo ayudará a muchos de nuestros profesionales sanitarios para un mejor conocimiento de este proceso patológico.

"*La asistencia clínica en el Tabaquismo*" es un libro pionero y original, en el que se especifican las claves para el abordaje práctico de la asistencia clínica a las personas fumadoras. Su lectura deja ver que no es una obra de un solo autor. A lo largo de sus páginas se traduce que su autoría se debe a un equipo multidisciplinar, a un equipo que ha trabajado codo con codo, abordando de forma conjunta y complementaria los diferentes aspectos que integran el conocimiento doctrinal de la disciplina del Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo. El equipo de la Unidad Especializada en Tabaquismo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha sido el autor de este trabajo. Creemos que su experiencia clínica, y su conocimiento científico han quedado perfectamente plasmados en este libro.

Para terminar, nos gustaría decir que no estamos ante un "libro más" sobre tabaquismo. Más bien, estamos ante un libro novedoso, original y necesario. Su fácil lectura, su rigurosidad científica, así como su indudable vocación asistencial, lo convierten en un instrumento de trabajo imprescindible para todos aquellos profesionales sanitarios que se inician en el Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo.

Félix Robledo Muga



© Unidad Especializada en Tabaquismo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Autores

Dr. Carlos A. Jiménez Ruiz. Doctor en Medicina. ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA. EXPERTO EN TABAQUISMO. JEFE DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA EN TABAQUISMO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Dr. Angel L. Guirao García. COORDINADOR DEL PLAN REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Dra. Ana Cicero Guerrero. LICENCIADA EN MEDICINA. ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA. EXPERTA EN TABAQUISMO

Dr. Juan José Ruiz Martín. LICENCIADO EN MEDICINA. ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA. EXPERTO EN TABAQUISMO

Dña. Maribel Cristóbal Fernández. LICENCIADA EN PSICOLOGÍA. EXPERTA EN TABAQUISMO

Dña. Marisa Mayayo Ulibarri. DIPLOMADA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA. EXPERTA EN TABAQUISMO

Dña. Noelia Amor Besada. DIPLOMADA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA. EXPERTA EN TABAQUISMO

Unidad Especializada en Tabaquismo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ÍNDICE

11	1. Bases neurofisiológicas de la dependencia a la nicotina. Adicción por el tabaco
12	Objetivos
	1.1. Introducción
	1.2. Receptor nicotínico
	1.2.1. Estimulación del receptor
	1.2.2. Estados del receptor
14	1.2.3. Fenómeno de up-regulation. Relación con la tolerancia y con el síndrome de abstinencia.
16	1.3. Vías neurofisiológicas de la dependencia por la nicotina
	1.3.1. Vía dopaminérgica
	1.3.2. Vía nor-adrenérgica
	1.3.3. Vías GABA-érgica y endocannabinoide
17	1.3.4. Vía glutamérgica
18	1.4. Dependencia por la nicotina. Adicción por el tabaco
19	No olvidar.....
20	Bibliografía
21	2. Síndrome de abstinencia y craving
22	Objetivo
	2.1. Introducción
	2.2. Síndrome de abstinencia
	2.2.1. Concepto
	2.2.2. Bases neurofisiológicas
23	2.2.3. Estudio clínico de los síntomas del síndrome de abstinencia.
24	2.2.4. Curso clínico del síndrome de abstinencia

	2.2.5. Significación clínica del síndrome de abstinencia y su relación con las recaídas
25	2.2.6. Cuestionarios para medir el síndrome de abstinencia
	2.2.6.1 Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS)
26	2.3. Craving
	2.3.1. Concepto
	2.3.2. Bases neurofisiológicas
	2.3.3. Estudio clínico del craving
27	2.3.4. Significación clínica del craving y su relación con las recaídas.
28	2.3.5. Cuestionarios para medir craving
	2.4. Aproximación terapéutica al síndrome de abstinencia y al craving
29	2.4.1. Tratamiento psicológico
	2.4.2. Tratamiento farmacológico
31	No olvidar...
32	Bibliografía
33	3. El tabaquismo como enfermedad adictiva y crónica. Consideraciones generales
34	Objetivos
	3.1. Introducción
	3.2. Concepto
35	3.3. Epidemiología del tabaquismo
	3.4. La planta del tabaco
36	3.4.1. Constituyentes del humo del cigarrillo
	3.5. Manifestaciones clínicas del tabaquismo activo

38	3.6. Manifestaciones clínicas del tabaquismo pasivo
	3.7. Curso clínico del tabaquismo
39	3.7.1. Etapas de inicio al consumo del tabaco
	3.7.2. Etapas de abandono del consumo del tabaco
40	3.8. Consideraciones generales sobre el diagnóstico del tabaquismo
41	3.8.1. Cantidad de tabaco consumido
	3.8.2. Determinación de la fase de abandono de consumo de tabaco en la que el sujeto se encuentra
42	3.8.3. Análisis de la motivación para el abandono del tabaco
	3.8.4. Determinación del grado de dependencia física por la nicotina. Test de Fagerström
43	3.8.5. Análisis de los intentos previos de abandono y motivos de recaídas
	3.8.6. Medición de los niveles de CO en el aire espirado
45	3.9. Tratamiento del tabaquismo. Consideraciones generales
46	3.9.1. Intervenciones conductuales
	3.9.2. Tratamiento farmacológico
47	No olvidar...
48	Bibliografía
49	4. El estudio clínico específico del sujeto fumador
	Objetivo
	4.1. Introducción
	4.2. Concepto
	4.2.1. Datos de identificación del paciente o datos administrativos

	4.2.2. Anamnesis general
	4.2.3. Historia de Tabaquismo
51	4.2.4. Estudio del ámbito social
	4.2.5. Estudio de dependencias
52	4.2.6 Exámenes complementarios
53	4.2.7. Diagnóstico
54	No olvidar...
55	Bibliografía
57	5. Tratamiento psicológico
58	Objetivos
	5.1. Introducción
	5.2 Concepto
	5.3. Técnicas de afrontamiento desde el modelo conductual
	5.3.1. Control estimular
	5.3.2. Desensibilización sistemática
	5.3.3. Reforzamiento
59	5.4. Técnicas de afrontamiento desde el modelo cognitivo-conductual
	5.4.1. Reestructuración cognitiva
	5.4.2. Detención del pensamiento
	5.4.3. Técnicas de distracción
	5.4.4. Autoinstrucciones
	5.4.5. Entrenamiento en autocontrol
	5.4.6. Técnicas de imaginación
60	5.4.7. Solución de problemas

	5.5. Terapia grupal
	5.5.1. Estructura
61	No olvidar...
62	Bibliografía
63	6. Tratamiento farmacológico
64	Objetivo
	6.1. Introducción
	6.1. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)
	6.2.1. Chicle de nicotina
65	6.2.2. Comprimidos de nicotina para chupar
66	6.2.3. Parche de nicotina
67	6.2.4. Contraindicaciones de la TSN
68	6.3. Otros usos de la TSN
	6.3.1. TSN a dosis altas
69	6.3.2. Reducción del consumo como paso previo al abandono. Método RHD
70	6.3.3. Terapia combinada
	6.4. Bupropión (zyntabac®)
	6.4.1. Mecanismos de acción
	6.4.2. Posología
	6.4.3. Eficacia
71	6.4.4. Contraindicaciones y efectos secundarios
72	6.4.5. Tratamiento farmacológico combinado
	6.5. Vareniclina (champix®)
	6.5.1. Mecanismo de acción
	6.5.2. Posología y forma de uso

73	6.5.3. Eficacia y duración óptima del tratamiento
	6.5.4. Efectos secundarios
74	No olvidar...
	Bibliografía
75	7. Prevención y tratamiento de recaídas
76	Objetivos
	7.1. Introducción
	7.2. Concepto
	7.3. ¿Cómo se produce la recaída?
	7.3.1. Modelo de estado
77	7.3.2. Modelo de aprendizaje social
	7.3.3. Modelo bio-conductual
	7.3.4. Modelo de afrontamiento del estrés
	7.4 Factores condicionantes de la recaída
	7.4.1. Factores personales
	7.4.2. Factores ambientales
78	7.5. Prevención y tratamiento de recaídas
	7.5.1. Abordaje psicológico
79	7.5.2. Abordaje farmacológico
81	No olvidar.....
82	Bibliografía
83	8. Anexo

1. BASES NEUROFISIOLÓGICAS DE LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA. ADICCIÓN POR EL TABACO

Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son:

- 1.- Conocer la morfología y función del receptor nicotínico. Comprender el concepto de "up-regulation" y sus implicaciones en el síndrome de abstinencia y en el proceso de tolerancia: crónica y aguda.
- 2.- Conocer las vías neurofisiológicas implicadas en la dependencia por la nicotina y la adicción por el tabaco.
- 3.- Entender y saber diferenciar los conceptos: dependencia a la nicotina y adicción al tabaco.

1.1. Introducción

A lo largo de este capítulo comentaremos la estructura del receptor acetil -colinérgico y sus implicaciones en el desarrollo de dependencia y adicción. Además expondremos las principales vías neurofisiológicas que están comprometidas en estos procesos.

1.2. Receptor nicotínico

La nicotina ejerce su acción principalmente sobre receptores acetilcolinérgicos situados en las membranas de neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. (ATV). La nicotina compite con la acetil-colina por la ocupación de estos receptores. La droga tiene mayor afinidad por ellos que el neurotransmisor. Los receptores nicotínicos son, pues, receptores colinérgicos constituidos por cinco cadenas polipeptídicas. Estas cadenas se diferencian en su secuencia amino-ácida. Los receptores más numerosos están formados por dos cadenas alfa4 y tres cadenas beta2. No obstante, también existen receptores formados por cadenas idénticas, por ejemplo, el receptor alfa7, formado por cinco cadenas alfa7. La presencia de la cadena beta2 parece imprescindible para que se desarrolle el proceso de dependencia.

12

1.2.1. Estimulación del receptor

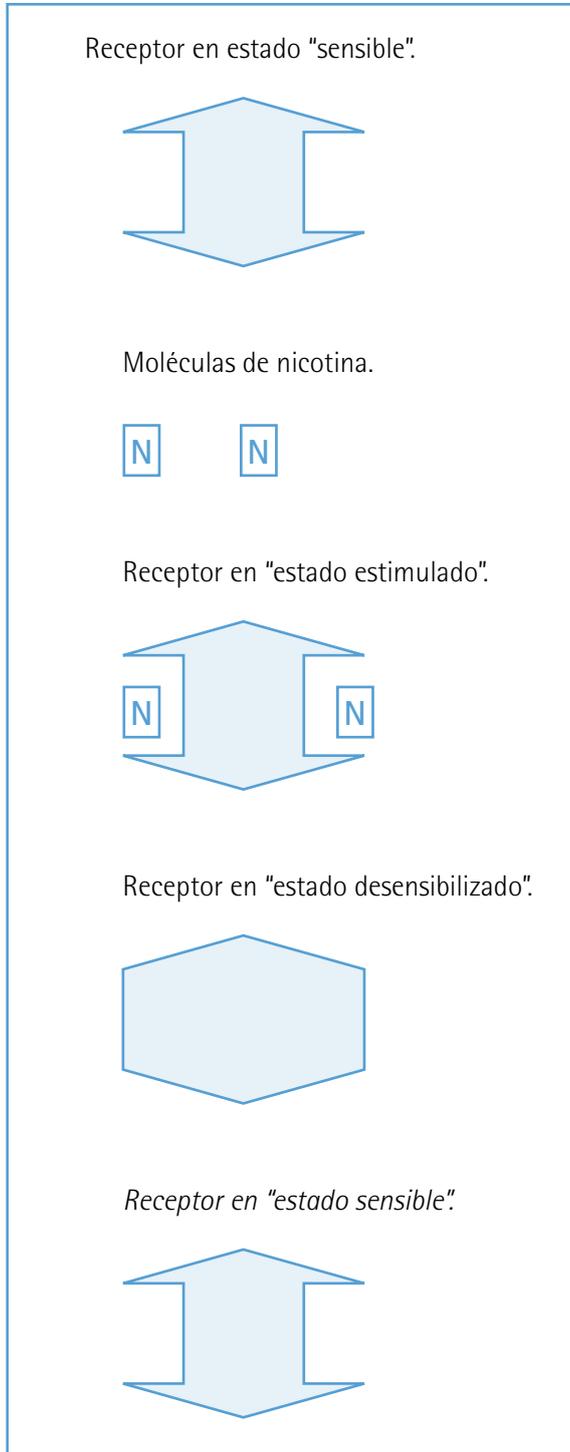
En general, dos moléculas de nicotina son capaces de estimular las cadenas del receptor. Como consecuencia de esa estimulación, se altera la carga eléctrica de la cadena polipeptídica y ello lleva a que se abra un canal en el interior del receptor. A través de dicho canal pasan iones calcio, al interior de la neurona. Ello lleva a que se incremente la presión oncótica intra-neuronal y, de esa forma, se facilita la liberación de neurotransmisores por parte de la neurona hacia el espacio intersináptico.

1.2.2. Estados del receptor

El receptor nicotínico es estimulado por las moléculas de nicotina cuando está en "estado sensible", después de ello se altera la carga eléctrica de sus cadenas polipeptídicas para permitir el paso de iones a través de su interior. Mientras ocurre esto, el receptor nicotínico se encuentra en "estado estimulado". Posteriormente, las cadenas polipeptídicas del receptor nicotínico recuperan poco a poco su carga eléctrica. En este proceso, se dice que el receptor está en "estado de desensibilización". En esta situación no puede ser estimulado por nuevas moléculas de nicotina. Cuando la carga eléctrica de las cadenas polipeptídicas es totalmente recuperada, el receptor abandona el "estado de desensibilización" y vuelve a recuperar su "estado sensible", momento en el cual es susceptible de ser nuevamente estimulado por otras moléculas de nicotina. Ver figura 1.

Figura 1

Estados del receptor nicotínico. Representación esquemática.



1.2.3. Fenómeno de up-regulation. Relación con la tolerancia y con el síndrome de abstinencia.

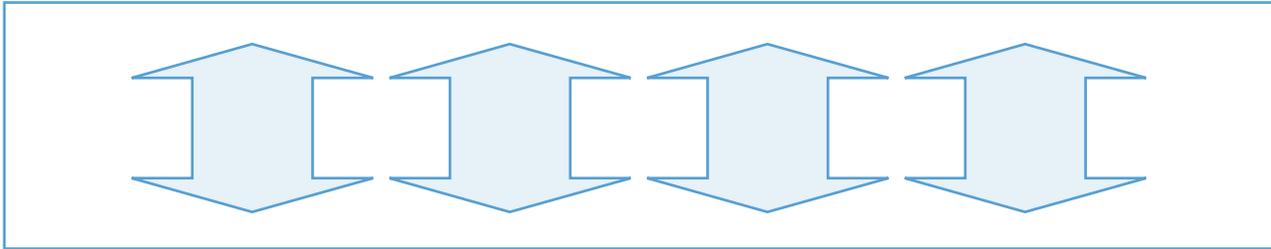
Los receptores nicotínicos se encuentran situados en la membrana de las neuronas. La figura 2A es una representación esquemática de una neurona con varios receptores nicotínicos en estado sensible. Cuando la persona fumadora consume un cigarrillo, la nicotina estimula algunos de esos receptores y en ellos se operan los cambios de estado comentados con anterioridad. Se pasa, entonces, a la situación representada en la figura 2B. Es decir, algunos receptores nicotínicos están estimulados, otros están desensibilizados y algunos otros siguen en estado sensible. Si en esta situación, la persona fumadora vuelve a consumir otro cigarrillo, como es el caso de los fumadores habituales, aparecerán nuevos receptores nicotínicos para ser estimulados, como se observa en la figura 2C. Este es el fenómeno de la up-regulation. Es decir, aumento en el número de receptores nicotínicos de las neuronas. Los fumadores consumen tabaco en un intento de mantener permanentemente estimulados todos sus receptores nicotínicos y de esta forma evitar la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia. Después de un periodo de abstinencia de 6 a 8 horas, los fumadores tienen todos sus receptores en "estado sensible" y están ávidos de ser estimulados por nuevas moléculas de nicotina. Esto explica, la necesidad por el primer cigarrillo del día en fumadores dependientes después del periodo de abstinencia nocturna. Cuando la persona fumadora abandona el consumo del tabaco, sus neuronas estarán cargadas de receptores nicotínicos que no pueden ser estimulados por la nicotina. Esto llevaría a la aparición del síndrome de abstinencia. Figura 2D.

El fenómeno de la tolerancia está relacionado con el número y la funcionalidad de los receptores nicotínicos. La tolerancia se define como la necesidad de ingerir una mayor cantidad de droga de forma progresiva para obtener los mismos efectos. Se definen dos tipos de tolerancia. La tolerancia crónica que en el fumador ocurre a lo largo del día y que está en relación con el número de receptores nicotínicos y la tolerancia aguda que ocurre inmediatamente después del consumo de un cigarrillo. Este tipo de tolerancia está en relación con los cambios en los "estados del receptor".

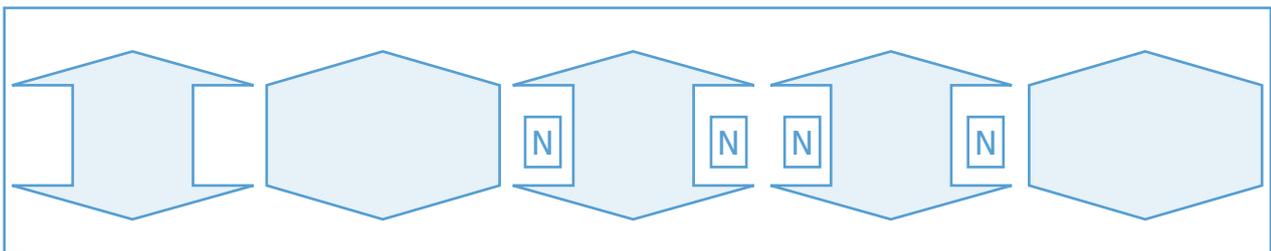
Figura 2

Fenómeno de "up-regulation". Representación esquemática.

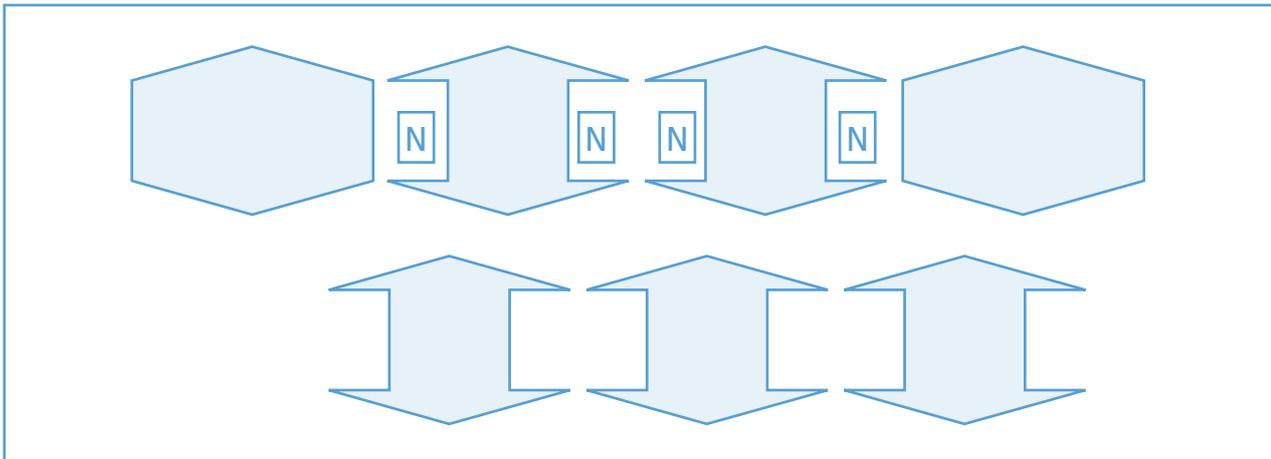
A. Neurona con varios receptores nicotínicos en estado sensible.



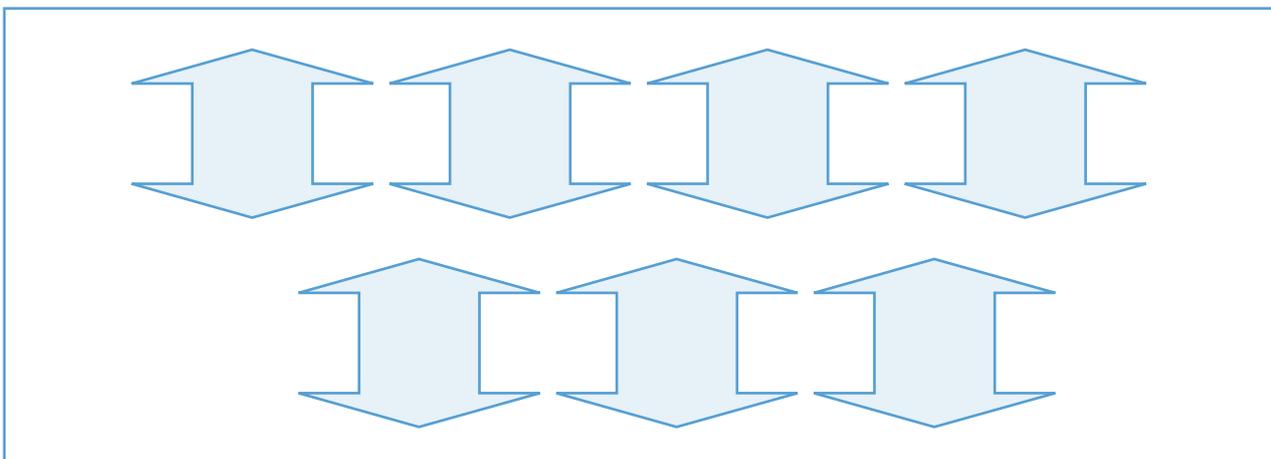
B. Neurona con varios receptores nicotínicos tras el consumo de un cigarrillo



C. Neurona en "up regulation".



D. Neurona en "up regulation" y fumador abstinentes con Síndrome de Abstinencia.



1.3. Vías neurofisiológicas de la dependencia por la nicotina

Las vías neurofisiológicas implicadas en la dependencia por la nicotina son las siguientes: dopaminérgica, nor-adrenérgica, GABA-érgica, glutamérgica y la endocannabinoide. De todas ellas, la vía dopaminérgica es la que juega un papel más relevante. A continuación las comentaremos más detenidamente.

