

Tabaquismo y adicción tabáquica

ANTONIETA GARROTE^a y RAMON BONET^b

^aFarmacéutica.

^bDoctor en Farmacia.



Desde que en 1988 se publicara el informe oficial «Adicción a la nicotina», que describía los efectos del tabaco sobre la salud, no quedó definitivamente instaurada como una sustancia adictiva. La nicotina es un agente administrado voluntariamente que altera el ánimo y la conducta, además de tener un potencial adictivo comparable al del alcohol, la cocaína u otras drogas de abuso. Que el tabaco es pernicioso para la salud es una evidencia indiscutible que se encuentra insistentemente inmortalizada en todas y cada una de las propias cajetillas de cigarrillos.

Sin intención de inundar las primeras líneas de esta revisión con un alud de frías cifras estadísticas sobre el consumo de tabaco en nuestro país, no hemos querido evitar la inclusión de cuatro escuetas referencias que sirvan para reforzar la afirmación de que el tabaquismo es, sin lugar a dudas, uno de los mayores problemas de salud pública en nuestra sociedad. Se calcula que alrededor del 36%

de la población general española es fumadora, es decir, que uno de cada tres españoles mayores de 15 años fuma, y de los que entre ellos no lo dejen a tiempo, uno de cada dos morirá por culpa del tabaco. Sólo en España, el tabaco es la causa de 50.000 muertes al año, lo que lo convierte en la principal causa de enfermedad evitable y de mortalidad prevenible en nuestro país.

Hábito social

Se entiende como tabaquismo a la intoxicación crónica producida por el consumo abusivo de tabaco