1.3.1. Vía dopaminérgica

Desde los cuerpos neuronales situados en el ATV del meséncéfalo, se extienden prolongaciones axonales hasta diferentes localizaciones del sistema nervioso central (SNC): las neuronas situadas en el cortex cerebral, las neuronas del núcleo accumbens (NA) y aquellas localizadas en el locus ceruleus (LC). La vía formada por las conexiones neuronales entre los cuerpos del ATV y el NA es la vía dopaminérgica.

El NA está formado por un grupo de neuronas interconectadas entre sí, en el que anatómicamente se describen dos partes: el core y el shell. Cuando un joven comienza a consumir tabaco y fuma sus primeros cigarrillos, la nicotina que inhala estimula los receptores nicotínicos de las neuronas del ATV, ello causa liberación de dopamina en el shell, pero no en el core del NA. Esto lleva a que el joven adquiera la conducta de consumir tabaco, aunque todavía no tenga dependencia por la nicotina. Como quiera que el joven, debido a que ha adquirido la conducta de fumar, sigue consumiendo tabaco; la nicotina que inhala sigue estimulando los receptores de las neuronas del ATV. Y ello lleva a que se libere dopamina tanto en el shell como en el core del NA.

Por otro lado, es de tener en cuenta que la administración de nicotina se asocia a una serie de factores externos. Por ejemplo, el olor del humo del tabaco, el sabor y la sensación que el humo causa cuando atraviesa la orofaringe y estimula terminaciones nerviosas situadas en esa zona y los factores medioambientales que normalmente se asocian al consumo del tabaco: relaciones sociales, consumo de bebidas alcohólicas, estrés, etc. Todos estos factores que se asocian con la administración de nicotina sirven, a su vez, para incrementar aún más los niveles de dopamina en el NA. Es más, incluso, pueden comportarse como estímulos para el consumo del tabaco. Es decir que cuando un sujeto adicto a la nicotina, es sometido a estos factores externos, va a tener necesidad de consumir la droga. Este es uno de los mecanismos que explica la producción de recaídas.

16

1.3.2. Vía nor-adrenérgica

Esta vía está constituida por las prolongaciones axonales existentes entre los cuerpos neuronales del ATV y el LC. La estimulación de los receptores nicotínicos conduce a un incremento de la liberación de nor-adrenalina en el LC. La nor-adrenalina en el LC es capaz de estimular receptores alfa y beta. La estimulación de los receptores alfa contribuye a que no aparezcan síntomas del síndrome de abstinencia tan importantes como la ansiedad, la irritabilidad y el nerviosismo. La falta, pues, de liberación de nor-adrenalina en el LC en los adictos a la nicotina, cuando no consumen tabaco, es uno de los principales mecanismos de producción del síndrome de abstinencia y, como tal, uno de los responsables del fracaso en la abstinencia. No obstante, hemos de considerar que la nor-adrenalina del LC también estimula receptores beta. La estimulación de estos receptores contribuye a que el fumador memorice los factores externos que se asocian al consumo de la nicotina.

1.3.3. Vías GABA-érgica y endocannabinoide

Las neuronas GABA-érgicas ejercen control de las neuronas dopaminérgicas. En tanto que estas son estimuladas por la nicotina para la liberación de dopamina en el NA. Aquellas, las GABA-érgicas, ejercen una acción inhibitoria de las neuronas dopaminérgicas impidiendo o disminuyendo la liberación de dopamina por las mismas. De esta forma se auto-controla la liberación de dopamina por estas neuronas.

Recientemente, se han puesto de manifiesto un grupo de receptores de membrana que están situados en las membranas de diferentes células del organismo. Se trata de los receptores cannabinoides. Existen dos tipos: receptores CB-1 situados en los adipocitos y en muchas neuronas del SNC, sobretodo en las del ATV del mesencefalo y receptores CB-2 que se sitúan, además de en las anteriores localizaciones, en los linfocitos. Estos receptores son activados por los endocannabinoides. Los endocannabinoides son sustancias que se producen sólo en determinadas circunstancias, a partir de los fosfolípidos de la membrana celular. Se han descrito fundamentalmente dos tipos: la anandamida y el ácido 2-araquidinoilglicerol. Estas sustancias son producidas por las propias células cuando existe una hiperestimulación de sus membranas. Cuando son sintetizadas, se liberan y estimulan los receptores antes explicados, los CB-1 y los CB-2. La estimulación de estos receptores conduce a que la hiperestimulación de la membrana desaparezca. Podemos considerar que la vía endocannabinoide es un mecanismo de auto-regulación que tienen las células del cuerpo humano para controlar la excitabilidad de sus membranas.

Hoy en día se considera que el sujeto fumador esta sometiendo a las membranas de sus neuronas dopaminérgicas y GABA-érgicas a un continuo efecto excitatorio. Es por ello, por lo que se habla de que el tabaquismo es una situación en la que se produce una hiperestimulación de las membranas de las neuronas dopaminérgicas e incluso de las neuronas GABA-érgicas. Por ello, el tabaquismo condiciona que se desencadene la producción de endocannabinoides para que se estimulen los receptores CB-1 y de esta forma se vuelva a la normalización de la excitabilidad de las membranas. Como quiera que las acciones de la vía endocannabinoide se hacen mas patentes en las neuronas GABA-érgicas, la situación que acaece en el tabaquismo crónico es que la estimulación de los receptores CB-1 de las membranas de estas neuronas lleva a que no puedan ejercer su actividad inhibitoria de las dopaminérgicas. Esto lleva a un mayor incremento de los niveles de dopamina en el NA.

1.3.4. Vía glutamatergica

En las membranas de las neuronas del ATV del mesencefalo no sólo existen receptores nicotínicos alfa4 beta2, existen, además, receptores alfa7. La estimulación, por parte de la nicotina, de este tipo de receptores facilita la liberación de glutamato al espacio intersináptico. De esta forma el glutamato afecta a receptores NMDA de las neuronas post-sinápticas. La estimulación por el glutamato de estos receptores NMDA sirve para potenciar y alargar el efecto de la nicotina en cuanto a la liberación de dopamina.

Tabla 1

VÍAS IMPLICADAS EN LA DEPENDENCIA. RESUMEN	
Acciones que causan incremento de dopamina en el NA	Acciones que causan incremento de nor-adrenalina en el LC
Estimulación de receptores alfa4 beta2 de las neuronas ATV.	Estimulación de receptores alfa4 beta2 de las neuronas del ATV.
Estimulación de receptores alfa7 de las neuronas del ATV.	
Estimulación de los receptores CB1 de las neuronas GABA-érgicas.	
Presencia de factores externos asociados al consumo de nicotina y memorización de los mismos.	

1.4. Dependencia por la nicotina. Adicción por el tabaco

Teniendo en cuenta todos estos mecanismos podemos concluir que bien como consecuencia de la estimulación que la nicotina hace en los receptores de las neuronas del ATV y bien como consecuencia de la actividad estimuladora que realizan los factores externos asociados al consumo del tabaco; se produce un considerable incremento de dopamina en el NA. Esta situación lleva a que el número de receptores dopaminérgicos en las sinapsis del NA se incremente sensiblemente y aparezcan receptores dopaminérgicos extrasinápticos y supernumerarios. La aparición de estos receptores supernumerarios situados fuera de las sinapsis es lo clave para que el fumador desarrolle dependencia por la nicotina. Cuando estos receptores son ocupados por las moléculas de dopamina se produce un incremento de las sensaciones placenteras y de recompensa en el sujeto y ello lleva a hedonia y a incremento de las propiedades reforzadoras de nicotina. Y en consecuencia, a adicción por el consumo de cigarrillos.

Resumiendo, podemos concluir que la administración de nicotina mediante el consumo del cigarrillo produce lesiones orgánicas en las neuronas del ATV del mesencéfalo y del NA: incremento en el número y función de los receptores nicotínicos alfa4 beta2 y aparición de receptores dopaminérgicos supernumerarios y extrasinápticos. Tabla 1. Estas lesiones convierten al fumador en dependiente de la nicotina y esta dependencia produce alteraciones físicas y psíquicas en el fumador (Síndrome de abstinencia). Este síndrome conduce a una búsqueda "incontrolada e insana" de la nicotina a través del consumo continuado de cigarrillos. Por ello, se debe entender que la dependencia de la nicotina conduce a la adicción por los cigarrillos, o lo que es lo mismo, a la adicción por el tabaco inhalado. Sin duda, la administración de nicotina mediante el consumo de cigarrillos o puros es la forma más rápida y segura de llegar a ser dependiente de esta droga. Se entiende así, por qué el tabaquismo es considerado como una enfermedad en la que la lesión orgánica (trastornos en receptores nicotínicos y en receptores dopaminérgicos) lleva a aparición de dependencia por la nicotina y de adicción por el consumo de cigarrillos.

No olvidar...

- a) Los receptores nicotínicos son receptores acetil-colinérgicos constituidos por dos cadenas alfa4 y tres cadenas beta2. La presencia de la cadena beta2 parece imprescindible para que se desarrolle el proceso de dependencia.
- b) El estado del receptor nicotínico recorre un ciclo como consecuencia de ser estimulado por la nicotina: cuando es estimulado se encuentra en "estado sensible" y cambia a "estado estimulado" momento en el que se operan cambios eléctricos en sus cadenas polipeptídicas. Más tarde, evoluciona a "estado desensibilizado", situación en la cual su actividad eléctrica se está recuperando, pero permanece insensible a nuevas moléculas de nicotina. Por último, y después de recuperar la carga eléctrica de sus cadenas, vuelve a "estado sensible".
- c) El consumo de nicotina produce un incremento en el número de receptores nicotínicos. Eso es conocido con el nombre de "up-regulation". El fenómeno de la tolerancia está relacionado con el número y la funcionalidad de los receptores nicotínicos. Se definen dos tipos de tolerancia. La tolerancia crónica que en el fumador ocurre a lo largo del día y que está en relación con el número de receptores nicotínicos y la tolerancia aguda que ocurre inmediatamente después del consumo de un cigarrillo. Este tipo de tolerancia está en relación con los cambios en los "estados del receptor".
- d) Las vías neurofisiológicas más importantes implicadas en la dependencia por la nicotina son las siguientes: dopaminérgica, nor-adrenérgica, GABA-érgica, glutamérgica y la endocannabinoide. De todas ellas, la vía dopaminérgica es la que juega un papel más relevante.
- e) El estímulo de receptores nicotínicos de la vía dopaminérgica, GABA-érgica y glutamérgica lleva a un incremento excesivo de dopamina en el NA.
- f) La presencia de factores externos que se asocian al consumo de nicotina incrementa, aún más, los niveles de dopamina en el NA.
- g) La vía nor-adrenérgica está implicada en la memorización de los estímulos externos asociados al consumo de nicotina y en la aparición de algunos síntomas del síndrome de abstinencia: ansiedad, nerviosismo e irritabilidad.
- h) La aparición de receptores dopaminérgicos supernumerarios y extrasinápticos en el NA explica la aparición de dependencia por la nicotina. La dependencia por la nicotina lleva a la aparición de síndrome de abstinencia y a buscar de forma "incontrolada e insana" el consumo de esta sustancia. Esto es la adicción por el consumo de cigarrillos.
- i) El tabaquismo es una enfermedad crónica en la que la lesión orgánica (trastornos en receptores nicotínicos y en receptores dopaminérgicos) lleva a aparición de dependencia por la nicotina y de adicción por el consumo de cigarrillos.



Bibliografía

Cadoni C Di Chiara G. Differential changes in the accumbens medial shell and core dopamine in behavioural sensitization to nicotine. *Eur. J. Pharmacol.* 2000 387:R23-R25.

Caggiula AR, Donny EC, Chaudrin, Perkins KA, Evans.Martin FF, Sved AF. Importance of nonpharmacological factors in nicotine self-administration. *Physiol. Behav.* (2002) 77:683-687.

De Granda Orive. El tabaquismo como enfermedad adictiva crónica. En: *Tratado de Tabaquismo*. 2 Edición. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO (eds). Pp: 99-120. Editorial Ergon Madrid. 2007.

Di Chiara C. Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. *Eur J Pharmacol* 2000 393: 295-314.

Fagerström KO, Balfour D. Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence. *Expert Opin Investig Drugs* 2006; 15(2): 107-116.

Pontieri FE, Tanda G Orzi F, Di Chiara G. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of the addictive drugs. *Nature* 1996; 382:255-257.

Rose JE, Behn FM, Westmen EC, Johnson M: Dissociating nicotine and nonnicotine components of cigarette smoking. *Pharmacol. Biochem. Behav* 2000; 67:71-81.

2. SÍNDROME DE ABSTINENCIA Y CRAVING

Objetivo

Los principales objetivos de este capítulo son los siguientes:

- 1.- Definir el síndrome de abstinencia. Explicar sus bases neurofisiológicas. Comentar su prevalencia, los síntomas que lo constituyen, su evolución clínica y su relación con las recaídas.
- 2.- Exponer los diferentes métodos de medición del síndrome de abstinencia.
- 3.- Definir el craving. Explicar sus bases neurofisiológicas. Comentar su prevalencia, su evolución y significación clínica y su relación con las recaídas.
- 4.- Exponer los diferentes métodos de medición del craving.
- 5.- Exponer la aproximación terapéutica, farmacológica y psicológica, de estas patologías.

2.1. Introducción

Aunque algunos autores consideran que el craving es uno más de los síntomas del síndrome de abstinencia y su estudio lo incluyen dentro del análisis del síndrome en su conjunto. Nosotros hemos preferido hacer un estudio diferenciado de ambos. Varias razones nos asisten: el craving es uno de los síntomas más prevalentes y que con mayor frecuencia conducen a recaída durante el periodo de abstinencia del consumo del tabaco, además su curso clínico es diferente de él del síndrome de abstinencia.

2.2. Síndrome de abstinencia

2.2.1. Concepto

Es un conjunto de síntomas y signos de naturaleza física y psíquica que aparecen como consecuencia de la interrupción, o reducción o abandono del consumo del tabaco. Las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia se clasifican en cuatro categorías: a) síntomas: ansiedad, disforia, dificultad de concentración, irritabilidad, impaciencia, insomnio e inquietud b) signos: bradicardia, y cambios en el EEG. c) síntomas y signos que pudieran ser debidos a la abstinencia pero cuya causalidad no ha sido totalmente validada: estreñimiento, tos, mareo, somnolencia y úlceras bucales d) síntomas y signos colaterales al abandono del consumo del tabaco pero que no son causados por la abstinencia: incremento en los niveles plasmáticos de algunos medicamentos, incremento en los niveles de MAO y ganancia de peso.

2.2.2. Bases neurofisiológicas

Las bases neurofisiológicas del síndrome de abstinencia no son claramente conocidas. A continuación se exponen algunas razones neurofisiológicas que podrían explicar la aparición de este síndrome.

- 1.- Incremento en el número y alteración de la función de los receptores nicotínicos de las neuronas del ATV del mesencéfalo. En el capítulo 1 se explica esta teoría.
- 2.- Disminución de los niveles de cortisol plasmático en el sujeto que ha abandonado el consumo del tabaco. Diversos estudios han encontrado que los niveles de cortisol plasmático descienden durante las primeras semanas de abstinencia. Algunos de los síntomas de este síndrome podrían ser explicados por esta reducción en el cortisol plasmático. Además se ha encontrado que la utilización de ACTH puede ayudar a controlar algunos de los síntomas del síndrome de abstinencia.

- 3.- Disminución de los niveles de nor-adrenalina en el LC. Esta teoría explicaría la aparición de síntomas como la ansiedad y la irritabilidad. En el capítulo 1 se expone más en profundidad este aspecto.
- 4.- No obstante, la teoría más ampliamente aceptada es que la mayor parte de los síntomas del síndrome de abstinencia se deben a la reducción de los niveles de dopamina en el NA que ocurre como consecuencia del abandono del consumo del tabaco. De todos los síntomas del síndrome de abstinencia, aquellos que más relacionados estarían con este descenso serían: irritabilidad, ansiedad y depresión.

2.2.3. Estudio clínico de los síntomas del síndrome de abstinencia.

En este apartado analizaremos desde un punto de vista clínico los síntomas más importantes del síndrome de abstinencia.

- Irritabilidad aparece en aproximadamente el 50% de los sujetos y su intensidad varía a lo largo del tiempo. Generalmente la irritabilidad es de intensidad alta durante las primeras 2 semanas, después, progresivamente la intensidad disminuye y el síntoma casi desaparece entre la 6 y la 8 semana. La presencia de irritabilidad en la clínica habitual puede ser validada mediante la investigación de las siguientes situaciones: frustración, enfado, ira y sensaciones similares. La impaciencia y la inquietud están consideradas como auténticos síntomas del síndrome de abstinencia. No obstante, algunos estudios encuentran una gran correlación entre ellos y la irritabilidad. La frecuencia de aparición de ambos, así como su curso clínico es muy similar al de la irritabilidad. Son necesarios más análisis para poder diferenciar claramente estas situaciones.
- La ansiedad no es incluida por todos los autores como un síntoma del síndrome de abstinencia, no obstante, la mayor parte de las revisiones concluyen que la ansiedad aparece a los dos o tres días de abandonar el consumo del tabaco y que se mantiene a un nivel más o menos alto hasta pasadas las primeras 4 semanas. Ansiedad aparece en el 30% al 65% de los casos.
- Disforia es uno de los síntomas del síndrome de abstinencia que tiene una mayor variabilidad en su expresión clínica. La disforia puede variar desde una simple sensación de desánimo, que sería su expresión clínica de más leve intensidad hasta producir un cuadro de depresión mayor, que sería su expresión clínica más severa. Los fumadores que tienen antecedentes de depresión, tienen un mayor riesgo de padecer disforia en su mayor grado de intensidad cuando dejan de fumar. La disforia aparece en el 60% de los casos y se manifiesta durante las primeras 4 semanas de abstinencia. La aparición de depresión mayor suele ser más tardía entre la 8 y la 10 semana después de dejar de fumar.
- Dificultad de concentración es otro de los síntomas del síndrome de abstinencia que aparece a los 2- 3 días del abandono del tabaco. Su intensidad se mantiene alta durante las primeras 3-4 semanas y después se reduce significativamente hasta la 6-8 semana, momento en el cual suele desaparecer. Hasta un 60% de los pacientes se quejan de este síntoma que puede tener diversas manifestaciones clínicas: dificultad para la realización de tareas cognitivas, o incluso, sensación de confusión.
- Probablemente sea mejor decir trastornos del sueño que insomnio para definir el síntoma del síndrome de abstinencia relacionado con el sueño. Estudios recientes han encontrado que el trastorno del sueño que aparece asociado al abandono del consumo del tabaco es la fragmentación del sueño. Los síntomas asociados a esta fragmentación son: despertarse en medio de la noche, tardar demasiado tiempo para conciliar el sueño y cambios en el patrón del sueño. La fragmentación del sueño suele ocurrir en el periodo inmediato a la fase REM. La fase REM se da muy cerca del momento de despertarse. Por ello, el recuerdo de los sueños y los sueños vívidos son otros de los síntomas que se asocian a los trastornos del sueño que aparecen en el periodo de abstinencia. Los trastornos del sueño aparecen hasta en el 25% de los casos y se suelen mantener durante 2 a 3 semanas después del abandono.

2.2.4. Curso clínico del síndrome de abstinencia

Se dice que el curso clínico del síndrome de abstinencia puede ser de tres formas:

- 1.- La forma clásica en la que los síntomas aparecen a las 24 –48 horas después de abandonar el consumo del tabaco, se incrementan en intensidad durante la primera semana, reducen la misma a lo largo de las semanas posteriores y terminan por desaparecer al final de la cuarta o quinta semana de abstinencia. Esta forma evolutiva aparece en el 30-35% de las ocasiones.
- 2.- Otra forma en la cual los síntomas del síndrome de abstinencia no se manifiestan hasta pasadas 2-3 semanas después del abandono del consumo del tabaco. En estos casos es después de 4-5 semanas de abstinencia cuando la intensidad de los síntomas es mucho mayor. Es una forma menos frecuente de curso clínico. Aparece en el 20-25% de los casos.
- 3.- La forma más grave y potencialmente productora de recaídas es aquella en la que el síndrome de abstinencia aparece a las 24-48 horas después del abandono del tabaco, la intensidad de los síntomas aumenta desde la primera semana hasta la cuarta y, aunque con menor intensidad, una buena parte de los síntomas persiste hasta la décima o duodécima semana después del día de abandono. Esta forma evolutiva es la más frecuente y se da en el 60-70% de los casos. En esta forma, la intensidad y duración de los síntomas varía de forma bifásica o cíclica a lo largo de este periodo.

2.2.5. Significación clínica del síndrome de abstinencia y su relación con las recaídas

24

La mayoría de los fumadores padecen síndrome de abstinencia cuando realizan un serio intento de abandono de consumo de tabaco. Alrededor de la mitad de los fumadores sufre al menos 4 síntomas del síndrome de abstinencia de forma más o menos intensa y su padecimiento les dificulta la cesación completa.

El análisis de los síntomas del síndrome de abstinencia es de vital importancia en la práctica clínica como una forma eficaz de prevención de recaídas. Conocer cuales son los síntomas que con mayor frecuencia llevan a recaídas o cuales son las características del síndrome de abstinencia que le hacen mas susceptible de ocasionar recaída es muy relevante para poder proporcionar el tratamiento eficaz y de esa forma anticiparse a la recaída y como consecuencia al fracaso. Los siguientes aspectos del síndrome de abstinencia se han relacionado con las recaídas:

- a) La presencia, intensidad y duración de síntomas como la ansiedad, la irritabilidad, la inquietud, la impaciencia, la dificultad de concentración y los signos físicos no se relacionan con la aparición de recaídas.
- b) La aparición de disforia en cualquiera de sus formas esta muy relacionada con la producción de recaídas.
- c) La presencia, intensidad y duración del craving es uno de los factores más íntimamente relacionados con la recaída.
- d) Aunque la ganancia de peso ha sido relacionada con la aparición de recaídas en algunos estudios, en otros no se ha encontrado esta asociación
- e) Los síndromes de abstinencia que tienen un curso clínico de forma clásica producen menos recaídas que aquellos cuyo curso clínico es más irregular y duradero.

2.2.6. Cuestionarios para medir el síndrome de abstinencia

Se han desarrollado diferentes cuestionarios para medir la intensidad del síndrome de abstinencia. La tabla 1 expone los más utilizados. En general, la medición de la intensidad del síndrome de abstinencia debe realizarse de forma continuada durante las primeras 4 a 8 semanas después de dejar de fumar. Es importante analizar el síndrome de abstinencia incluso antes del momento de abandono con el objetivo de disponer de una medición basal del mismo.

Tabla 1

CUESTIONARIOS PARA MEDIR SÍNDROME DE ABSTINENCIA
CWS: Cigarette Withdrawal Scale
MPSS: Mood Physical Symptoms Scale
POMS: Profile Of Mood Scale
SCS: Smokers Complaint Scale
SS: Shifman Scale
SJWS: Shifman and Jarvis Withdrawal Scale
WSWS: Wisconsin Withdrawal Scale
MNWS: Minnesota Nicotine Withdrawal Scale

2.2.6.1. Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS)

De todos los cuestionarios que exponemos, uno de los más utilizados en la práctica clínica es el Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS). Este cuestionario está constituido por nueve ítems que incluyen: craving, disforia, irritabilidad/frustración/ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, aumento del apetito, dificultad para dormirse y dificultad para mantenerse dormido. Cada uno de los ítems debe ser valorado por el sujeto en una escala que va desde 0 a 4 donde 0 se corresponde con la ausencia del síntoma y 4 se corresponde con la presencia severa del mismo. El sujeto debe valorar su contestación de acuerdo a lo sentido en las últimas 24 horas.

Diferentes estudios han encontrado que todos estos síntomas pueden ser agrupados en tres constructos: síntomas negativos (constituido por disforia, irritabilidad/frustración/ira, ansiedad y dificultad de concentración), insomnio (constituido por dificultad para dormirse y dificultad para mantenerse dormido), y tres ítems individualizados (craving, inquietud y aumento del apetito). Se ha encontrado que la agrupación de los diferentes síntomas en estos tres constructos tiene capacidad para discernir la evolución del síndrome de abstinencia, la intensidad de los síntomas y la relación con las recaídas.

2.3. Craving

2.3.1. Concepto

Se define craving como el deseo irrefrenable de volver a consumir cigarrillos que padece un alto número de fumadores después de 8 a 12 horas sin fumar. Craving es un síntoma que aparece con mucha frecuencia y su padecimiento es una de las más frecuentes causas de recaída.

2.3.2. Bases neurofisiológicas

Desde un punto de vista neurofisiológico, el craving esta relacionado con dos circunstancias:

- 1.- Elevación de los niveles de dopamina en el NA. La nicotina transportada a través del humo del cigarrillo se absorbe a nivel de la membrana alveolo-capilar de los pulmones. La extensa superficie de esta estructura permite que mucha cantidad de esta sustancia aparezca de forma brusca y rápida en la sangre del fumador. La nicotina, así absorbida, alcanza en menos de 7 a 10 segundos los cuerpos neuronales del ATV del mesencéfalo. Y allí, ejerce su acción sobre los receptores nicotínicos. Ello lleva al incremento de dopamina en el NA. Estas dos circunstancias: el incremento de dopamina en el NA y su inmediatez después de la inhalación del humo del tabaco son las causantes de que la nicotina cause dependencia. La dopamina estimula los receptores dopaminérgicos supernumerarios y extrasinápticos del NA y ello causa hedonía, satisfacción e incremento de las sensaciones placenteras. La falta de liberación de dopamina debida a la falta de inhalación de nicotina que se produce durante la fase de abstinencia es la causante de que el sujeto fumador desarrolle craving.
- 2.- Por otro lado, la administración de nicotina se realiza asociada a una serie de factores externos. La tabla 2 muestra algunos de los más frecuentes factores externos que se asocian al consumo de nicotina a través de un cigarrillo. Hoy en día sabemos que la presencia de estos factores externos contribuye al incremento de dopamina en el NA, es decir son factores reforzadores de la creación de dependencia. Pero, además, sabemos que cuando el sujeto es sometido al influjo de estos factores desarrolla avidez por la readministración de la droga. Es decir, estos factores externos no sólo son favorecedores de la génesis de dependencia, sino que también, son condicionantes para la readministración de la droga.

2.3.3. Estudio clínico del craving

El estudio clínico de este síntoma es una parte trascendental de la historia clínica del tabaquismo. A continuación comentamos la propedéutica clínica de este síntoma.

Los siguientes parámetros deben ser investigados en el análisis clínico del craving: intensidad, duración, ciclo de aparición y relación con los factores externos.

El craving aparece a las 8-12 horas después de dejar de fumar. Durante las primeras 4 semanas su intensidad es muy elevada y es a partir de la 6 a 8 semanas cuando comienza a disminuir. Normalmente suele desaparecer a las 12 semanas después de dejar de fumar, aunque en ocasiones se prolonga durante 6 o más meses.

El craving se manifiesta como un deseo irrefrenable de consumir un cigarrillo. En general, este deseo tiene una corta duración, no más de 3 a 5 minutos y se manifiesta de forma periódica mientras que el sujeto esta despierto. Durante las primeras cuatro semanas de abstinencia, el craving es intenso, frecuente y más o menos duradero. Según transcurre el tiempo, sin consumir cigarrillos, el craving evoluciona disminuyendo en intensidad, en frecuencia y

en duración. Por el contrario, si persiste el consumo, aunque sean pequeños "slips", la evolución del craving es más tortuosa y se prolonga en intensidad, frecuencia y tiempo.

Algunos sujetos tienen una evolución atípica del craving. En estos casos, que son menos frecuentes, se observa un incremento de la intensidad, frecuencia y duración del síntoma después de tres a cuatro semanas sin consumir tabaco. En otras ocasiones, las menos, el craving persiste más allá de las 12 semanas sin fumar.

Investigar los factores externos que se asocian a la aparición del craving es un ejercicio que debe ser realizado siempre. La tabla 2 muestra alguno de los factores que conviene analizar. En las primeras semanas el sujeto debe ser advertido sobre la necesidad de evitar esos factores en la medida de lo posible. Posteriormente, y poco a poco, el sujeto podrá ser expuesto de nuevo a esas circunstancias.

Tabla 2

FACTORES EXTERNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE CIGARRILLOS			
Factores sensoriales	Factores gestuales	Factores psicológicos	Factores sociales
Sabor del humo del cigarrillo	Acción de sacar un cigarrillo del paquete	Situaciones de stress emocional	Situaciones en las que obtener cigarrillos es fácil
Olor del humo del cigarrillo	Manejar el cigarrillo entre los dedos	Situaciones de stress psíquico: problemas personales, de pareja, laborales, etc.	Situaciones en las que disminuye la motivación para no fumar: fiestas, celebraciones, estar en ambientes donde está permitido consumir tabaco
Estimulación de receptores orofaríngeos por sustancias del humo del tabaco	Acción mano-boca y boca-mano	Situaciones de pérdida de seres queridos	Estar bajo la influencia del alcohol u otras drogas
Color del paquete de cigarrillos	Manejar el paquete de cigarrillos		
	Manejar el encendedor o los fósforos		
	Expulsar el humo de los pulmones		

2.3.4. Significación clínica del craving y su relación con las recaídas.

El craving es el síntoma que con mayor frecuencia es causa de recaída en el sujeto que está dejando de fumar. La intensidad es un parámetro importante como causa de recaída. Ahora bien, el principal factor



del craving que más se asocia a la recaída es el tipo de evolución del mismo. El craving puede evolucionar de "forma tónica" es decir, muy frecuente, intenso y duradero en las primeras 2 a 3 semanas, para después ir disminuyendo en intensidad, frecuencia y tiempo desde la 3 a la 6 semana. También, puede evolucionar de "forma bifásica", es decir, su intensidad, frecuencia de aparición y duración no disminuyen con el tiempo, sino que varían de forma irregular y están muy relacionados con los factores externos. El craving que evoluciona de "forma bifásica" causa recaída con mucha mayor frecuencia que aquel que lo hace de "forma tónica"

2.3.5. Cuestionarios para medir craving

Diferentes cuestionarios han sido desarrollados para evaluar adecuadamente el craving. Algunos de ellos tienen como único objetivo evaluar craving, otros evalúan síndrome de abstinencia e incluyen craving como un síntoma más del síndrome de abstinencia. La tabla 3 muestra los cuestionarios que han sido utilizados. De todos ellos, la escala de Schiffman (SCS), el QSU y el Single Rating of Craving, son los específicamente diseñadas para evaluar craving.

El Questionnaire on Smoking Urges (QSU) evalúa dos aspectos del craving. Por un lado, el grado de recompensa que el fumador obtiene como consecuencia del consumo de un cigarrillo. Es el factor 1. Por otro, la desaparición de sensaciones negativas que ocurre como consecuencia del consumo de un cigarrillo. Es el factor 2. En el anexo se muestra una versión en español de este cuestionario.

La escala de Schiffman valora el craving desde dos puntos de vista: la necesidad y el deseo. Pero, además, incluye en el concepto de craving, tanto el craving por los cigarrillos como el craving por fumar tabaco. En el anexo se muestra una versión en español de este cuestionario.

28

El Single Rating of Craving consta de una sola pregunta en la que de forma sencilla se evalúa la necesidad de consumir un cigarrillo en las últimas 24 horas. En el anexo se muestra una versión en español de este cuestionario.

Los más recientes estudios indican que la utilización de escalas con varias cuestiones en las que se investigue necesidad, deseo, ganas, etc o en las que se trate de diferenciar entre cigarrillos o tabaco, no tiene grandes ventajas sobre aquellas en las que con una única cuestión se aborda la necesidad/ganas/deseo de fumar un cigarrillo/tabaco. Es decir, podemos considerar que el craving es un síntoma unidimensional y que es lo mismo medirlo como necesidad o deseo o apetencia. Por esto, nuestra recomendación es que en la práctica clínica se utilice el cuestionario Single Rating of Craving. Con su uso, el clínico obtendrá suficiente información para conocer la evolución de la intensidad del síntoma en su paciente, así como, saber si el tratamiento está surtiendo el efecto deseado o si existen posibilidades de recaídas.

2.4. Aproximación terapéutica al síndrome de abstinencia y al craving

El objetivo del tratamiento del tabaquismo es controlar los síntomas del síndrome de abstinencia y el craving. Controlando esta sintomatología, las posibilidades de recaída, y como consecuencia de fracaso de un intento de abandono de consumo de tabaco, se minimizan. Por ello, hacer un correcto diagnóstico de la intensidad, curso clínico y duración de estos síntomas debe formar parte imprescindible del estudio clínico del tabaquismo. Todo lo expresado hasta aquí, sirve para ayudar al clínico en su práctica diaria de intervención sobre los fumadores. A continuación comentaremos cual debe ser la aproximación terapéutica más correcta para el control del síndrome de abstinencia y del craving.

El tratamiento de estos síntomas es doble: psicológico y farmacológico.

2.4.1. Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico de estos procesos se basa en los siguientes aspectos:

- 1.- La explicación de las características de esta sintomatología al paciente fumador por parte del sanitario se perfila como una acción imprescindible. Los sujetos deben saber cual será la más probable evolución de sus síntomas, como cambiará su intensidad y como deben ser asociados con la presencia de ciertos factores externos. Cuanto mayor sea el conocimiento que del síntoma tenga el fumador, mayores serán sus posibilidades de combatirlo con éxito.
- 2.-El desarrollo de estrategias como la identificación de situaciones de alto riesgo, y la puesta en práctica de conductas planeadas para enfrentarse a ellas o para tratar de evitarlas ha sido propuesto por algunos autores, aunque su eficacia no ha sido probada en los diferentes estudios. No obstante, consejos como: hacer ejercicio físico, o hacer algo diferente para tratar de pensar en otra cosa, cuando se esta padeciendo craving; pueden ser recomendados. La práctica de ejercicios respiratorios o beber agua y zumos a pequeños tragos han sido estrategias que no han demostrado ninguna eficacia.

Tabla 3

CUESTIONARIOS PARA MEDIR CRAVING
Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS)
Shiffman craving scale (SCS)
Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS)
Cigarette Withdrawal Scale (CWS)
Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS)
Questionnaire on Smoking Urges (QSU)
Single rating of craving

2.4.2. Tratamiento farmacológico

Los tratamientos farmacológicos que han demostrado ser eficaces para ayudar a los fumadores a abandonar el consumo del tabaco son: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropion y vareniclina. En el capítulo correspondiente a tratamiento farmacológico el lector encontrará una exposición en profundidad de los mismos. En este apartado comentaremos cual es el papel que cada uno de ellos juega en el control de los síntomas.

El chicle de nicotina es capaz de producir unos niveles puntuales de nicotina en sangre periférica que, aunque no alcanzan los ocasionados por el cigarrillo, si que son más elevados que los producidos por el parche. Por ello, esta forma de tratamiento se muestra con eficacia para combatir craving. En general el chicle de nicotina de 4 mg es más eficaz que el de 2 mg para conseguir este efecto. Hasta el momento, sólo un estudio



ha probado la eficacia de un nuevo chicle de nicotina que libera la droga de forma bifásica. Se trata de una goma de mascar que inmediatamente después de la masticación libera altas dosis de nicotina y que pasados tres minutos empieza a liberar nicotina a las dosis habituales. Se ha comparado la eficacia de esta forma de liberación bifásica frente a la de un chicle normal de nicotina y se ha encontrado que el nuevo chicle controla de forma más eficaz el craving durante los primeros 3 minutos de masticación. Este tipo de administración así como otros encaminados a conseguir más rápidos y altos picos de nicotemia merecen ser investigados más en profundidad.

El parche de nicotina produce niveles continuos de nicotemia a lo largo del día. Esta forma de liberación de nicotina se muestra muy eficaz para controlar síntomas como: ansiedad, irritabilidad e inquietud. La utilización de parches de nicotina puede ser recomendada para el control de estos síntomas del síndrome de abstinencia. Incluso la utilización de parches de nicotina a altas dosis ha dado muy buenos resultados en el control de esta sintomatología.

Vareniclina y bupropion se han mostrado más eficaces que placebo para reducir craving. La utilización de estos dos fármacos sirve para controlar ansiedad, irritabilidad, pero no inquietud. Vareniclina ha demostrado disminuir los efectos reforzadores del consumo del tabaco.

No olvidar...

- a) El síndrome de abstinencia es un conjunto de síntomas y signos de naturaleza física y psíquica que aparecen como consecuencia de la interrupción, o reducción o abandono del consumo del tabaco.
- b) El síndrome de abstinencia se produce como consecuencia de varios factores: aumento en el número y alteración de la función de los receptores nicotínicos del ATV del mesencefalo, disminución de los niveles de cortisol plasmáticos, disminución de los niveles de nor-adrenalina en el LC y, principalmente disminución de los niveles de dopamina en el NA.
- c) Las principales manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia son: ansiedad, disforia, dificultad de concentración, irritabilidad, impaciencia, insomnio e inquietud. La evolución del síndrome de abstinencia suele durar entre 8 a 12 semanas. En ocasiones, su curso clínico es bifásico. En estas circunstancias su pronóstico empeora.
- d) El cuestionario Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS) es el más utilizado para medir la intensidad y evolución del síndrome de abstinencia. Puede ser utilizado para valorar la respuesta al tratamiento y el pronóstico.
- e) Se define craving como el deseo irrefrenable de volver a consumir cigarrillos que padece un alto número de fumadores después de 8 a 12 horas sin fumar. Craving es un síntoma que aparece con mucha frecuencia y su padecimiento es una de las más frecuentes causas de recaída.
- f) El craving se produce como consecuencia de la falta de liberación de dopamina en el NA. Su producción esta muy relacionada con la exposición a factores externos que actúan como estimuladores de su génesis.
- g) Los siguientes parámetros deben ser investigados en el análisis clínico del craving: intensidad, duración, ciclo de aparición y relación con los factores externos.
- h) Para medir el craving, en la práctica clínica se debe utilizar el cuestionario Single Rating of Craving. Con su uso, el clínico obtendrá suficiente información para conocer la evolución de la intensidad del síntoma en su paciente, así como, saber si el tratamiento esta surtiendo el efecto deseado o si existen posibilidades de recaídas.
- i) El tratamiento del craving y del síndrome de abstinencia es doble: psicológico y farmacológico. La explicación de las características de esta sintomatología al paciente fumador por parte del sanitario se perfila como una acción imprescindible.
- j) Los chicles de nicotina, vareniclina y bupropion son eficaces para controlar craving. La terapia sustitutiva con nicotina es eficaz para controlar ansiedad, irritabilidad e inquietud. Bupropion y vareniclina son eficaces para controlar ansiedad e irritabilidad.



Bibliografía

Cappelleri JC, Bushmakin AG, Baker CL, Merikle E, Olufade O, Gilbert E. Confirmatory factor analyses and reliability of the modified cigarette evaluation questionnaire. *Addict Behav* 2007; 32: 912-923

Fagerström KO, Balfour D. Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence. *Expert Opin Investig Drugs* 2006; 15(2): 107-116.

Shiffman S. Measuring craving and withdrawal. European Conference of SRNT. Madrid October 2007.

West R, Baker CL, Cappelleri JC, Bushmakin AG. Effect of varenicline and bupropion on craving, nicotine withdrawal symptoms and rewarding effects of smoking during a quit attempt. *Psychopharmacology* 2007 Dec

West R. Proposal for a questionnaire to measure craving in a clinical setting. 9th European Conference of SRNT. Madrid October 2007.

3. EL TABAQUISMO COMO ENFERMEDAD ADICTIVA Y CRÓNICA. CONSIDERACIONES GENERALES

Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son:

- 1.- Definir el tabaquismo como enfermedad adictiva y crónica.
- 2.- Mostrar su prevalencia y mortalidad.
- 3.- Explicar sus manifestaciones clínicas y todos los factores que influyen en su curso clínico.
- 4.- Exponer consideraciones generales sobre el diagnóstico de este proceso.
- 5.- Exponer consideraciones generales sobre las intervenciones terapéuticas en este proceso.

3.1. Introducción

El tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica. A lo largo de este capítulo enfocaremos su estudio como el de cualquier otra enfermedad crónica. Expondremos su definición, su epidemiología, manifestaciones clínicas y terminaremos dando unas indicaciones generales para su diagnóstico y tratamiento.

3.2. Concepto

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que en el 80% de los casos se inicia antes de los 20 años de edad, que se mantiene merced a la dependencia que produce la nicotina y cuyas principales manifestaciones clínicas son: trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios y aparición de tumores en diversas localizaciones. Tiene una alta prevalencia que varía en los diferentes países de acuerdo a criterios sociales, económicos y culturales. Es la primera causa de muerte en los países desarrollados.

De esta definición deben destacarse los siguientes aspectos:

- a) Es una enfermedad crónica.- La OMS en el código internacional de clasificación de las enfermedades (ICD-10), le otorga el código de clasificación F-17. Es obligatorio que en todos los informes clínicos de los fumadores figure en el apartado de diagnóstico, la entidad clínica: "Tabaquismo" o "Dependencia por el tabaco"
- b) Es una enfermedad adictiva.- Alrededor del 80% de los fumadores desarrollan dependencia física por la nicotina debido a la aparición de lesiones estructurales en las membranas de sus neuronas del área tegmental ventral del mesencefalo. Además el consumo de tabaco se asocia a otros factores: sociales, psíquicos, gestuales, sensoriales, etc que juegan también un importante papel para el desarrollo de adicción por el tabaco.
- c) Se inicia entre los 12 a 20 años de edad. Por ello, es imprescindible que las medidas preventivas se extremen en la población general de esos grupos de edad.
- d) Es una enfermedad de alta prevalencia. Aproximadamente el 33% de la población mundial es consumidora de tabaco. La prevalencia de fumadores en los distintos países varía entre cifras de 15-16% como ocurre en Suecia y cifras de 55-60% en China y algunos países del este de Europa.
- e) Es la primera causa de mortalidad en los países desarrollados. Entre 4.5 y 5 millones de personas mueren cada año en el mundo como consecuencia del consumo del tabaco. Mientras que en los países desarrollados los índices de mortalidad van disminuyendo progresivamente, en los países en vías de desarrollo, la mortalidad aumenta progresivamente. Se calcula que para el año 2020 , alrededor de 10 millones de personas pueden morir en el mundo cada año como consecuencia del consumo del tabaco.

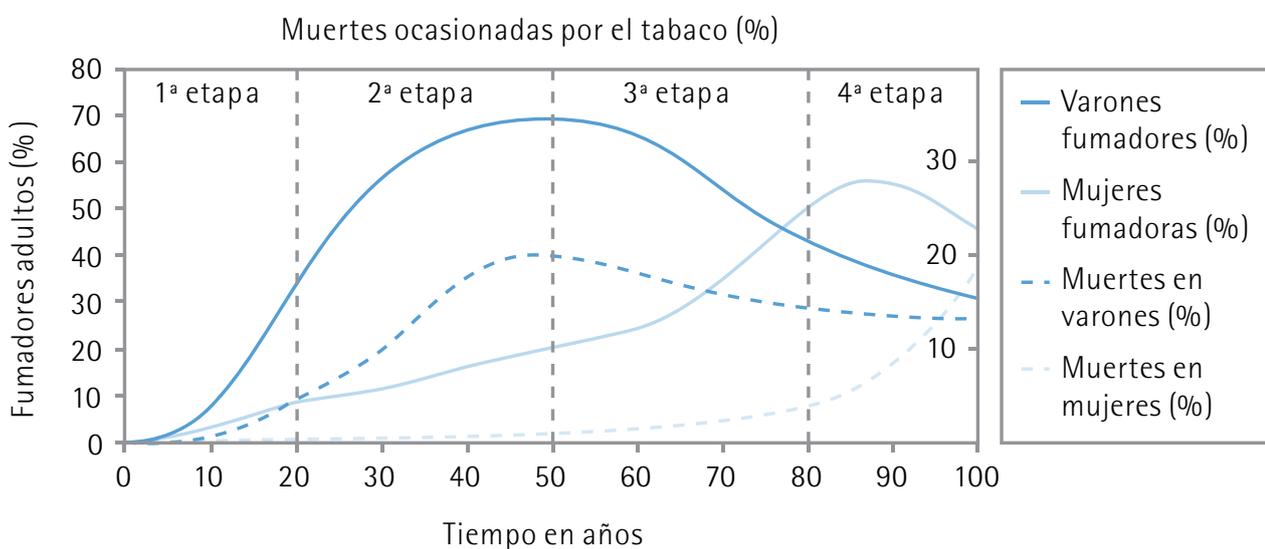
3.3. Epidemiología del tabaquismo

La epidemia del tabaco se distribuye en el mundo siguiendo el modelo que Peto determinó en la década de los 80. Teniendo en cuenta este modelo, se observa como la prevalencia del tabaquismo en los hombres se incrementó de forma exponencial en el período entre guerras en los diferentes países y alcanzó su culmén aproximadamente 50 años después. A partir de este momento, la prevalencia disminuye progresivamente. Se observa igualmente que paralelamente al incremento de la prevalencia, pero con un periodo de latencia de alrededor 20 a 25 años, también hay incremento de la mortalidad en hombres por enfermedades debidas al consumo del tabaco que alcanzará su culmén entre 45 y 50 años después y que comenzará a disminuir alrededor de 80 años después del inicio del ascenso de la prevalencia en hombres.

Siguiendo el modelo de Peto, se observa como la prevalencia del consumo de tabaco en las mujeres comienza a aumentar alrededor de 20 años después de que lo hiciera la prevalencia en hombres. El incremento en mujeres es progresivo hasta que pasados 50 años del inicio del ascenso en la prevalencia, este alcanza el culmen y el ascenso se detiene. Posteriormente y en 30 años la prevalencia de consumo de tabaco entre mujeres disminuirá progresivamente. La curva de mortalidad por enfermedades asociadas al consumo del tabaco en las mujeres sigue un trazado similar a la curva de prevalencia, pero con un periodo de latencia de alrededor de 25 a 30 años.

Teniendo en cuenta este modelo se identifican hasta cuatro fases que dependen de los índices de prevalencia y mortalidad en hombres y mujeres. En España nos encontramos al final de la fase 2. Es decir, la prevalencia en hombres ha comenzado a disminuir, la prevalencia en mujeres esta en fase de aumento, la mortalidad en hombres esta alcanzando su culmen y la mortalidad en mujeres es todavía muy baja. Ver Figura 1.

Figura 1



3.4. La planta del tabaco

El tabaco es una planta solanácea originaria de América que crece a temperaturas que oscilan entre los 12 y 18°C. Una de sus principales características es su gran adaptabilidad al medio en el que se cultiva. El cultivo de tabaco esta muy extendido en todo el mundo, siendo China, Brasil, India y Estados Unidos los países con



mayor producción. La hoja de la planta del tabaco es sometida a un proceso de fermentación, curación y desecación. Después de ello es manipulada para obtener las labores mediante las cuales es consumido. Las labores de consumo de tabaco son: cigarrillos, puros, pipas, tabaco para liar, tabaco para pipas de agua, bidis, stricks, kreteks, tabaco para masticar, moist snuff y dry snuff. De todos ellos, los tres primeros son los más habituales en nuestro medio. Los cigarrillos constituyen casi el 90% del tabaco que es consumido en los países desarrollados. El consumo de tabaco en cualquiera de sus formas es perjudicial para la salud. Nos detendremos en el estudio de la patología asociada al consumo de cigarrillos por ser esta forma de consumo la más frecuente en España.

3.4.1. Constituyentes del humo del cigarrillo

Cuando un sujeto da una pipada a un cigarrillo encendido, se inicia una corriente de humo en el extremo distal del mismo. Esta corriente atraviesa toda la columna del cigarrillo y pasa al interior del fumador activo a través del filtro del cigarrillo. Esta corriente de humo es denominada corriente primaria o principal. Pero como consecuencia del consumo del cigarrillo, también se liberan otras corrientes de humo: la que se produce en el propio cono de ignición del cigarrillo, la que se escapa a través de los poros del papel, e incluso, la que se les escapa al sujeto antes de inhalar la corriente primaria. A la suma de todas estas corrientes se le llama corriente secundaria. Aproximadamente, el 75% del humo que produce un cigarrillo es corriente secundaria y el resto es corriente primaria. La corriente primaria es la que alcanza el interior del fumador activo es, pues, la responsable de toda la patología que se asocia al consumo activo del tabaco. La corriente secundaria es la que alcanza al medio ambiente donde conviven los no fumadores con los fumadores, es pues, la responsable de toda la patología que se asocia al consumo pasivo del tabaco. Tanto en la corriente primaria como en la secundaria se han detectado hasta 4500 sustancias tóxicas. De todas estas sustancias el monóxido de carbono (CO), la nicotina, las nitrosaminas, los alquitranes y las sustancias oxidantes son las que con mayor frecuencia producen enfermedad, tanto en el fumador activo como en el pasivo.

3.5. Manifestaciones clínicas del tabaquismo activo

Un buen número de enfermedades, están relacionadas directa o indirectamente con el consumo del tabaco. Mencionaremos las enfermedades que más frecuentemente se asocian o están producidas por el consumo del tabaco.

Aproximadamente el 33% de las enfermedades cardiovasculares se atribuyen directamente al consumo del tabaco. Entre estas cabe destacar: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad vascular periférica, aneurisma de aorta, etc. El CO del humo del tabaco es el principal responsable de estos procesos. Esta sustancia es capaz de unirse a la hemoglobina sanguínea y producir carboxihemoglobina. (HbCO). La HbCO altera las células endoteliales de la capa íntima de la pared vascular produciendo necrosis de las mismas. Dicha necrosis lleva a que aparezcan calcificaciones y depósito de colesterol. En consecuencia se producen placas de ateroma. Los sujetos fumadores tienen en sus arterias un número de placas de ateroma considerablemente mayor que el que tienen los sujetos no fumadores. Es por ello, que en aquellos las enfermedades cardiovasculares que comentábamos antes aparecen con mayor frecuencia. Las enfermedades cardiovasculares asociadas al consumo del tabaco pueden aparecer a cualquier edad que tenga el fumador. En general se sabe que cuanto más joven se haya iniciado el sujeto al consumo del tabaco mayor será el riesgo de desarrollar estas enfermedades en etapas precoces. Es importante considerar que el abandono del consumo del tabaco se sigue de una disminución del riesgo relativo de padecer estos procesos que se hace evidente después de los 5 años de abandono del tabaco.

El alquitran y las nitrosaminas son las sustancias responsables de que la patología tumoral aparezca con mayor frecuencia entre los fumadores. Estas sustancias alteran los genes celulares bien inhibiendo a los genes supresores tumorales o bien

acelerando la división celular atípica. Incluso pueden manifestarse como sustancias que al unirse con otras las dotan de la capacidad suficiente para convertirlas en sustancias carcinogénicas. La tabla 1 muestra los tumores que se asocian al consumo del tabaco. Un gran número de ellos aparece después de 25 a 30 años del consumo de tabaco. No obstante, la precocidad en el inicio facilita la temprana aparición de los mismos. Deben pasar entre 15 a 20 años de abandono de consumo de tabaco para que el riesgo relativo de padecer estos procesos se iguale al que tiene un sujeto que nunca hubiere fumado. No obstante, es de destacar que ya desde el mismo momento del abandono, este riesgo disminuye de forma progresiva.

Las sustancias oxidantes, entre las que destacan los radicales tóxicos del oxígeno, son las principales causantes de los procesos de afectación bronquial. Todas las enfermedades respiratorias sufren empeoramiento de su pronóstico como consecuencia del consumo de tabaco, pero algunas de ellas, están directamente causadas por el tabaco. Entre estas merece especial mención la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La EPOC esta causada en el 80-85% de los casos como consecuencia del consumo del tabaco. Alrededor del 15 al 20% de los fumadores desarrollan este proceso que es la quinta causa de muerte en nuestro país. Todo consumidor de cigarrillos mayor de 40 años de edad debe ser estrechamente vigilado por su médico para descartar este proceso. La realización de espirometría es obligada en todo fumador de esa edad que acude a la consulta con clínica sospechosa: tos y/o expectoración frecuentes y/o disnea.

En este apartado de manifestaciones clínicas del tabaquismo debemos hacer referencia a las lesiones que la nicotina causa en las neuronas del área tegmental ventral del mesencefalo y la relación que ello tienen con el desarrollo de la adicción, como se explica en el capítulo correspondiente.

Tabla 1

TUMORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE TABACO	
Tumores producidos por el consumo del tabaco	Tumores que se asocian al consumo del tabaco
Cáncer de pulmón	Cáncer de estomago
Cáncer de laringe	Cáncer de páncreas
Cáncer de esófago	Cáncer de vejiga
Cáncer de cavidad oral	Cáncer de riñón
	Cáncer de hígado
	Cáncer de cerviz
	Cáncer de pene
	Cáncer de vulva
	Cáncer de ano
	Leucemia mieloblástica
	Cáncer de mama

3.6. Manifestaciones clínicas del tabaquismo pasivo

El tabaquismo pasivo es la tercera causa evitable de muerte en los países desarrollados. Sin duda, la capacidad que tiene el tabaco de producir muerte y enfermedad en aquellos sujetos que no lo consumen, es quien dota al tabaquismo de singulares características y quién justifica cualquier tipo de medida legislativa sanitaria que pueda ser llevada a cabo para controlar la contaminación por humo de tabaco del aire ambiental.

Los sujetos no fumadores que están sometidos al aire ambiental contaminado por humo de tabaco padecen tabaquismo pasivo. El principal causante de este tabaquismo pasivo son las sustancias tóxicas presentes en la corriente secundaria. Las razones que explican la alta capacidad patogénica de estas sustancias de la corriente secundaria son las siguientes: la corriente secundaria es la más abundante (el 75% del humo producido por un cigarrillo es corriente secundaria), la cantidad de sustancias tóxicas de la corriente secundaria es mucho más alta y en mayores concentraciones, y por último, la corriente secundaria tiene una alta cantidad de partículas de menos de 0.1 micra de diámetro. Estas partículas penetran fácilmente al interior de las vías respiratorias del sujeto fumador pasivo y alcanzan la sangre y desde ahí se distribuyen por todo el cuerpo produciendo lesiones.

Las enfermedades que se asocian al consumo pasivo de tabaco están relacionadas en la tabla 2.

Tabla 2

ENFERMEDADES ASOCIADAS AL TABAQUISMO PASIVO				
En el feto	En la mujer embarazada	En el recién nacido	En el niño	En el adulto
Abortos espontáneos	Placenta previa	Síndrome de la muerte súbita del lactante	Infecciones ORL	Cáncer de pulmón
Incremento de la mortalidad pre-natal	Hemorragias placentarias	Incremento de la mortalidad post-natal	Bronquitis	Enfermedad cardiovascular
Deterioro del desarrollo estado-ponderal	Rotura de membranas	Bajo peso al nacimiento	Neumonías	Enfermedades obstructivas respiratorias
	Desprendimiento prematuro de placenta		Crisis de hiperreactividad bronquial	
			Infecciones oculares	

3.7. Curso clínico del tabaquismo

El tabaquismo es una enfermedad que suele iniciarse entre los 11 y 14 años de edad, cuyo curso clínico se cronifica entre los 16 a 50-55 años. Sólo un escaso número de enfermos se curan (la tasa anual de abandonos del consumo

del tabaco no alcanza el 4%) y produce la muerte en el 50% de aquellos que la padecen. La muerte ocurre como consecuencia del padecimiento de las manifestaciones clínicas que se han explicado en el apartado anterior. En este apartado analizaremos los factores que facilitan que los jóvenes se inician al consumo del tabaco y se mantengan en el mismo. También estudiaremos las fases que un fumador suele atravesar antes de convertirse en exfumador.

3.7.1. Etapas de inicio al consumo del tabaco

Tradicionalmente se ha especificado que existen cinco fases que completan la etapa de inicio al consumo del tabaco: fase de preparación, fase de iniciación, fase de experimentación, fase de habituación y fase de adicción. La duración de estas fases es irregular y depende de las características del joven, en muchas ocasiones no están claramente diferenciadas entre sí y el sujeto fluctúa de una a otra. En general, se puede decir que el curso clínico más habitual de esta enfermedad seguiría el siguiente proceso. Sobre un joven de entre 10 a 14 años, más o menos predispuesto influyen una serie de factores que le facilitan que se inicie en el consumo del tabaco. El joven comienza, entonces a consumir algún cigarrillo de manera esporádica. Dependiendo de la experiencia que de ello obtenga, el joven persistirá en el consumo o por el contrario lo abandonará. Es de tener en cuenta que de acuerdo a encuestas nacionales, alrededor del 30% de los jóvenes de entre 12 a 15 años han consumido tabaco en al menos una ocasión. Aquellos jóvenes a los que la experiencia les resultó agradable persisten fumando en situaciones similares: fines de semana, relación social con amigos, consumo concomitante de alcohol u otras drogas, etc. Esto hace que el joven se vaya, progresivamente, haciendo adicto a la nicotina. Se dice que la adicción a esta droga se manifiesta después de consumir 100 cigarrillos. En consecuencia el joven, que antes consumía tabaco sólo de forma esporádica y en ciertas situaciones, ahora consume tabaco de manera habitual, es decir, se ha convertido en fumador. Es de tener en cuenta que alrededor del 25-28% de los jóvenes de entre 14 a 16 años son consumidores habituales de tabaco.

Luego se deben distinguir factores que facilitan el inicio al consumo del tabaco (factores de inicio) y aquellos que facilitan que el joven persista en el consumo del tabaco (factores mantenedores). Tabla 3.

3.7.2. Etapas de abandono del consumo del tabaco

A medida que los fumadores incrementan su edad, también aumentan su motivación para dejar de fumar. Ello les lleva a realizar diferentes intentos de abandono del consumo del tabaco y entran en lo que Prochazka y DiClemente definieron como el proceso de abandono del consumo del tabaco. En este proceso se distinguen varias fases: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Aquellos fumadores que no quieren dejar de fumar y que están de acuerdo con su condición de fumadores se dice que son fumadores consonantes o fumadores en fase de pre-contemplación. En España, alrededor del 50-55% de los fumadores se encuentran en esta fase. Otra fase más avanzada del proceso de abandono es la de contemplación. Esta fase agrupa a fumadores que quieren dejar de fumar, y que lo han intentado en varias ocasiones pero que siempre han fracasado y, por ello, se encuentran desesperanzados ante la idea de realizar un nuevo intento de abandono. Son fumadores que quieren dejar de fumar pero que no son capaces de poner una fecha, dentro de los próximos seis meses, para intentarlo seriamente. Alrededor del 30-35% de los fumadores españoles se encuentran en esta fase. Aquellos fumadores que están dispuestos a hacer un serio intento de abandono son los que se encuentran en la fase de preparación. Son fumadores capaces de elegir un día para hacer un serio intento de abandono en el próximo mes. Entre un 10-15% de los fumadores españoles están en esta fase. Cuando el sujeto ha hecho un serio intento de abandono y se mantiene sin fumar durante un periodo de seis meses, se dice que el sujeto se encuentra en fase de acción. Durante esta fase las posibilidades de recaída son grandes, pero cuando se superan los seis meses sin consumir tabaco estas posibilidades disminuyen significativamente y el sujeto entra, entonces, en la fase de mantenimiento.

En resumen, el tabaquismo es una enfermedad crónica que se inicia en los jóvenes merced a una serie de factores de inicio y mantenedores, que se consolida en la fase juvenil-adulta de la vida y de la que muy pocos se curan después de atravesar un periodo de abandono constituido por diferentes fases.

Tabla 3

INICIO Y MANTENIMIENTO EN EL CONSUMO DEL TABACO		
Factores de inicio	Factores sociales	Presión del grupo de amigos
		Factores familiares
		Factores del grupo de educadores
	Factores personales	Perfil psico-social del joven
		Factores genéticos
	Factores de mercado	Publicidad
		Precios
		Accesibilidad
		Aceptación social del consumo
	Factores de mantenimiento	Dependencia física: Nicotina
Dependencia psíquica		
Dependencia social		
Dependencia gestual		

3.8. Consideraciones generales sobre el diagnóstico del tabaquismo

Teniendo en cuenta que el tabaquismo es una enfermedad crónica, primera causa evitable de muerte en el mundo, todos los profesionales sanitarios estamos obligados a intervenir sobre el tabaquismo que los pacientes puedan padecer. La intervención del profesional sanitario debe ser tanto diagnóstica como terapéutica. La forma e intensidad de cada una de ellas depende de las características del sujeto y del objetivo último de la intervención. En este apartado mencionaremos el procedimiento diagnóstico que de forma obligada debe llevar a cabo todo profesional sanitario ante un paciente fumador.

El mejor procedimiento diagnóstico es aquel que considera la determinación de lo que se ha dado en llamar: conjunto mínimo de datos diagnósticos del fumador. Se trata de una serie de datos subjetivos y objetivos que deben ser recogidos en la historia clínica de cada fumador. A continuación los desarrollamos.

3.8.1. Cantidad de tabaco consumido

Este es el parámetro que se recoge con mayor frecuencia en cualquier historia clínica de un fumador. Pero no sólo es necesario hacer referencia al número de cigarrillos consumidos al día, sino también al tiempo transcurrido como fumador. Estos dos datos quedan englobados en el concepto: "índice paquetes/año". Para determinar esta cifra se realiza una sencilla operación: se multiplica el número de cigarrillos consumidos al día por el fumador, por el número de años que lleva consumiendo tabaco y su resultado se divide por 20. De tal manera que un fumador de 20 cigarrillos diarios durante 20 años, tendrá un índice paquetes/año de 20 paquetes/año.

Aunque no existe un umbral de seguridad para el consumo del tabaco y tan perjudicial es consumir 20 paquetes/año como 3, también es cierto, que, en la mayor parte de los estudios realizados que analizan la relación entre el consumo del tabaco y el padecimiento de un buen número de enfermedades, se observa una relación dosis/respuesta. De esta manera, la posibilidad de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco es más alta en los fumadores de un mayor índice paquetes/año. No obstante, no es posible señalar un determinado umbral de seguridad.

Además, se sabe que existe una relación entre el número de cigarrillos consumidos al día y el número de años de fumador y la posibilidad de dejar de fumar en un determinado intento de abandono. Así, los fumadores que consumen mayor número de cigarrillos al día y los que más tiempo llevan fumando son los que más dificultades experimentan ante un intento de abandono y, en consecuencia, tienen unas posibilidades más bajas de dejar de fumar. Por lo tanto, el conocimiento de este parámetro, índice paquetes/año, puede servir para valorar la posibilidad de desarrollar enfermedad o, incluso, las posibilidades de éxito o fracaso de un intento de abandono.

3.8.2. Determinación de la fase de abandono de consumo de tabaco en la que el sujeto se encuentra

41

Como decíamos mas arriba, los fumadores se encuentran en una u otra fase dependiendo de su mayor o menor motivación para dejar de fumar y de su mayor o menor inclinación a realizar un serio intento de abandono. Es fundamental que ante todo fumador se investigue la fase de abandono en la que se encuentra, pues la actitud terapéutica que se tenga con él, viene determinada por esta fase. El conocimiento de la fase de abandono permite instaurar el tratamiento más adecuado para cada fumador. En la tabla 4 exponemos un sencillo cuestionario que puede llevarse a efecto para hacer el diagnóstico de la fase de abandono.

Tabla 4

CUESTIONARIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FASE DE ABANDONO		
¿Es usted fumador?	¿Intentará usted dejar de fumar en los próximos seis meses?	¿Intentará usted dejar de fumar en el próximo mes?
Si el sujeto contesta que no. Le felicitamos por ello	Sí el sujeto contesta que no. El sujeto esta en FASE DE PRECONTEMPLACIÓN	Si el sujeto contesta que no. El sujeto esta en FASE DE CONTEMPLACIÓN
Si el sujeto contesta que sí. Pasamos a la siguiente pregunta	Si el sujeto contesta que sí. Pasamos a la siguiente pregunta	Si el sujeto contesta que si. El sujeto esta en FASE DE PREPARACIÓN

3.8.3. Análisis de la motivación para el abandono del tabaco

Estrechamente relacionado con las fases de abandono del tabaco está el grado de motivación para intentarlo. En una primera aproximación es aconsejable conocer si el fumador está dispuesto realizar un serio intento de abandono del tabaco. Para ello basta con preguntárselo directamente y observar la actitud del mismo. Para una mejor valoración de esta motivación es muy recomendable la utilización de una escala análogo-visual en la que el sujeto pueda señalar un número de entre 0 a 10, en la que 0 significa no querer en absoluto dejar de fumar y 10 quiera decir sentirse muy motivado para hacer un serio intento de abandono.

Tabla 5

TEST DE FAGERSTRÖM				
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 min.	De 6 a 30 min.	De 31 a 60 min.	Más de 60 min.
	3	2	1	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	Sí		No	
	1		0	
¿Qué cigarrillo es el que más necesita?	El primero de la mañana		Cualquier otro	
	1		0	
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 10 cigarrillos/día	Entre 11 y 20 cigarrillos/día	Entre 21 y 30 cigarrillos/día	31 ó más cigarrillos
	0	1	2	3
¿Después de consumir el primer cigarrillo del día, se fuma el segundo rápidamente?	Sí		No	
	1		0	
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí		No	
	1		0	

3.8.4. Determinación del grado de dependencia física por la nicotina. Test de Fagerström

El test de Fagerström es el instrumento más útil para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. Se trata de un test de seis preguntas con respuestas múltiples. Dependiendo de la respuesta que cada fumador dé a cada una de las preguntas se obtiene una determinada puntuación. Al sumar los puntos ganados en cada una de las preguntas se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos. La tabla 5 muestra el test y la tabla 6, la valoración de sus resultados. Conviene recordar que, en ocasiones, no es necesario realizar la totalidad del test para conocer el grado de dependencia que el

fumador tiene por la nicotina. Se sabe que basta con preguntar al paciente sobre el número de cigarrillos que consume al día, el tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume el primer cigarrillo y cual es el cigarrillo que más necesita consumir. Si las respuestas a estas preguntas son que consume 20 ó más cigarrillos diarios, que consume el primer cigarrillo en la primera media hora de después de levantarse y que es ese cigarrillo el que más necesita, el fumador debe ser diagnosticado de moderado-intenso grado de dependencia por la nicotina.

El conocimiento de los resultados del test de Fagerström no sólo sirven para conocer el grado de dependencia que el fumador tiene por la nicotina sino, que también pueden utilizarse con otros fines. Se ha demostrado que los fumadores con más alta puntuación en el test necesitan tratamiento farmacológico para dejar de fumar e incluso se sabe que, dependiendo de cual sea la puntuación, se debe recomendar uno u otro tipo de fármaco para el abandono. También se ha encontrado que existe relación entre la puntuación del test y el desarrollo de enfermedades asociadas al consumo del tabaco. Por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes fumadores que desarrollan un cáncer de pulmón tienen más alto grado de dependencia física por la nicotina. Resultados similares se han encontrado para los pacientes que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

En resumen, el conocimiento de la puntuación del test de Fagerström sirve para determinar el grado de dependencia, para indicar el mejor tipo de tratamiento farmacológico a realizar y para valorar el riesgo de desarrollar un determinado tipo de trastorno o enfermedad por parte de ese fumador.

3.8.5. Análisis de los intentos previos de abandono y motivos de recaídas

La existencia de intentos fallidos de abandono del tabaco puede ser un índice de la dependencia que dicho fumador presenta al tabaco por lo que el análisis de las causas de recaída puede ser de gran importancia para programar un plan terapéutico con mayores probabilidades de éxito en un nuevo serio intento de abandono del consumo.

3.8.6. Medición de los niveles de CO en el aire espirado

La cooximetría es una exploración que permite conocer la cantidad de CO que un sujeto tiene en el aire que espira. Esta cantidad esta en relación con su hábito como fumador. Para la medición de este parámetro se utiliza el cooxímetro, que es un aparato que mediante una maniobra sencilla e incruenta permite determinar los niveles de CO en el aire espirado por el sujeto. Normalmente, los fumadores tienen altos niveles de CO en su aire espirado. El punto de corte esta situado en 10 ppm, siendo en fumadores esporádicos entre 6-10 ppm. La sensibilidad de esta exploración para detectar a fumadores es del 90%, y la especificidad del 89%. Pueden existir falsos positivos por exposición a fuentes contaminantes, por calibración defectuosa del cooxímetro o en casos de patología asociada como es el caso de la porfiria y la intolerancia a la lactosa. También se han encontrado falsos negativos, en el caso de que no se haya fumado varias horas antes o en fumadores irregulares. El cooxímetro sirve para: a) verificar la abstinencia, b) como mecanismo de refuerzo positivo, c) para ser valorado como un factor de riesgo y d) para que el profesional sanitario y el propio fumador tengan un parámetro objetivo del grado de consumo de tabaco.

Es decir, la realización de una cooximetría dentro del estudio clínico de un fumador no sólo proporciona importante información diagnóstica al médico (grado de tabaquismo, riesgo de desarrollar enfermedad), sino que también puede ayudar al fumador en su proceso de sensibilización y abandono del consumo del tabaco. Esta técnica, es aconsejable, pero no imprescindible para realizar el diagnóstico. La tabla 7 explica la técnica para la realización de la y la valoración de la misma.

Tabla 6

VALORACIÓN DEL TEST DE FAGERSTRÖM		
Puntuación	% fumadores	Valoración
0-1	20	Muy baja dependencia.
		Síntomas de abstinencia escasos y leves
		Rara vez necesitan ayuda para dejar de fumar
2-3	30	Grupo numeroso de fumadores
		Bajo grado de dependencia
		Puede aparecer algún síntoma de abstinencia
		A menudo dejan de fumar sin ayuda
		Los fármacos pueden ser de ayuda
4-5	30	Grupo numeroso de fumadores
		Grado medio de dependencia
		Siempre aparecen síntomas de abstinencia.
		Los fármacos son muy útiles
		Alto riesgo de enfermedades asociadas
6-7	15	Alto grado de dependencia
		Pocas posibilidades de dejar de fumar, sin ayuda
		Alto riesgo de enfermedades asociadas
		Los fármacos son útiles. Las combinaciones se recomiendan
		Altas dosis y prolongación de tratamientos pueden ser útiles
		Ayuda psicológica necesaria
		Depresión y consumo elevado de alcohol son frecuentes
8-10	5	Grupo poco numeroso de fumadores
		Muy pocas posibilidades de dejar de fumar
		Síndrome de abstinencia muy intenso
		Altas dosis y prolongación de tratamientos son necesarias
		La mayoría tienen o tendrán enfermedades asociadas
		Ansiedad, depresión y dependencia por alcohol muy frecuentes

Tabla 7

TÉCNICA PARA LA REALIZACIÓN DE LA COOXIMETRÍA. VALORACIÓN DE SUS RESULTADOS	
Técnica	Valoración
Después de la calibración del cooxímetro y partiendo de la puntuación de 0 ppm en el indicador del mismo. El sujeto deberá realizar una inspiración profunda y tras mantener una apnea de 15 segundos procederá a una espiración lenta, prolongada y completa de todo el aire contenido en sus pulmones, a través de la boquilla del cooxímetro. Se debe esperar unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice y marqué el número exacto de ppm de CO que el sujeto tiene en el aire que espira.	Niveles de 10 ó más ppm de CO en el aire espirado corresponden a sujetos fumadores
	Niveles de 6 a 10 ppm a individuos fumadores esporádicos
	Niveles por debajo de 6 ppm a personas no fumadoras

3.9. Tratamiento del tabaquismo. Consideraciones generales

45

Todo fumador debe recibir intervención terapéutica para incitarle, animarle o ayudarlo a dejar de fumar. La forma e intensidad de el tratamiento que se brinde a cualquier fumador depende de las características de cada fumador. El grado de motivación que el sujeto tenga para dejar de fumar, así como, su grado de dependencia física y psíquica deben ser adecuadamente valorados para proporcionarle el mejor tratamiento. A lo largo de este apartado daremos unas consideraciones generales que deben tenerse presentes a la hora de tratar a los sujetos fumadores.

Los sujetos fumadores que se encuentren en fase de precontemplación deben recibir consejo de abandono de consumo de tabaco. Este consejo ha de ser breve de no más de 3 minutos de duración. A través de él, el profesional sanitario debe explicar claramente al fumador que dejar de fumar es la medida sanitaria más eficaz que este puede tomar para mantenerse en buena salud. Le alertará sobre como los niveles de CO en su aire espirado están más elevados que en los no fumadores. Es conveniente que esta recomendación de abandono de tabaco se acompañe de la entrega por parte del profesional sanitario al sujeto fumador de información escrita sobre tabaquismo. La utilización de folletos informativos que ilustren de forma clara, concisa y entretenida todos los aspectos del tabaquismo suele ser de gran utilidad. Todos los fumadores deben recibir esta intervención siempre que acudan ante un profesional sanitario. Diferentes meta-análisis han demostrado que de cada cincuenta pacientes que reciben consejo de abandono de las características antes explicadas, 1 deja de fumar. La eficacia de este aviso radica en que cuando el sujeto lo recibe, le animamos a que realice más intentos. Y cuantos más intentos realice, más posibilidades tendrá para dejar de fumar. OR 1.56 (95% IC 1.32-1.84)

Los fumadores que se encuentran en fase de contemplación, suelen ser sujetos que ya han intentado en alguna ocasión dejar de fumar y que fracasaron. Todos ellos quieren dejar de fumar pero no se lo plantean seriamente para el futuro más inmediato. La intervención sobre este grupo de fumadores debe estar presidida por la empatía, el suministro de información sanitaria con una exposición positiva y la oferta de ayuda para un próximo intento de abandono. En estos fumadores la utilización de material escrito con información sobre como hacer un intento



de abandono, sobre los diferentes tratamientos para ayudar a dejar de fumar y con todos los datos que sirvan para darles a conocer todas las estrategias de las que disponemos para facilitarles el éxito en el abandono, se han mostrado actividades muy útiles. Es conveniente que el profesional sanitario se ofrezca al paciente para ayudarle en la realización de un serio intento de abandono y le cite en un periodo de 4 a 6 semanas para controlar si ha habido algún cambio en su actitud para dejar de fumar.

Es importante tener en cuenta que todos los fumadores atraviesan situaciones idóneas para recibir consejo de abandono de consumo de tabaco. Entre ellas destacan: cuando el sujeto acude a una consulta médica con problemas respiratorios (gripe, tos, esputos, ahogo, etc), cuando se está realizando una exploración física (auscultación cardio-pulmonar, toma de tensión arterial, etc), cuando acude para recibir los resultados de exámenes complementarios (estudios radiológicos de tórax, ECG, análisis de sangre, test del embarazo, etc), cuando va a ser sometido a una operación quirúrgica, cuando está hospitalizado, etc. En estas circunstancias el sujeto se muestra más proclive a modificar sus hábitos, la intervención sanitaria oportuna, empática, positiva y de ayuda, en estas situaciones suele ser muy eficaz.

De acuerdo a las más recientes normativas todos los fumadores que estén en fase de preparación deben recibir dos tipos de intervención: una, conductual encaminada a combatir la dependencia psíquica que pudieran padecer y otra, farmacológica para aliviar la dependencia física por la nicotina. A continuación desarrollaremos cada una de ellas.

3.9.1. Intervenciones conductuales

Este tipo de intervenciones pueden variar desde el simple consejo de abandono de consumo de tabaco hasta intervenciones conductuales más complejas. Para lo relativo al consejo remitimos al lector a lo comentado más arriba. A continuación resumimos algunas de estas intervenciones más complejas. Para completar este apartado es necesario acudir a los capítulos de tratamiento psicológico y farmacológico que abordan más en profundidad estos aspectos.

46

Todos los fumadores que quieran realizar un serio intento de abandono deberían recibir asesoramiento conductual que les proporcionase la suficiente ayuda como para poder superar la dependencia psíquica, social y gestual que el consumo del tabaco pudiera ocasionarles. Este asesoramiento puede ser ofertado tanto de forma individual como grupal, sin que hasta el momento se haya podido determinar una mayor eficacia de uno sobre otro.

El asesoramiento individual debe ser proporcionado en contactos cara a cara con el paciente de aproximadamente 5 a 10 minutos de duración. Aunque la forma y número de estos puede variar entre los diferentes grupos. Es conveniente asociar a este tipo de contactos, otros por vía telefónica. El establecimiento de una serie de llamadas a lo largo de la fase de abandono del consumo va a incrementar ligeramente la eficacia del asesoramiento. A continuación se expone una propuesta de seguimiento para la oferta de este tipo de ayuda individual: durante la visita basal, en la que se establecerá el diagnóstico y el tratamiento del fumador, este elegirá un día para dejar de fumar (día D). El seguimiento estará constituido por dos tipos de visitas, unas cara a cara: se realizarán ocho, repartidas de la siguiente forma: primera, segunda, cuarta, sexta, octava y duodécima semana después del día D. Sexto y duodécimo mes después del día D. Y otras vía teléfono, se realizarán seis llamadas, repartidas de la siguiente manera: tercera, quinta, séptima y décima semana después del día D. Cuarto y quinto mes después del día D.

No ha sido establecido el número óptimo de sesiones que debe tener un tratamiento grupal, ni se sabe cual es la duración más adecuada para cada una de ellas. En el capítulo de tratamiento psicológico el lector encontrará más datos sobre este tipo de tratamiento.

3.9.2. Tratamiento farmacológico

La recomendación número 2 de la guía práctica para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco del servicio de salud pública de los Estados Unidos establece que los fumadores que deseen dejar el tabaco deberán recibir tratamiento farmacológico. Se contemplan dos tipos de tratamiento farmacológico. Unos de primera elección considerados así porque tienen probada eficacia y producen escasos efectos adversos y otros de segunda elección por cuanto que su eficacia es más limitada y ocasionan más efectos adversos. Entre los primeros destacan varias

formas de terapia sustitutiva con nicotina (chicles, parches, pastillas, spray e inhalador bucal), el bupropión y la vareniclina. Entre los segundos, la clonidina y la nortriptilina. En el capítulo referente a tratamiento farmacológico, el lector encontrará más información acerca de estas terapias.

El tratamiento farmacológico es parte consustancial del tratamiento del tabaquismo. Todos los fumadores que quieren dejar de fumar deben recibir tratamiento farmacológico. Las únicas circunstancias en las que la utilización de este tratamiento debe ser sometida a consideración son: fumadores de menos de 16 ó 18 años de edad, fumadores de menos de 10 cigarrillos al día, y fumadores con contraindicación para la utilización de los tratamientos farmacológicos.

No olvidar...

- a) El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que en el 80% de los casos se inicia antes de los 20 años de edad, que se mantiene merced a la dependencia que produce la nicotina y cuyas principales manifestaciones clínicas son: trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios y aparición de tumores en diversas localizaciones. Tiene una alta prevalencia que varía en los diferentes países de acuerdo a criterios sociales, económicos y culturales. Es la primera causa de muerte en los países desarrollados.
- b) La hoja de la planta del tabaco es sometida a un proceso de fermentación, curación y desecación. Después de ello es manipulada para obtener las labores mediante las cuales es consumido el tabaco. Las labores de consumo de tabaco son: cigarrillos, puros, pipas, tabaco para liar, tabaco para pipas de agua, bidis, stricks, kreteks, tabaco para masticar, moist snuff y dry snuff.
- c) En el humo del cigarrillo se han detectado 4.500 sustancias tóxicas. De todas estas sustancias el monóxido de carbono (CO), la nicotina, las nitrosaminas, los alquitranes y las sustancias oxidantes son las que con mayor frecuencia producen enfermedad, tanto en el fumador activo como en el pasivo.
- d) El tabaquismo es una enfermedad que suele iniciarse entre los 11 y 14 años de edad, cuyo curso clínico se cronifica entre los 16 a 50-55 años. Sólo un escaso número de enfermos se curan (la tasa anual de abandonos del consumo del tabaco no alcanza el 4%) y produce la muerte en el 50% de aquellos que la padecen. Diversos factores facilitan que los jóvenes se inicien al consumo del tabaco y se mantengan en el mismo.
- e) El diagnóstico de tabaquismo debe hacerse de acuerdo a lo que se ha dado en llamar "conjunto mínimo de datos diagnósticos". Esos son: índice paquetes/año, fase de abandono del consumo del tabaco, grado de motivación para dejar de fumar, grado de dependencia física por la nicotina, análisis de intentos previos de abandono y cooximetría.
- f) Todo fumador debe recibir intervención terapéutica para incitarle, animarle o ayudarlo a dejar de fumar. La forma e intensidad de el tratamiento que se brinde a cualquier fumador depende de las características de cada fumador.

Bibliografía

Akehurst RL, Bennett D, Berry C, Bird S, Buxton M, Claxton K et al. Guidance on the use of nicotine replacement therapy and bupropión for smoking cessation. National Institute for clinical excellence. www.nice.org.uk. Marzo 2002.

Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews, 2007, Issue 1 Art N° CD006103.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice guideline. Rockville, MD:US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane database Syst Rev. 2007 CD00031.

Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla Garcia M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol. 2003; 39:35-41

Jiménez Ruiz CA, Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios J, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2003; 39(9): 409-418.

Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, De Granda JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. Arch Bronconeumol 2008; 44(4): 213-9.

P Tønnesen, L Carrozzi, K O Fagerström, C Gratziou, C. A. Jimenez-Ruiz, S Nardini, G Viegi, I A Campell, E Dagli and R West. Task Force Recommendations: Smoking cessation in patients with respiratory diseases: A high priority, integral component of therapy. Eur Respir J. 2007; 29:390-427

West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.

4. EL ESTUDIO CLÍNICO ESPECÍFICO DEL SUJETO FUMADOR

Objetivo

El principal objetivo de este capítulo es exponer los datos que deben ser recogidos específicamente en la historia clínica de tabaquismo.

4.1. Introducción

Explicaremos el modelo de historia clínica que desarrollamos en la Unidad Especializada en Tabaquismo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Exponemos aquí la historia clínica que debe ser realizada a todo fumador en fase de preparación que acude a una Unidad Especializada para ser ayudado en el abandono del consumo del tabaco.

4.2. Concepto

La historia clínica es un conjunto de documentos donde se registran la información médica y administrativa de los pacientes. Esta información es confidencial.

Ante un paciente fumador que este dispuesto a realizar un serio intento de abandono de consumo de tabaco se debe realizar una historia clínica rigurosa, con letra legible y con todos los detalles posibles. La historia clínica debe contener los siguientes datos: datos identificativos, anamnesis, historia de tabaquismo, estudio del ámbito social, estudio de dependencias y exámenes complementarios. A continuación los desarrollamos

50

4.2.1. Datos de identificación del paciente o datos administrativos

Es necesario que estos datos estén bien recogidos porque son imprescindibles para hacer revisiones telefónicas, enviar el informe de alta, localizar al paciente, etc. Son los siguientes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento/ edad, profesión, estado civil, domicilio y teléfono, número de historia clínica y fecha de la primera consulta.

4.2.2. Anamnesis general

En este apartado se analizan los antecedentes personales y familiares del fumador. Debemos registrar todas las patologías del paciente. Es fundamental preguntar si tiene problemas neurológicos, renales, cardiacos, dermatológicos, etc; ya que los fármacos para dejar de fumar pueden estar contraindicados con alguna patología como epilepsia o insuficiencia renal crónica. También es importante conocer si el paciente tiene alguna enfermedad psiquiátrica y su grado de estabilidad. También hay que registrar si hay patología respiratoria o relacionada con el tabaco como EPOC, asma, etc. Determinar las intervenciones quirúrgicas que el sujeto ha padecido es parte de la historia de tabaquismo. Igualmente, el conocimiento sobre antecedentes de reacciones alérgicas nos puede ayudar a pautar uno u otro tipo de tratamiento.

4.2.3. Historia de Tabaquismo

A continuación exponemos los datos que se deben recoger en relación con este apartado:

- Edad de inicio del consumo de tabaco, a qué edad probó su primer cigarrillo.
- Desde que edad fuma regularmente, por lo menos un cigarrillo todos los días o varios algún día de la semana.
- ¿Cuántos años lleva fumando?.

- ¿Por qué empezó a fumar?.
- Número de cigarrillos diarios que fuma actualmente y tipo de cigarrillos: rubio o negro, normal o Light...
- Patrón de consumo: En este sentido se deben investigar los aspectos morfológicos del consumo del tabaco:
 - Cómo se fuma el paciente esos cigarrillos: enteros hasta el filtro, casi todo el cigarrillo, la mitad del cigarrillo o encenderlo y apagarlo.
 - Si fuma muchas caladas (más de veinte-quince caladas) o pocas caladas (menos de veinte-quince caladas).
 - Si la inhalación es profunda o superficial.
- Se debe calcular el índice paquetes/año: el resultado se obtiene de multiplicar el número de cigarrillos que el paciente fuma diariamente por los años que lleva fumando y dividir el resultado por veinte. Cuanto mayor sea el número de paquetes/año mayor es la dificultad que el paciente tendrá para dejar de fumar y también la posibilidad de desarrollar alguna patología.
- Registrar intentos previos de abandono: número de intentos, tiempo que el paciente estuvo sin fumar y si utilizó algún tratamiento y cómo le fue.
- Es fundamental preguntar el motivo por el que sufrió recaída en posteriores intentos de abandono. Pueden ser uno o varios de los siguientes: síndrome de abstinencia, crisis vital (divorcio, enfermedad, muerte ser querido, etc), ganancia de peso, celebración o acontecimiento festivo (bodas, fiestas de Navidad, etc), depresión, dificultades en el trabajo, consumo de alcohol y/o drogas, estar en ambiente de fumadores.

4.2.4. Estudio del ámbito social

Trata de analizar los diferentes apoyos sociales con los que cuenta el paciente a la hora de enfrentarse al abandono del consumo del tabaco. Se deben determinar: el ambiente familiar, el laboral y el de las relaciones sociales (amigos fundamentalmente)

Tabla 1

TEST DE RECOMPENSA	
Cuando ha realizado un serio intento de abandono de consumo de tabaco. ¿Cuál de estas dos situaciones ha sido la más difícil para usted?	
1.- No poder consumir un cigarrillo en aquellos momentos en los que más me apetecía	2.- Padecer de forma continúa síntomas como: ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, etc.
Si el sujeto señala la primera respuesta, se dice que el sujeto consume tabaco por recompensa positiva. Si el sujeto señala la segunda respuesta, se dice que el sujeto fuma por recompensa negativa	
El sujeto debe elegir entre una u otra contestación. Señalará aquella que es más determinante para él	

4.2.5. Estudio de dependencias

Analizar el tipo y grado de dependencias que el sujeto fumador padece es una parte fundamental de la historia clínica. Las dependencias que deben ser evaluadas son las siguientes: física, psíquica, social, y gestual. Además, el



fumador debe ser estudiado en su forma de consumir tabaco y tratar de descubrir cual es el objetivo fundamental que persigue cuando consume la droga. Para analizar estos aspectos podemos utilizar varios instrumentos.

Para medir el grado de dependencia física que el sujeto tienen por la nicotina se debe utilizar el test de Fagerström. Las características de este cuestionario y su valoración ya han sido explicadas en el capítulo dedicado a las consideraciones generales del tabaquismo. (Capítulo 3)

Analizar el tipo de recompensa que el sujeto fumador obtiene del consumo del tabaco es clave para hacer un mejor diagnóstico del tabaquismo. Para valorar este aspecto, en nuestro medio utilizamos el test de recompensa. Este cuestionario nos ayuda a discriminar si el sujeto consume tabaco por evitar el padecimiento de los síntomas del síndrome de abstinencia (en este caso decimos que la recompensa es negativa) o por disfrutar de la sensación placentera del consumo (en este caso decimos que la recompensa es positiva). La tabla 1 expone el test.

La determinación del grado de dependencia psíquica, social y gestual que el sujeto padece es determinante para hacer un correcto diagnóstico. La Unidad Especializada en Tabaquismo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha desarrollado un test mediante el cual el profesional sanitario puede diagnosticar el tipo y grado de dependencias que el sujeto padece por el cigarrillo. Se trata del Test de la Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid. (Test UISPM). Debe ser suministrado al sujeto para que este lo conteste sin ayuda del profesional. Con posterioridad, el profesional evaluará el resultado. Este cuestionario no sólo permite conocer los diferentes grados de dependencias: psíquica, social y gestual. También, sirve para analizar algunas características del tabaquismo del sujeto. Al analizar las respuestas del fumador, el profesional sanitario averigua datos sobre las razones que tienen el fumador para consumir tabaco. Se puede detectar el grado de automatismo, el grado de sedación y el grado de estimulación que el fumador padece. En el anexo se puede encontrar el test y su valoración.

4.2.6. Exámenes complementarios

El estudio clínico del fumador que se realiza en una Unidad Especializada en Tabaquismo debe incluir la determinación de parámetros analíticos que ayuden a establecer un correcto diagnóstico y que faciliten la utilización de tratamientos farmacológicos especiales. Entre los exámenes complementarios que se deben realizar en la Unidad cabe citar los siguientes: determinación de los niveles de CO en el aire espirado, determinación de los niveles de carboxihemoglobina (HbCO), determinación de nicotina y cotinina en sangre periférica. En cuanto a la determinación de CO y HbCO remitimos al lector al capítulo 3 en el cual se desarrollo este aspecto más ampliamente.

La determinación de cotinina en sangre periférica ayuda a conocer el grado de tabaquismo que un sujeto puede padecer. Sin duda es el parámetro mas objetivo. Algunos fumadores que consumen un escaso número de cigarrillos diarios tienen niveles de cotinina sanguínea elevados. Ello es debido a que inhalan el humo con mayor intensidad o a que dan más pipadas al cigarrillo. La cotinina es el principal metabolito de la nicotina y su vida media es de aproximadamente 2 a 4 días. Esta circunstancia permite que la cantidad de esta sustancia que se determina en la sangre periférica del sujeto fumador sea representativa. Por el contrario, la determinación de nicotina en la sangre del fumador esta muy influenciada por el tiempo transcurrido después del consumo del último cigarrillo. La nicotina tiene una vida media en sangre muy corta, alrededor de 2 horas. Esta circunstancias impide que su determinación sea representativa.

La determinación de los niveles de cotinina en sangre esta muy indicada en aquellos sujetos que van a recibir tratamiento con terapia sustitutiva a altas dosis. Otra indicación es en aquellos casos en los que existen riesgos para la utilización de este tipo de terapias: terapia sustitutiva con nicotina en mujeres embarazadas, terapia sustitutiva con nicotina en pacientes con patología cardiaca, etc.

4.2.7. Diagnóstico

La realización de la historia clínica aquí presentada permite establecer un diagnóstico amplio y completo del sujeto fumador. Este diagnóstico debe contemplar los siguientes aspectos: grado de tabaquismo, tipo y grado de dependencias y razones para el consumo.

Para hacer el diagnóstico de grado de tabaquismo utilizamos los siguientes parámetros: número de cigarrillos consumidos al día, número de paquetes /año, niveles de CO en aire espirado y niveles de cotinina en sangre periférica. De todos ellos, los niveles de cotinina en sangre periférica es el parámetro más determinante. La tabla 2 muestra los diferentes grados de tabaquismo dependiendo de la valoración de estos parámetros.

Para hacer el diagnóstico del tipo y grado de dependencias utilizamos el test de Fagerström y el test UISPM. La valoración de estos cuestionarios se comenta en sus respectivas tablas. En cuanto a hacer el diagnóstico de las razones para el consumo debemos utilizar el test UISPM y el test de recompensa.

Tabla 2

DIAGNÓSTICO DE GRADO DE TABAQUISMO
Grado leve: Fumadores de menos de 5 paquetes/año, con menos de 15 ppm de CO en aire espirado. Niveles de cotinina en sangre menores de 100 ng/ml
Grado moderado: Fumadores de 5 a 15 paquetes/año, con 15 a 20 ppm de CO en aire espirado. Niveles de cotinina en sangre de 100 a 150 ng/ml
Grado severo: Fumadores de 16 a 25 paquetes/año, con 21 a 30 ppm de CO en aire espirado. Niveles de cotinina en sangre de 151 a 250 ng/ml
Grado muy severo: Fumadores de mas de 25 paquetes/año, con más de 30 ppm de CO en aire espirado. Niveles de cotinina en sangre superiores a 250 ng/ml

No olvidar...

- a) La historia clínica de tabaquismo debe contener los siguientes datos: datos identificativos, anamnesis, historia de tabaquismo, estudio del ámbito social, estudio de dependencias y exámenes complementarios.
- b) Las dependencias que deben ser evaluadas son las siguientes: física, psíquica, social, y gestual. El test de Fagerström y el test UISPM pueden ser utilizados para estas determinaciones.
- c) El fumador debe ser estudiado para tratar de descubrir cual es el objetivo fundamental que persigue cuando consume la droga. Para analizar estos aspectos podemos utilizar varios instrumentos: test de recompensa y test UISPM.
- d) Los exámenes complementarios que se deben realizar en la Unidad Especializada en Tabaquismo son los siguientes: determinación de los niveles de CO en el aire espirado, determinación de los niveles de carboxihemoglobina (HbCO), determinación de nicotina y cotinina en sangre periférica.
- e) La determinación de los niveles de cotinina en sangre esta muy indicada en aquellos sujetos que van a recibir tratamiento con terapia sustitutiva a altas dosis ó en aquellos casos en los que existen riesgos para la utilización de este tipo de terapias: terapia sustitutiva con nicotina en mujeres embarazadas, terapia sustitutiva con nicotina en pacientes con patología cardiaca, etc.
- f) Para hacer el diagnóstico de grado de tabaquismo utilizamos los siguientes parámetros: número de cigarrillos consumidos al día, número de paquetes /año, niveles de CO en aire espirado y niveles de cotinina en sangre periférica.
- g) La realización de la historia clínica de tabaquismo permite establecer un diagnóstico amplio y completo del sujeto fumador. Este diagnóstico debe contemplar los siguientes aspectos: grado de tabaquismo, tipo y grado de dependencias y razones para el consumo.

Bibliografía

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice guideline. Rockville, MD:US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

Fiore MC, Jorenby DE, Schnsky AE, Smith SS, Bauer RR, Baker TB. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc.*1995;70:209-213.

Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, De Granda JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008; 44(4): 213-9.

Mcbride PE, Plane MB, Underbakke G, Brown RL, Solberg LI. Smoking screening and management in primary care practices. *Arch Fam Med* 1997; 6:165-172.

Ramos Pinedo A. Historia clínica del tabaquismo. En: *Tratado del tabaquismo*. Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO (eds). 2 Edición. Editorial Ergon. Madrid. 2007.

5. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son:

- 1.- Mostrar las técnicas psicológicas eficaces para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.
- 2.- Explicar su forma de utilización y sus indicaciones.

5.1. Introducción

El tabaquismo está considerado una enfermedad adictiva crónica, en la que confluyen variables fisiológicas, psicológicas y sociales. Esto implica que su abordaje terapéutico sea multidisciplinar, completo y complementario. Reconocer al sujeto fumador como portador de una enfermedad de larga evolución con procesos cíclicos de recaída y remisión es imprescindible. Realizar un abordaje terapéutico completo del fumador mediante tratamiento farmacológico y psicológico es obligatorio.

5.2. Concepto

Los tratamientos psicológicos han demostrado su eficacia en el tratamiento de los fumadores desde los años 60. El tratamiento psicológico se puede llevar a cabo en consulta individualizada o bien mediante terapia grupal.

En la actualidad los tratamientos psicológicos de elección para dejar de fumar son los programas multicomponentes. Estos se basan en la utilización combinada de varias técnicas con el fin de intervenir sobre los diferentes factores que mantienen el hábito tabáquico. Dentro de estos programas se incluyen tanto técnicas conductuales como técnicas cognitivo-conductuales.

58

5.3. Técnicas de afrontamiento desde el modelo conductual

5.3.1. Control estímular

Consiste en romper la asociación entre estímulos externos (E) y la conducta de fumar para facilitar la deshabitación y, evitar los E antecedentes para reducir situaciones de riesgo en los primeros momentos del proceso de abandono del tabaco. Es importante que el paciente decida a que E se expone y a cuales no, y buscar las alternativas que más le agraden para sustituir conductas de riesgo. Hay que informarle de que los cambios van a ser temporales.

5.3.2. Desensibilización sistemática

Esta técnica pretende reducir respuesta (R) de ansiedad y eliminar conductas motoras de evitación. Con ellas, el paciente debe de exponerse a situaciones de riesgo de menor a mayor dificultad para él. Es una técnica recomendable para controlar el craving. Es necesario llevarla a cabo una vez que el paciente se siente más capaz de controlarlo. Suele ser a partir del primer mes del abandono del tabaco.

5.3.3. Reforzamiento

Este procedimiento sirve para favorecer el mantenimiento de la abstinencia y que el paciente aprenda a autorreforzarse. Se trata de reforzar al paciente la conducta de abstinencia y que el paciente aprenda a felicitarse y a premiarse. Para ello, es importante no reforzar las conductas indiscriminadamente, sólo aquellas que ayuden a mantener abstinencia. Se debe evitar que el refuerzo sea comida.

5.4. Técnicas de afrontamiento desde el modelo cognitivo-conductual

5.4.1. Reestructuración cognitiva

Ayudar al paciente a identificar ideas erróneas con respecto al tabaco y transformar éstas en ideas más adaptativas son los principales objetivos de esta técnica.

Hay que identificar las ideas erróneas que tiene el paciente, someterlas a análisis crítico y plantear el cambio de éstas por ideas más adaptativas. Para ello, es importante, preguntar al paciente cual es la evidencia de ese pensamiento, qué alternativas hay, cual es el efecto de pensar como lo está haciendo, etc. No se debe hacer sugerencias al paciente. Él debe, por si sólo, llegar a una alternativa de pensamiento más adaptativa.

5.4.2. Detención del pensamiento

Trata de parar pensamientos automáticos, recurrentes, que anteceden a la conducta de fumar y evitar conductas y emociones relacionadas con estos pensamientos. Hay que identificar el pensamiento recurrente, parar éste y realizar actividad distractora. Se enseña al paciente a parar el pensamiento utilizando la exclamación ¡Alto!. Es de gran importancia que el paciente realice actividad distractora inmediatamente después de parar el pensamiento.

5.4.3. Técnicas de distracción

Su principal objetivo es conseguir que el sujeto se distraiga de los pensamientos y sentimientos relacionados con las ganas de fumar. Consiste en que el paciente haga una verbalización de la descripción detallada de un cuadro, hacer ejercicio, cantar...

5.4.4. Autoinstrucciones

Mediante esta técnica el paciente trata de reducir el malestar orientando el diálogo hacia la superación de las dificultades. Se trata de que el paciente consiga tener pensamientos que le ayuden a la abstinencia y que se felicite por cumplir ésta.

5.4.5. Entrenamiento en autocontrol

Con esta técnica el sujeto aprende a disminuir la activación a nivel fisiológico y cognitivo.

Uno de los instrumentos es la técnica de respiración profunda, que consiste en hacer una inhalación profunda, seguida de un periodo de retención de entre 5 y 10 segundos, y posteriormente una exhalación lenta del aire. El procedimiento permite conseguir un estado de relajación de forma rápida, aunque no sea muy profundo. Parece interesante utilizarlo en situaciones de crisis, en especial para reducir problemas de ansiedad. Incluso cinco ciclos inspiración, pausa, espiración, pueden producir efecto, es decir, en menos de un minuto. No obstante, su eficacia no ha sido probada en los diferentes meta-análisis.

5.4.6. Técnicas de imaginación

La técnica permite modificar los pensamientos del paciente utilizando la imaginación. Esto se puede conseguir mediante la sustitución por imagen negativa. Ello se refiere a que el paciente elabore una imagen negativa asociada al consumo de tabaco, y la sustituya por la imagen positiva que tenga de éste para evitar la conducta de



uso. La imagen que el paciente elabore ha de ser lo más detallada posible, y que sea lo que más le hace rechazar el consumo de éste.

5.4.7. Solución de problemas

El paciente debe aprender a resolver problemas de forma que se reduzca la probabilidad de recurrir a fumar como estrategia de afrontamiento. Se trata de identificar el problema de forma concreta, generar soluciones alternativas, evaluarlas, ejecutar la solución y hacer una autoevaluación del resultado. Las soluciones alternativas deben ser generadas por el paciente, ya que es él quien mejor se conoce y sabe sus posibilidades.

5.5. Terapia grupal

Las técnicas de tratamiento psicológico a seguir durante la terapia grupal son las mismas que las utilizadas en la terapia individual. La terapia grupal facilita el apoyo mutuo entre personas que sufren los mismos problemas. Además facilita el aprendizaje para la comprensión y la resolución del problema.

A continuación exponemos, brevemente, la estructura de la terapia grupal que realizamos en la Unidad Especializada en Tabaquismo de La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

5.5.1. Estructura

Nuestro programa consiste en un total de 6 a 8 sesiones que se desarrollan de acuerdo a este esquema:

60

1ª sesión: Se realiza unos 3 días antes del día elegido para dejar de fumar, es el mismo para todos los componentes del grupo. Se da una charla informativa sobre epidemiología, patología y tratamiento del tabaquismo. Se instruye al paciente en las siguientes pautas psicológicas iniciales de afrontamiento: control estimular, autoinstrucciones y técnicas de distracción.

2ª sesión: La realizamos una semana después del día de abandono del consumo de tabaco. Se dedica a ver la evolución clínica de cada paciente, se trabajan ideas erróneas sobre el tabaco y se les recomiendan más técnicas psicológicas de afrontamiento, las cuales son: detención del pensamiento, reforzamiento y entrenamiento en autocontrol.

3ª sesión: Además de ver la evolución clínica de los pacientes se hace un análisis de los "pros" y "contras" del consumo de tabaco desde la perspectiva de cada uno de los pacientes, se les instruye en pautas higiénicas de sueño y se trabaja con ellos la técnica de imaginación.

4ª sesión: Se valora de nuevo la evolución clínica de cada paciente, se hace una valoración de los beneficios observados por los pacientes desde que dejaron de fumar, se evalúan situaciones de "riesgo" y se les instruye en la técnica de desensibilización sistemática para que afronten éstas. Se les dan recomendaciones dietéticas.

5ª sesión: Se presta especial atención a la evolución clínica de los pacientes. Se evalúan también las situaciones de riesgo a las que se han enfrentado. Se hace un análisis de una posible fase de duelo por la que un porcentaje de pacientes pasa durante el proceso de abandono del tabaco y se les anima a que se den sus primeras recompensas. Se les enseña la técnica de solución de problemas.

6ª sesión: Se controla la evolución clínica. Se trata de desdramatizar el fin del tratamiento farmacológico. Se trabaja la prevención de recaídas y se remotiva a los pacientes.

7ª y 8ª sesión: Se continúa valorando la evolución clínica de los pacientes, se trabaja la prevención y abordaje de posibles recaídas y se remotiva a los pacientes de nuevo.

Aconsejamos que cada grupo este constituido por aproximadamente 15 pacientes. Debemos considerar que el número de sujetos va disminuyendo durante el proceso. Las sesiones suelen ser de 90 minutos y la distribución temporal puede variar, aunque aconsejamos que las primeras sesiones sean semanales.

No olvidar...

- a) El tratamiento psicológico puede ser impartido en formato grupal o individual.
- b) Existen dos tipos de técnicas psicológicas: conductuales y cognitivo-conductuales.
- c) Las técnicas conductuales son: control estímulos, desensibilización sistemática y reforzamiento.
- d) Las técnicas cognitivo-conductuales son: re-estructuración cognitiva, detención del pensamiento, distracción, autoinstrucciones, autocontrol, técnicas de imágenes y solución de problemas.



Bibliografía

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Journal of Psychiatry 1996 ; 153: 1-31.

Becoña, E. y Vázquez, F. L. Tratamiento del tabaquismo, 1998. Madrid: Dykinson

Fernández Castillo, R., Esteban de la Rosa, R.J. Técnicas de deshabituación tabáquica, 2005. Formación Alcalá.

Labrador, F. J., Cruzado, J.A., Muñoz, M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, 1998. Pirámide.

6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Objetivo

El objetivo de este capítulo es dar a conocer los distintos medios de abordaje farmacológico del tabaquismo, aprobados por las autoridades sanitarias españolas, desde un prisma eminentemente práctico.

6.1. Introducción

El tabaquismo se define como una enfermedad adictiva y crónica, y en este sentido la nicotina cumple con los criterios establecidos para considerarla como droga psicoactiva, entre ellos el que su privación conduzca a la aparición de una sintomatología de abstinencia, sobre la cual se puede y se debe actuar farmacológicamente, pues no olvidemos que el padecimiento de estos síntomas es la principal causa de recaída entre los fumadores que están intentando dejar de serlo.

Por otra parte, el cada vez mejor conocimiento de los mecanismos neurobiológicos que median la adicción cerebral de la nicotina ha modificado sustancialmente la forma de abordar esta dependencia, dándose un mayor peso al abordaje farmacológico de los síntomas derivados de la cesación tabáquica.

El tratamiento farmacológico debe ofertarse, salvo contraindicación específica, a todo fumador preparado para realizar un serio intento de abandono, llegando con él a triplicar sus opciones de abandono, siempre que sea posible acompañándolo del adecuado soporte psicológico.

Actualmente se consideran tratamientos de primera línea la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), el hidrocloruro de bupropión, y más recientemente la vareniclina, quedando en un segundo escalón terapéutico, aunque con eficacia también demostrada, la nortriptilina y la clonidina, por sus frecuentes problemas de tolerancia. A continuación pasaremos a describir brevemente los fármacos del primer grupo.

64

6.2. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

El empleo de sustitutos de la nicotina pretende disminuir o evitar el síndrome de abstinencia derivado de la supresión súbita de la sustancia. Es conocido que la capacidad adictiva de una sustancia depende de la rapidez con que ejerce sus acciones a nivel central, lo cual, en el caso de la nicotina, se produce a los 7-10 segundos de dar una pipada o calada, lo que explica su altísimo poder adictivo. En este sentido, los fumadores mantienen unas concentraciones de nicotina en plasma entre 10 y 40 ng/ml, siendo necesarias concentraciones entre 5 y 15 ng/ml para que el fumador no desarrolle sintomatología de abstinencia.

La TSN se definiría como la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo, por una vía distinta del cigarrillo (chicles o comprimidos de nicotina, parches transdérmicos, inhalador bucal, spray nasal o tableta sublingual), en una cantidad suficiente para evitar los efectos desagradables del síndrome de abstinencia nicotínica (5-15 ng/ml), pero en cantidad insuficiente como para crearle dependencia (evitando picos mayores de 30-35 ng/ml).

La eficacia global con los distintos tipos de TSN, comparada con los controles es de 1.77 (95% IC; 1.66-1.88). A continuación, pasaremos a resumir las principales características de los distintos preparados de TSN de que disponemos en España, así como nuevas aplicaciones de uso que se han desarrollado en los últimos años:

6.2.1. Chicle de nicotina

El chicle es una pieza de goma de mascar que contiene 2 o 4 mg de nicotina, unida a una resina de intercambio iónico. Al masticarse, la resina se mezcla con los iones de la saliva y libera la nicotina que se absorbe por la mucosa

orofaríngea. Una vez absorbida, pasa a la sangre alcanzando el sistema nervioso central y alivia los síntomas del síndrome de abstinencia. La ventaja de este tratamiento reside en la posibilidad de utilizarlo individualmente en respuesta a la aparición de episodios de craving. También pueden ayudar a reducir el aumento de peso durante la deshabituación tabáquica. Su principal inconveniente es que con frecuencia se utiliza de forma inadecuada, dando lugar a la aparición de efectos adversos, o se infrutiliza en número de chicles o en duración del tratamiento, con lo que pierde eficacia.

El chicle debe masticarse lentamente hasta que se note un fuerte sabor, momento en el cual debe dejar de masticarse, colocar el chicle entre la mejilla y las encías y evitar la deglución de saliva. Conforme tiene lugar la absorción de la nicotina por la mucosa orofaríngea va disminuyendo el fuerte sabor hasta su desaparición, momento en el que puede nuevamente masticarse el chicle. Se repite este ciclo hasta que la goma de mascar desprenda toda su nicotina o desaparezca el deseo de fumar. Si el chicle se mastica continuamente, la nicotina se libera rápidamente y no puede absorberse por la mucosa orofaríngea, por lo que es deglutida y metabolizada en el hígado, convirtiéndose en cotinina y N-óxido-nicotina, que son sustancias farmacológicamente inactivas. El mal sabor del chicle del que frecuentemente se quejan los fumadores se puede combatir con el uso concomitante de otros chicles de cualquier sabor, siempre que no sean de clorofila, pues estos interfieren con la absorción de la nicotina. No se debe mezclar con refrescos, zumos, café u otras bebidas ácidas, que pueden alterar su absorción. Lo ideal sería que el paciente inicie su uso unos días antes de dejar de fumar, para habituarse a su especial técnica de empleo.

Según la última revisión Cochrane, la odds ratio (OR) para la abstinencia mediante el empleo de chicles de nicotina es de 1.66 (95% IC; 1.52-1.81) con un grado A de evidencia científica. La eficacia de los mismos es independiente de la duración del tratamiento y de la intensidad de la ayuda suplementaria proporcionada al fumador. Su utilización parece ser más eficaz cuando se usan de forma programada que cuando se emplean a demanda.

La utilización de chicles debe ajustarse al grado de dependencia del fumador: se recomiendan piezas de 2 mg en fumadores con baja dependencia o con consumos inferiores al paquete diario, a razón de una pieza cada 1 o 2 horas durante 8-10 semanas, reservando los de 4 mg a fumadores con dependencia moderada o alta, o consumos de 20 o más cigarrillos diarios, prolongando en este caso el tratamiento hasta 3 meses, y ocasionalmente hasta los 6-12 meses, en pauta progresivamente decreciente. Cuando se usan de forma pautada no es conveniente exceder de 15-20 piezas diarias. Tabla 1.

Los efectos adversos más comunes son mal sabor de boca, meteorismo, irritación orofaríngea, aftas orales, náuseas, hipo, pirosis y, en ocasiones, dolor de la articulación temporomandibular. Estos efectos secundarios son generalmente leves y más frecuentes durante las dos primeras semanas de tratamiento. No suelen obligar a la retirada del mismo. Cuando aparecen es necesario que controlemos si el sujeto está o no está utilizando correctamente el tratamiento.

6.2.2. Comprimidos de nicotina para chupar

Se trata de una nueva forma de TSN, la última en ser comercializada en España, en la que la nicotina se administra a través de pastillas que al ser chupadas la liberan progresivamente. Cada comprimido contiene un total de 1 o 2 mg de nicotina, y su farmacocinética es bioequivalente a los 2 o 4 mg del chicle. Los estudios realizados señalan que esta forma de administración es en todo similar al chicle, eligiéndose una u otra en función de las preferencias y características del fumador. Es igualmente necesario explicar correctamente su adecuada utilización. La duración aproximada de cada comprimido es de unos 30 minutos.

Es un tratamiento recomendado en fumadores con dependencia leve o moderada, a razón de un comprimido a la hora durante 6-8 semanas de tratamiento, con un máximo de 12-15 al día, reduciendo su consumo progresivamente hasta el tercer mes de tratamiento.

Tabla 1

RECOMENDACIONES PARA LA DOSIFICACIÓN DE LOS CHICLES Y PARCHES DE NICOTINA.				
Número de cigarrillos/día	Test de Fagerström	Chicle	Parches de 24 horas	Parches de 16 horas
10-19	≤3	Chicles de 2 mg de 8 a 12 piezas al día durante 8 a 10 semanas, con reducción progresiva a partir de la 6 a la 8 semana	21 mg/día 4 semanas 14 mg/día 4 semanas 7 mg/día 2 semanas	15 mg/día 4 semanas 10 mg/día 4 semanas 5 mg/día 2 semanas
20-30	4-6	Chicles de 4 mg de 10 a 15 piezas al día durante 10 a 12 semanas, con reducción progresiva a partir de la 8 a la 10 semana	21 mg/día 4 semanas 14 mg/día 4 semanas 7 mg/día 4 semanas	25 mg/día 4 semanas 15 mg/día 4 semanas 10 mg/día 2 semanas 5 mg/día 2 semanas
		Es recomendable el uso combinado de chicles y parches de nicotina		
>30	≥7	Chicles de 4 mg de 14 a 20 piezas al día durante 12 semanas o más. Iniciar reducción a partir de los 4 o 5 meses	21 mg/día 6 semanas 14 mg/día 4 semanas 7 mg/día 2 semanas	25 mg/día 6 semanas 15 mg/día 4 semanas 10 mg/día 1 semanas 5 mg/día 1 semanas
		Es obligatorio el uso combinado de chicles y parches de nicotina		

Tomado de Jiménez-Ruiz et al. Arch Bronconeumol 2008; 44(4): 213-9

6.2.3. Parche de nicotina

La administración transdérmica de nicotina, de forma lenta, progresiva y controlada, constituye otra forma de TSN. Su principal ventaja es la buena adherencia de los pacientes al tratamiento, dados los escasos efectos adversos que con él aparecen. El parche de nicotina está constituido por tres capas: una inferior con capacidad de adhesión a la piel, una intermedia que es un reservorio cargado de nicotina y otra superior de consistencia dura que protege todo el sistema. De esta forma los parches de nicotina se pegan a la piel y liberan nicotina. Existen dos tipos de parches de nicotina: unos que la liberan durante 16 horas al día (parches de 16 horas), y otros que lo hacen durante las 24 horas del día (parches de 24 horas). Existen tres tipos de presentaciones en el mercado español. Para los parches de 16 horas son: 15 mg, 10 mg y 5 mg, en función de la cantidad de nicotina que libera cada uno. En tanto que para los parches de 24 horas existen otras tantas formas de presentación, que liberan 21, 14 y 7 mg de nicotina. Las características de los tres tipos de parches comercializados en España quedan reflejadas en la tabla 2.

El parche debe ser colocado en una zona limpia de la piel, sin vello, en las extremidades superiores o en el tronco. El parche será colocado todos los días en el momento de levantarse y se retirará ese mismo día al acostarse, si el

parche fuere de 16 horas, o al día siguiente al levantarse, si fuere de 24 horas de liberación. Para evitar, por el efecto irritativo del adhesivo sobre la piel, la aparición de eritema o exantema pruriginoso, conviene rotar la localización del parche y airearlos antes de su colocación.

Son varios los meta-análisis que demuestran la eficacia frente a placebo de los parches de nicotina. El más reciente muestra una odds ratio para la abstinencia con parches, comparada con los controles, de 1,81 (95% IC; 1.63-2.02), lo que corresponde a un grado de evidencia A. Estas cifras son independientes de la intensidad de la ayuda psicológica que el paciente reciba y del contexto donde se ha realizado el programa de deshabituación. Los parches de 24 horas son tan eficaces como los de 16 horas.

Con el fin de obtener los mejores resultados, el parche de nicotina debe ser utilizado teniendo en cuenta estas recomendaciones:

- Los parches de nicotina pueden utilizarse a dosis estándar en fumadores con dependencia física leve-moderada por la nicotina. En fumadores con dependencia severa (7 ó más puntos en el test de Fagerström), sería conveniente utilizar este tratamiento a dosis altas o en terapia combinada.
- Los parches de nicotina deben ser utilizados durante un periodo no inferior a 6-8 semanas y no superior a 12 semanas. La suspensión precoz del parche de nicotina, antes de las 6-8 semanas, facilita la recaída. La prolongación de un tratamiento con parches de nicotina más allá de 12 semanas no incrementa las posibilidades de éxito. Los parches deben ser utilizados a dosis altas durante las primeras 4-6 semanas.
- La reducción de dosis puede realizarse tanto de forma brusca como lenta. No se ha demostrado que una tenga ventaja sobre la otra, si bien la seguridad del paciente suele ser mayor si se hace lentamente.

Los efectos adversos debidos a la utilización del parche pueden ser divididos en dos tipos: locales y sistémicos. Los locales son los más frecuentes y pueden aparecer en el 35%-40% de los casos. Los más comunes son: picor, eritema o eccema en el lugar de localización del parche. Suelen desaparecer al cabo de la segunda semana de utilización y disminuye su frecuencia de aparición si se respetan las normas de utilización previamente comentadas. Los efectos sistémicos son menos frecuentes entre ellos se cuentan: cefalea, insomnio, mareo, palpitaciones, dolores musculares, etc.

6.2.4. Contraindicaciones de la TSN

Existen dos tipos de contraindicaciones, unas comunes a cualquier forma de TSN y otras específicas para cada una de las formas.

Entre las comunes cabe que destaquemos: Infarto de miocardio de menos de 8-4 semanas de evolución, arritmias cardíacas severas y no controladas, angina inestable, lactancia, embarazo, enfermedades mentales graves, úlcera gastroduodenal activa y otras drogodependencias. No obstante, existen trabajos en los que se demuestra que el empleo de la TSN en los pacientes de algunos grupos de riesgo de los anteriormente citados (como por ejemplo pacientes con infarto de miocardio reciente o embarazadas) es más beneficioso que el hecho de seguir fumando.

Entre las contraindicaciones específicas, para el chicle cabría destacar las siguientes: problemas en la dentadura, dentadura postiza, trastornos de la articulación témporo-mandibular, infección orofaríngea, etc; y para los parches: dermatitis generalizada, psoriasis, etc.

Tabla 2

TIPOS DE PARCHES DE NICOTINA.			
Laboratorio	<i>Novartis</i>	<i>McNeil</i>	<i>GSK</i>
Tiempo de aplicación	24 horas	16 horas	24 horas
Tamaño en cm ²	30	30	21
	20	20	15
	10	10	7
Contenido total de nicotina	52,5 mg	24 mg	114 mg
	35 mg	16,6 mg	78 mg
	17,5 mg	8,3 mg	36 mg
Nicotina absorbida	21 mg	15 mg	20,6 mg
	14 mg	10 mg	14 mg
	7 mg	5 mg	7 mg

Tomado de Jiménez-Ruiz et al. Arch Bronconeumol 2008; 44(4): 213-9

6.3. Otros usos de la TSN

La TSN puede ser utilizada de forma distinta a las aquí especificadas. Entre ellas destacan: TSN a altas dosis, reducción del consumo de cigarrillos utilizando chicles de nicotina como paso previo a la cesación completa (Método RHD) y tratamiento combinado con varias formas de TSN. A continuación los comentamos.

6.3.1. TSN a dosis altas

Con la aplicación de TSN estándar se consiguen cifras de nicotemia entre el 30 y 50% de la que el fumador conseguiría fumando su dosis habitual de cigarrillos, y ello puede explicar algunos de los fracasos existentes. Por ello se ha elaborado el concepto de *TSN a altas dosis*, que pretende alcanzar nicotemias más cercanas a las obtenidas con los cigarrillos. El ajuste de esta terapia a altas dosis se lleva a cabo, de un modo más estricto y menos empírico, midiendo los niveles de cotinemia antes y a los 3-7 días del tratamiento, basándonos en el concepto de porcentaje o índice de sustitución de nicotina (relación entre la cotinemia media observada con el consumo de tabaco y la alcanzada mediante la TSN). El objetivo del tratamiento sería alcanzar un porcentaje de sustitución lo más próximo posible al basal, siendo esta forma de tratamiento segura, bien tolerada y sin efectos adversos significativos. Debe llevarse a cabo en unidades especializadas en tabaquismo, con control pre y postratamiento de los niveles de cotinina en sangre, y en fumadores con alta dependencia física e intentos previos de abandono fallidos en los que se utilizó TSN a las dosis habituales.

Tabla 3

INDICACIONES, EFICACIA Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS DEL MÉTODO RHD		
Indicaciones	Eficacia	Consideraciones clínicas
Fumadores que no queriendo dejar de fumar, se muestran favorables a la reducción del consumo	OR: 2.96; IC 95% 1.90-4.61	El objetivo final del programa es el abandono definitivo
Fumadores que queriendo dejar de fumar, presentan serias dificultades para lograrlo, y no se encuentran capacitados para un abandono brusco del consumo de tabaco	El éxito en la reducción multiplica por 4 las opciones finales de cesación completa	Se recomienda el empleo de chicles de 4 mg en pacientes que consuman más de 20 cigarrillos diarios o con alto grado de dependencia por la nicotina, reservando los de 2 mg para aquellos con consumos inferiores o con dependencia leve-moderada.
Fumadores que queriendo dejar de fumar, prefieren realizar una reducción progresiva del número de cigarrillos		Los chicles de nicotina de 2 mg (<i>nicorette</i> ®) los únicos aprobados por las autoridades sanitarias españolas en este momento para esta indicación
		Es necesaria una validación, generalmente mediante cooximetría, de la reducción experimentada
		Es aconsejable establecer unas pautas para la reducción, estableciendo objetivos intermedios que el paciente deba alcanzar. En caso de no alcanzar a los 2-3 meses de tratamiento una reducción significativa, de al menos el 50% del consumo basal, validada químicamente, debe darse el intento por fracasado

6.3.2. Reducción del consumo como paso previo al abandono. Método RHD

Por otro lado, puede contemplarse una forma de tratamiento distinta para aquellos fumadores que no quieren dejar de fumar, pero se plantean la alternativa de una reducción en su consumo habitual, o bien para aquellos que queriendo abandonar el hábito tabáquico, no se encuentran en ese momento preparados para un abandono brusco del mismo, o simplemente prefieren una cesación más progresiva. En estos grupos de sujetos, la reducción en el consumo diario de cigarrillos utilizando chicles de nicotina, como paso previo al abandono completo del tabaco es una alternativa factible, que nos permite llegar a un grupo de fumadores al que no solemos motivar para el abandono con los planteamientos terapéuticos convencionales. El objetivo de esta reducción es el abandono definitivo, y para que resulte exitosa debe de ser significativa, mantenida en el tiempo y validada con una reducción



concomitante de los niveles de monóxido de carbono en el aire espirado. Para evitar la compensación nicotínica que frecuentemente aparece se recomienda utilizar, al margen de las adecuadas estrategias conductuales, un tratamiento farmacológico de apoyo, siendo los chicles de nicotina de 2 mg (nicorette®) los únicos aprobados por las autoridades sanitarias españolas en este momento para esta indicación. En la tabla 3 se muestran las indicaciones para esta novedosa forma de tratamiento, su eficacia y algunas consideraciones clínicas a tener en cuenta.

6.3.3. Terapia combinada

Finalmente reseñar la posibilidad de combinar dos tipos de TSN con distinta forma de liberación, una rápida que controle el craving, lo cual se consigue con los chicles o comprimidos de nicotina para chupar, y otra lenta, usualmente el parche, que ayudará a controlar la sintomatología de abstinencia. Esta terapia combinada se ha mostrado discretamente más eficaz que usando ambos componentes por separado, no tanto por usar dosis mayores de nicotina sino por administrar ésta por vías de administración distintas y complementarias.

6.4. Bupropión (Zyntabac®)

El hidrocloreuro de bupropión fue la primera terapia no nicotínica que se indicó para ayudar a dejar de fumar. El bupropión de liberación retardada (sustained-release bupropion; SR) es un polvo blanco y amargo que se expende en forma de comprimidos orales de liberación sostenida que contienen 150 mg de sustancia activa. Necesita prescripción facultativa.

70

6.4.1. Mecanismo de acción

Aunque no es bien conocido el mecanismo de acción de este fármaco, parece actuar a dos niveles: en el núcleo accumbens inhibiendo la recaptación neuronal de dopamina lo que explicaría la reducción del craving que perciben los pacientes al utilizarlo; y también inhibiendo la recaptación neuronal de noradrenalina en el locus coeruleus, consiguiendo con ello una reducción significativa de la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina (ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, etc). Recientes estudios in vitro han detectado que el bupropión es un inhibidor funcional no competitivo de los receptores nicotínicos de acetilcolina, lo cual contribuiría a aumentar su eficacia en el tratamiento de la dependencia nicotínica.

6.4.2. Posología

El bupropión debe ser utilizado durante un período de 7 a 12 semanas a dosis de 300 mg/día en dos tomas de 150 mg. El tratamiento se iniciará de 7 a 15 días antes de abandonar definitivamente el consumo del tabaco. Durante la primera semana el sujeto consumirá sólo un comprimido de 150 mg cada día, y después de este período la dosis se incrementará a 2 comprimidos de 150 mg. No debe superarse esa dosis de 300 mg/día. Conviene tomar un comprimido a primera hora de la mañana, en el momento de levantarse, y el segundo ocho horas después. No existe contraindicación para prolongar más el tratamiento si se considerase necesario. Es conveniente reducir la dosis a la mitad en pacientes de más de 65 años, con bajo peso (menos de 45 Kg) o si presentan insuficiencia renal o hepática significativas. La tabla 4 muestra las principales recomendaciones de uso de esta medicación.

6.4.3. Eficacia

El último meta-análisis que analiza la eficacia de bupropión, estudió 40 ensayos clínicos en los que se utilizó esta medicación como tratamiento para dejar de fumar. En 31 de ellos, bupropión fue usado como único tratamiento, y se encontró que doblaba la OR de cesación: OR 1.94 (95% IC; 1.72-2.19). 3 ensayos analizaron la eficacia de

alargar la utilización de esta medicación durante más de 12 semanas para controlar las recaídas, no encontrándose evidencia de beneficio a largo plazo. La eficacia de bupropión parece similar, de acuerdo a los datos disponibles, a la de la TSN. Tampoco existe evidencia de una mayor eficacia al añadir bupropión a la TSN.

Un estudio reciente ha encontrado que bupropión es altamente eficaz en aquellos fumadores homocigóticos (A2/A2) para el gen DRD2 Taq1A. Por el contrario, su eficacia es más limitada o casi nula en fumadores con genotipos A1/A1 y A1/A2.

Tabla 4

PROPUESTA DE USO DE BUPROPIÓN SR
En fumadores con baja y moderada dependencia, 150 mg dos veces al día durante 7-9 semanas
En fumadores con dependencia alta, 150 mg dos veces al día durante 9 a 12 semanas
En ancianos (más de 65 años) y en pacientes con insuficiencia hepática o renal conviene reducir la dosis a 150 mg diarios o en días alternos
En caso de aparición de efectos adversos, recordar que el insomnio y la sequedad de boca son dosis-dependiente
Evitar su uso en caso de antecedentes convulsivos, tumor del SNC, situaciones clínicas o toma de medicaciones que disminuyan el umbral convulsivante, bulimia, anorexia nerviosa, trastorno psiquiátrico bipolar y alergia conocida a esta medicación

6.4.4. Contraindicaciones y efectos secundarios

El bupropión está contraindicado en aquellos fumadores con:

- 1.- Historia conocida de hipersensibilidad al bupropión o a alguno de sus componentes.
- 2.- Trastorno convulsivo actual o algún proceso que lo pueda favorecer, y que obligarían a utilizarlo con precaución, tales como:
 - Antecedentes de traumatismo craneal o convulsiones.
 - Consumo excesivo de alcohol.
 - Uso concomitante de fármacos, como antidepresivos, antipsicóticos, teofilina, tramadol, quinolonas, antimaláricos, antidiabéticos orales, antihistamínicos sedantes o esteroides sistémicos.
 - Pautas farmacológicas que incluyan la discontinuidad brusca de benzodiazepinas.
 - Diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, sobre todo si el control no es el idóneo.
- 3.- Historia previa de bulimia o anorexia nerviosa.
- 4.- Cirrosis hepática grave.
- 5.- Historia de trastorno bipolar.
- 6.- Uso concomitante de bupropión e inhibidores de la monoaminoxidasa.

No se han definido los efectos de bupropión sobre el embrión humano por lo que existe una contraindicación formal en este sentido. No debe administrarse a mujeres con enfermedades predisponentes a padecer convulsiones o con antecedentes de preeclamsia. De igual modo se evitará en embarazadas con trastornos alimentarios o hiperemesis gravídica. Las madres lactantes no deberán tomar bupropión mientras dure la lactancia.

En cambio, puede estar especialmente indicado en pacientes con antecedentes de depresión o alcoholismo, parece ayudar a retrasar el incremento ponderal consecuente al abandono del tabaco, y es un tratamiento seguro desde el punto de vista cardiovascular.

Los efectos secundarios más comúnmente hallados son: insomnio (10-31%), sensación de boca seca (7-12%), cefalea (3-17%), y en menor medida, sensación de inestabilidad, náuseas, manifestaciones alérgicas cutáneas y muy infrecuentemente convulsiones (0.1%). Frecuentemente, la reducción de dosis ayuda a controlar o prevenir la aparición de algunos de estos efectos.

6.4.5. Tratamiento farmacológico combinado

No existe suficiente evidencia que confirme un incremento de la eficacia al realizar una combinación de tratamientos. No obstante, en algunos pacientes puede estar indicada la combinación de varios tipos de TSN y bupropión. Esta posibilidad se debería considerar en los siguientes casos: fumadores de más de 30 paquetes/año, fumadores con 7 ó más puntos en el test de Fagerström, fumadores con más de 250 ng/ml de cotinina en sangre, fumadores que utilizaron terapias simples en intentos previos y que, a pesar de ello, sufrieron recaída por padecimiento de síntomas del síndrome de abstinencia.

72

6.5. Vareniclina (*Champix*®)

Vareniclina es un nuevo tratamiento utilizado en programas de deshabituación tabáquica, que en mayo de 2006 fue aprobado con este fin por parte de la agencia estadounidense del medicamento, después de que este organismo norteamericano lo catalogará como fármaco de revisión prioritaria. En España se aprobó con idéntica indicación en enero de 2007.

6.5.1. Mecanismo de acción

Se trata de un fármaco específicamente diseñado para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, para lo cual presenta un efecto agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha_4 \beta_2$. Su acción selectiva sobre estos receptores, provocaría un aumento de los niveles de dopamina (efecto agonista), lo que minimizaría las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia y del craving. Al mismo tiempo, al ocupar estos receptores actuaría competitivamente con la nicotina, evitando la acción de ésta sobre el SNC (efecto antagonista), derivado de lo cual se evitarían los efectos placenteros derivados de la actuación de la nicotina sobre el sistema mesolímbico, y consecuentemente podría prevenir las recaídas. Este doble efecto de vareniclina es una característica diferencial respecto de otros tratamientos.

6.5.2. Posología y forma de uso

Durante la primera semana de tratamiento la dosis a recibir será de 0.5 mg/día, en toma única, durante los primeros 3 días, y después de 0.5mg cada 12 horas hasta completar la primera semana de tratamiento. Durante esta semana el paciente puede fumar. A partir de la segunda semana de tratamiento el paciente deberá dejar de fumar, subiendo la dosis del fármaco hasta 1 mg cada 12 horas, hasta completar 12 semanas de tratamiento.

Esta molécula se administra por vía oral, presenta una excelente penetración cerebral y se elimina prácticamente inalterada por orina. Su semivida plasmática es de aproximadamente 24 horas, lo que facilita su posología. Además,

presenta la ventaja de no interactuar con otros fármacos, dado que no sufre casi metabolización hepática, eliminándose casi por completo por orina.

6.5.3. Eficacia y duración óptima del tratamiento

La eficacia de vareniclina para la cesación tabáquica ha sido evaluada y demostrada en diversos ensayos clínicos, el más reciente meta-análisis llevado a cabo por la Cochrane Library, ha demostrado que este fármaco es claramente superior a placebo en la interrupción del tabaquismo, llegando al año de seguimiento a triplicar las posibilidades de éxito (*OR*: 3.22; IC 95% 2.43-4.27). Comparativamente con bupropión también se objetivó una diferencia significativa en la tasa de éxitos a favor de la vareniclina (*OR*: 1.66; IC 95% 1.28-2.16).

En las indicaciones aprobadas por la FDA se recomienda que la duración del tratamiento con vareniclina sea de 12 semanas, si bien entre aquellos que tuvieron éxito en el abandono del tabaquismo durante este período, máxime si la tolerancia al mismo fue buena, se puede ampliar otras 12 semanas la fase de tratamiento, con el objetivo de potenciar las posibilidades de éxito de estos pacientes. No obstante, aún falta suficiente evidencia al respecto. Es de reseñar que la prolongación del tratamiento hasta 6 e incluso 12 meses no se vio acompañada de una mayor incidencia de eventos adversos, ni en frecuencia ni en su intensidad, y en cambio los índices de abstinencia puntual fueron superiores a los observados en tratamientos estándar de 12 semanas.

También es destacable que en estos estudios se encontró que las tasas de abstinencia se fueron incrementando progresivamente a lo largo de las primeras semanas. Ello es debido a que los pequeños deslices que suelen producirse en los primeros días de tratamiento no causan recompensa o satisfacción, debido al efecto antagonista que el fármaco ocasiona. Esta falta de recompensa evita que el desliz se convierta en fracaso.

6.5.4. Efectos secundarios

En los estudios realizados con vareniclina se evidenció su buena tolerancia, siendo los efectos secundarios más frecuentes náuseas (28.6%, generalmente transitorias y de intensidad leve o moderada), insomnio (13-15%), sueños anormales (11-13%), meteorismo, dolor de cabeza, vómitos, y trastornos del gusto. No son frecuentes los efectos adversos severos, y si se compara con placebo, las tasas de discontinuidad del tratamiento no son significativamente altas, especialmente si se fracciona la dosis.

Recientemente se han descrito algunos casos de depresión, conductas agresivas e, incluso ideación suicida, en pacientes que estaban utilizando vareniclina para dejar de fumar, algunos de los cuales tenían antecedentes de estos procesos, aunque otros no los tenían. La FDA y la EMEA están valorando estos casos. Hasta tener una decisión firme sobre los mismos se recomienda que vareniclina sea utilizada con prudencia en fumadores con antecedentes psiquiátricos y que los usuarios sean advertidos sobre la posible aparición de estos síntomas.

No olvidar...

- a) Se consideran tratamientos de primera línea para la deshabituación tabáquica la TSN, el hidroxiclورو de bupropión y la vareniclina.
- b) La TSN constituye la forma más segura de tratamiento y con pocas contraindicaciones de uso.
- c) La utilización de chicles de nicotina en los procesos de reducción progresiva del consumo como paso previo a la cesación completa es una forma de utilización de la TSN que se ha mostrado eficaz, segura y que permite hacer llegar el tratamiento a un mayor número de fumadores.
- d) En pacientes concretos, es necesario emplear dosis altas de TSN, tratamientos prolongados o terapias combinadas, actuaciones estas que se han mostrado eficaces para prevenir la recaída del paciente.
- e) Bupropión es un tratamiento eficaz y seguro para ayudar a dejar de fumar. Debe ser utilizado con precaución en algunos pacientes.
- f) Bupropión puede ayudar a un mejor control ponderal, especialmente si se asocia con chicles, durante la fase de tratamiento.
- g) Vareniclina alivia el craving y el síndrome de abstinencia. Además es capaz de prevenir que un desliz se convierta en fracaso ya que reduce los efectos placenteros que ocasiona el consumo de un cigarrillo.
- h) Los ensayos clínicos demuestran que la utilización de vareniclina triplica las odds de abandono y que ayuda a más fumadores a dejar de serlo que bupropión.

Bibliografía

- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews, 2007, Issue 1 Art N° CD006103.
- Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J, et al. Varenicline: an $\alpha_4 \beta_2$ Nicotine Receptor Partial Agonist for Smoking Cessation. *J Med Chem* 2005; 48:3474-7.
- De Granda JI. El tabaquismo como enfermedad adictiva crónica. En: Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, eds. *Tratado de Tabaquismo*, 2ª Ed. Madrid: Ergón; 2007. p. 99-119.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane database Syst Rev. 2007 CD00031.
- Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, Iglesias B, Galán MD. Reducción en el consumo de tabaco como paso previo a la cesación. Concepto. Razones que lo explican. *Prev Tab* 2006; 8(Supl 1): 23-27.
- Jiménez Ruiz CA, Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39(11):514-23.
- Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, De Granda JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008; 44(4): 213-9.
- P Tønnesen, L Carrozzi, K O Fagerström, et al. Task Force Recommendations: Smoking cessation in patients with respiratory diseases: A high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*. 2007 ; 29 :390-417.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004(3): CD000146.

7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE RECAÍDAS

Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son:

- 1.- Conocer los mecanismos y circunstancias por los que se produce la recaída.
- 2.- Entender la especial situación en que queda el paciente que ha recaído y enseñar al terapeuta a manejarla de modo positivo.
- 3.- Enseñar al profesional técnicas elementales de afrontamiento de las situaciones de riesgo, y pautas farmacológicas específicas para prevenir la recaída.

7.1. Introducción

Hablar de recaída es hablar de un acontecimiento sumamente frecuente dentro del proceso de abandono, hecho común a otras dependencias. Es por ello que aunque muchos fumadores quieran dejarlo, sólo un pequeño porcentaje de ellos lo logra.

Generalmente la recaída surge como un desliz, esto es, pequeñas pipadas o consumos de al menos una calada al día, durante no más de una semana de duración, tras un período de abstinencia mínima de 24 horas. Estos primeros deslices son estadísticamente más frecuentes por la tarde-noche. Dicho desliz lleva consigo un "efecto de violación de la abstinencia (EVA)", que se acompaña de intensa frustración y culpabilidad en el paciente, ante la evidencia de una baja auto-eficacia. Todo ello condiciona el mantenimiento del consumo del tabaco. De hecho, el 90% de los "deslices" o pequeñas recaídas llevan a recaída completa o fracaso.

76

7.2. Concepto

Podemos definir recaída como el mantenimiento del consumo del tabaco durante más de 7 días consecutivos, si bien otros autores hablan de recaída cuando se consumen 5 o más cigarrillos al día durante 3 días consecutivos, tras un período de abstinencia de al menos 24 horas.

7.3. ¿Cómo se produce la recaída?

Para conocer la actitud a seguir ante una recaída es vital entender, dada su gran trascendencia, cómo se produce ésta. Con esa intención se han descrito distintos modelos clínicos que intentan explicar cómo puede suceder la recaída:

7.3.1. Modelo de estado

Es bien conocido que dejar de fumar consiste en un proceso evolutivo en el que el fumador atraviesa distintas etapas, hasta que intenta dejarlo (fase de acción). El paso de una fase a otra puede durar años y surge de un delicado equilibrio entre la dependencia del fumador y la motivación que presenta, y sobre la cual el profesional de la salud debe actuar. Una de las fases de abandono es la denominada Fase de acción que ocurre inmediatamente después del abandono del consumo del cigarrillo. En esta fase de acción es frecuente la recaída, especialmente en los primeros 3 meses después de consumir el último cigarrillo. Esta recaída hace retroceder al paciente hasta fases más precoces de abandono, lo que según este modelo nos lleva a entender la recaída como una fase más del proceso de abandono.

7.3.2. Modelo de aprendizaje social

Sobre una personalidad predefinida (grado de dependencia, expectativas de abandono, intentos previos,...) pueden actuar una serie de factores externos que desencadenan la recaída, generalmente relacionados con el entorno y el ambiente en que se mueve el fumador.

7.3.3. Modelo bio-conductual

La recaída se entiende desde una perspectiva neurobiológica, conductual, relacionada con el condicionamiento clásico. En este modelo, la recaída se produce principalmente por la propia sintomatología de abstinencia, y por determinados estímulos o situaciones, habitualmente asociadas al consumo, que pueden actuar como reforzadores, e incitar al mismo.

7.3.4. Modelo de afrontamiento del estrés

Según este modelo la recaída surge ante la aparición, brusca o progresiva, de una situación altamente estresante. Un bajo grado de preparación personal, una escasa auto-eficacia o la falta global de habilidades del paciente son los condicionantes que impiden controlar la recaída.

7.4 Factores condicionantes de la recaída

A la hora de entrenar al fumador en estrategias de prevención de recaídas es vital conocer los factores que con mayor frecuencia determinan la aparición de recaídas. Hay dos tipos de factores, unos personales y otros ambientales.

7.4.1. Factores personales

Los factores individuales predictores de recaída son múltiples: demográficos (sexo femenino, edad inferior a 40-45 años, nivel educativo, estrato social o económico bajo), motivacionales (motivos para dejar de fumar, preocupación por ganar peso,...), historia tabáquica previa (años de consumo, intentos previos de abandono), estados emocionales positivos o negativos (depresión, ansiedad), y fisiológicos, quizás los más determinantes en estadios iniciales del proceso de abandono, derivados de la propia naturaleza adictiva de la nicotina y del síndrome de abstinencia que surge con el cese de su aporte.

7.4.2. Factores ambientales

Existen factores ambientales que pueden condicionar la abstinencia a largo plazo, tales como las situaciones sociales, generalmente lúdicas u ociosas, en las que la probabilidad de recaer es mayor. En ellas, determinados automatismos o asociaciones se hacen más presentes (alcohol, café,...). Es importante destacar también la presión del grupo, la falta de apoyo social, especialmente entre los convivientes, o los momentos de soledad o relajación, como otras situaciones de especial riesgo de recaída.

Evidentemente, existen otros muchos factores asociados a la recaída (exceso de confianza, noticias luctuosas,...), y debemos tratar de recoger esta información en cada uno de nuestros pacientes, pues su mejor conocimiento nos colocará en una situación ventajosa a la hora de prevenir y tratar su posible recaída.

7.5. Prevención y tratamiento de recaídas

La gran frecuencia con que nos enfrentamos a este evento en la práctica clínica, obliga a abordarlo desde fases iniciales del tratamiento. La prevención y tratamiento de las recaídas debe realizarse desde dos puntos de vista: psicológico y farmacológico. A continuación explicamos ambos.

7.5.1. Abordaje psicológico

El primer paso dentro de la estrategia de prevención de recaídas es el entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo. Debemos identificar las situaciones, lugares o circunstancias que pueden abocar a una recaída, para así mejorar la percepción de riesgo ante las mismas de cara a posteriores intentos. Para ello puede ser útil revisar los autorregistros realizados en los días previos al abandono, con el fin de recordar cuáles eran esos momentos difíciles y así afrontarlos mejor, mediante actitudes alternativas.

Deben igualmente entenderse las circunstancias que llevaron a la caída, esto es, analizar qué era lo que fallaba en nuestro empeño y aprender de ello para elaborar una respuesta planificada en siguientes intentos ante eventos similares. Se trata de "aprender a dejar de fumar" y, en cierta medida, desechar algunos conceptos erróneos relacionados con el consumo (reestructuración cognitiva), retomando el firme compromiso del paciente en el abandono definitivo. En este sentido, es muy útil fomentar la discusión activa del paciente, por ejemplo con preguntas abiertas u oportunos silencios, sobre distintos temas (beneficios objetivables, éxitos parciales alcanzados, expectativas del programa de tratamiento, barreras encontradas, etc). También es recomendable posponer en el tiempo el nuevo intento de abandono, para alcanzar una mayor preparación personal para el proceso de lucha que necesariamente ha de afrontar, si bien otros autores contradicen este aspecto, considerando que la gran mayoría de recaídas no conllevan un descenso en la preparación del paciente para el abandono.

78

Es obligación del profesional sanitario felicitar al paciente por el esfuerzo realizado o por los logros obtenidos y, del mismo modo, enseñar al fumador a controlar las situaciones de riesgo mediante técnicas de distracción, de evitación o, de ser necesario, mediante técnicas elementales de relajación. Además de desarrollar conductas alternativas, es de suma importancia promover un incremento del apoyo social del paciente, sobre todo de familiares y amigos, lo que redundará en un fortalecimiento del compromiso asumido, y también manejar cualquier sentimiento derrotista o estados negativos de ánimo, que vayan surgiendo, generalmente relacionados con el EVA.

En casos seleccionados, también es práctico introducir cambios saludables en el estilo de vida, e incluir estrategias para un adecuado control ponderal, mediante dietas equilibradas, no excesivamente restrictivas y exigentes, y un aumento progresivo de la actividad física que el paciente venía desarrollando.

Suele ser muy útil que el sujeto elabore, a título individual, un listado de consejos prácticos que, conjuntamente con el terapeuta, considere más relevantes para evitar que un desliz derive en una recaída, y recurrir periódicamente a él siempre que sea oportuno. Dicho listado suele incluir los potenciales beneficios, especialmente para la salud, que obtendrá al dejar de fumar, o bien las posibles respuestas ante problemas específicos que suelen manifestarse con la cesación.

También debemos mantenernos alerta ante aquellas situaciones que puedan expresar un riesgo real de sufrir una recaída. La tabla 1 expone algunas situaciones que pueden facilitar una recaída.

A pesar de todo lo anteriormente expuesto, no parecen existir métodos conductuales específicos para prevenir recaídas, pues la mayoría de estudios van dirigidos a identificar y resolver las situaciones tentadoras. Lo cierto es que hasta obtener una mayor evidencia científica al respecto, lo más eficiente es una buena planificación del abandono y la intensificación del apoyo, especialmente en las fases iniciales del tratamiento, independientemente de que éste se lleve a cabo de forma individual, grupal o telefónicamente.

Tabla 1

FACTORES PREDICTORES DE RECAÍDA
Estar sometido a un gran estrés
Minimizar el riesgo de determinadas situaciones difíciles
Falta de apoyos en el entorno familiar o social
Frecuentes excusas ante coqueteos puntuales con el tabaco
Inadecuada o nula utilización del tratamiento farmacológico prescrito
No haber alcanzado la cesación completa en la fecha prefijada
Períodos cortos de abstinencia entre intentos previos
Craving intenso
No establecer las modificaciones conductuales fijadas por el terapeuta

7.5.2. Abordaje farmacológico

La terapia sustitutiva con nicotina (TSN), el bupropión y más recientemente la vareniclina pueden ayudar a reducir recaídas, y aunque existen pocos estudios al respecto, puede ser muy conveniente adaptar el tratamiento farmacológico disponible a las peculiaridades de cada caso, especialmente si la sintomatología de abstinencia es muy intensa o persistente.

Respecto a la TSN, los fumadores con un mayor grado de dependencia pueden beneficiarse de terapias combinadas o bien de una prolongación del tratamiento más allá de lo habitualmente estipulado (12 semanas para los parches y 6 meses para los suplementos agudos de nicotina). La utilización de TSN a altas dosis también facilita que se produzca un menor número de recaídas. Igualmente, tras un desliz, y con el fin de evitar la recaída completa, puede ser útil incrementar la dosis de los parches en aquellos pacientes que estaban siendo tratados con dosis convencionales. En estudios recientes se ha encontrado que la utilización de parches de nicotina en los 15 días previos al abandono definitivo del consumo del tabaco puede ayudar a disminuir el porcentaje de recaídas.

En cuanto al bopropion, se ha encontrado que la prolongación del tratamiento a razón de 150 mg/12 horas, durante 1 año también tiene un efecto positivo en este sentido, incrementando muy notoriamente el tiempo transcurrido hasta la recaída. Es de destacar que esta intensificación del tratamiento no conlleva efectos adversos añadidos a los observados en terapias estándar.

Más recientemente contamos con la vareniclina, que por ser capaz de bloquear los efectos que la nicotina produce sobre su receptor, minimiza el riesgo de que un desliz puntual se convierta en una recaída completa, pues dicha recaída no se acompaña del habitual refuerzo placentero que suele conllevar. Además, la prolongación del tratamiento con vareniclina hasta completar 24 semanas de tratamiento ayuda a disminuir el riesgo de recaída y a incrementar las tasas de éxito a los 6 y 12 meses de seguimiento.



Por otra parte, quedaría por demostrar si la financiación del tratamiento ayudaría a prevenir las recaídas, sobre lo cual cada vez hay más evidencias, por cuanto ayudaría a prolongar la duración del tratamiento, gracias a una mayor adherencia al mismo.

La existencia de medidas legislativas que restringen el consumo de tabaco en lugares públicos ayuda también a disminuir el riesgo de recaídas. En este sentido, existe un reciente estudio que demuestra como en aquellos países donde se han establecido medidas restrictivas sobre el consumo de tabaco en lugares públicos, las tasas de recaída que tienen los fumadores son mas bajas que las que tienen en países donde este tipo de medidas o no existen o son menos restrictivas.

No olvidar...

- a) Los principales factores que precipitan la recaída son: estados anímicos negativos, la presión social, conflictos personales y sobretodo el padecimiento de los síntomas del síndrome de abstinencia.
- b) Debemos entender la recaída como parte del proceso de abandono, sin dramatizarla, e intentando aprender de ella.
- c) Todo desliz conlleva en el fumador un sentimiento de culpabilidad y pérdida de control que se conoce como efecto de violación de abstinencia, responsable de que siga fumando y se establezca una recaída definitiva. Dicha situación debe ser convenientemente encauzada por el profesional sanitario manteniendo una adecuada empatía con el paciente.
- d) El entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante situaciones de riesgo, la reestructuración cognitiva y el incremento del apoyo social son las principales herramientas psicológicas para la prevención de recaídas. No obstante, no existe suficiente evidencia que apoye intervenciones específicas de prevención de recaídas en fumadores que hayan abandonado recientemente el hábito tabáquico, por lo que resulta primordial intensificar, en fases iniciales del seguimiento, el apoyo al paciente.
- e) La utilización de TSN a altas dosis, la prescripción de terapias farmacológicas combinadas(diversas formas de TSN a la vez, uso combinado de TSN y bupropion, etc), la prolongación en la utilización de los tratamientos farmacológicos(parches de nicotina hasta 6 meses, chicles de nicotina hasta 12-18 meses, bupropion durante 1 año o vareniclina durante 24 meses) son tratamientos farmacológicos que pueden ayudar a evitar recaídas. No obstante, no existe evidencia científica suficiente de la eficacia final de todas estas estrategias.



Bibliografía

American Psychiatric Association. DSM-IV-TRtm. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Text Revision, 2000.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; June 2000.

Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews, January 2005 Issue 1, Art. Nº CD003999.

Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 99(1):29-38, January 2004.

Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, De Granda JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008; 44(4):213-9

Lancaster T, Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis MJ. Prevention of relapse after quitting smoking: a systematic review of trials. *Arch Intern Med*. 2006;166:828-35.

Marlatt G, Gordon J. Relapse prevention: maintenance strategies of relapse. *Addict Behav* 1990; 15:105-114.

Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and process of self-change smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychology* 1983; 51: 390-5.

Shiffman S, Hickox M, Paty JA, et al. Progression from a smoking lapse to relapse: prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *J Consult Clin Psychology*, 1996; 64(5): 993-1002.

ANEXO

QUESTIONNAIRE ON SMOKING URGES. (QSU)

1: Deseo fumar un cigarrillo ahora mismo.

2: Nada sería mejor que fumar un cigarrillo ahora mismo.

3: Si fuera posible, fumaría ahora.

4: Podría controlar mejor las cosas ahora, si pudiera fumar.

5: Todo lo que quiero ahora mismo es un cigarrillo.

6: Necesito un cigarrillo

7: Un cigarrillo me sabría muy bien ahora mismo

8: Haría casi cualquier cosa por un cigarrillo

9: Fumar me haría sentir menos deprimido

10: Voy a fumar tan pronto como pueda.

84

Los sujetos deben valorar sus puntuaciones a estas declaraciones en una escala que va desde 1 a 7, dónde 1 se corresponde con estar en total desacuerdo con la declaración y 7 con estar en total acuerdo con la declaración. La puntuación de 4 se utilizaría para expresar una postura neutra entre el 1 y el 7.

Los items 1, 3, 6, 7 y 10 se corresponden con el factor 1. Los items 2, 4, 5, 8 y 9 se corresponden con el factor 2.

SHIFFMAN CRAVING SCALE. (SCS)

Valore en una escala de 1 a 10, donde 1 se corresponda con ausencia total y 10 con presencia severa, cada una de las declaraciones que se expresan más abajo. Para sus respuestas tenga en cuenta como se ha sentido en las últimas 24 horas

Deseo de fumar tabaco

Necesidad de fumar tabaco

Necesidad de fumar un cigarrillo

Deseo de fumar un cigarrillo

SINGLE RATING OF CRAVING

¿Cuanto has necesitado un cigarrillo hoy?

Nada en absoluto

0

Muy poco

1

Un poco

2

Algo

3

Bastante

4

Muchísimo

5

TEST UISPM

Cada una de las preguntas deben ser respondidas por el sujeto de acuerdo a la escala que se especifica
0= NADA 1= ALGO 2= MODERADAMENTE 3= MUCHO 4= MUCHÍSIMO

1. Fumo para mantenerme despierto
2. Cuando fumo, me encuentro alerta
3. Me gusta fumar cuando trabajo
4. Cuanto más cosas hago, más fumo
5. Si estoy preocupado por algo fumo mucho
6. Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado
7. Fumo, sin recordar haberlo encendido
8. Me encuentro fumando varios cigarrillos al mismo tiempo
9. Me encuentro a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente
10. A menudo me pongo cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupo para relajarme del estrés, tensión, frustración
11. Cuando fumo me relaciono mejor con la gente
12. Fumo más cuando estoy con otra gente
13. Cuando fumo hablo más con la gente
14. Algunos lugares o circunstancias me incitan a fumar (mi sillón favorito, sofá, habitación, coche o bebida como alcohol, café etc)
15. Cuando estoy sólo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc, me siento más seguro, a salvo, o más confiado con un cigarrillo en las manos
16. Mi hábito de fumar es muy importante para mí
17. Me recompenso a mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea
18. Cuando no tengo tabaco, me resulta difícil concentrarme y realizar cualquier tarea
19. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar
20. Me pongo en la boca algo para evitar fumar
21. Cuando me hallo en un lugar en el que está prohibido fumar, juego con un cigarrillo o paquete de tabaco
22. Parte de mi placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo
23. No sé mover las manos sin un cigarrillo

VALORACIÓN

De la pregunta 1 a la 4 se valora el **grado de estimulación** que el paciente tiene al consumir tabaco. Dependiendo de la puntuación que se obtenga, el grado de estimulación es el siguiente:

*0 puntos. Grado nulo.	*Entre 1 a 4 puntos. Grado bajo	*Entre 5 a 10 puntos. Grado medio	*Entre 11 a 15 puntos. Grado alto	*16 puntos. Grado máximo
---------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------

De la pregunta 5 a la 6 se valora el **grado de sedación** que el paciente tiene al consumir tabaco. Dependiendo de la puntuación que se obtenga, el grado de sedación es el siguiente:

*0 puntos. Grado nulo	*Entre 1 a 2 puntos. Grado bajo	*Entre 3 a 5 puntos. Grado medio	*Entre 6 a 7 puntos. Grado alto	*8 puntos. Grado máximo
--------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------

De la pregunta 7 a la 10 se valora el **grado de automatismo** que el paciente tiene al consumir tabaco. Dependiendo de la puntuación que se obtenga, el grado de automatismo es el siguiente:

*0 puntos. Grado nulo	*Entre 1 a 4 puntos. Grado bajo	*Entre 5 a 10 puntos. Grado medio	*Entre 11 a 15 puntos. Grado alto	*16 puntos. Grado máximo
--------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------

De la pregunta 11 a la 15 se valora el **grado de dependencia social** que el paciente tiene al consumir tabaco. Dependiendo de la puntuación que se obtenga, el grado de dependencia social es el siguiente:

*0 puntos. Grado nulo	*Entre 1 a 6 puntos. Grado bajo	*Entre 7 a 13 puntos. Grado medio	*Entre 14 a 19 puntos. Grado alto	*20 puntos. Grado máximo
--------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------

De la pregunta 16 a la 18 se valora el **grado de dependencia psicológica** que el paciente tiene al consumir tabaco. Dependiendo de la puntuación que se obtenga, el grado de dependencia psicológica es el siguiente:

*0 puntos. Grado nulo	*Entre 1 a 3 puntos. Grado bajo	*Entre 4 a 6 puntos. Grado medio	*Entre 7 a 11 puntos. Grado alto	*12 puntos. Grado máximo
--------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

De la pregunta 19 a la 23 se valora el **grado de dependencia gestual** que el paciente tiene al consumir tabaco. Dependiendo de la puntuación que se obtenga, el grado de dependencia gestual es el siguiente:

*0 puntos. Grado nulo	*Entre 1 a 6 puntos. Grado bajo	*Entre 7 a 13 puntos. Grado medio	*Entre 14 a 19 puntos. Grado alto	*20 puntos. Grado máximo
--------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------



 Comunidad de Madrid
www.madrid.org



gan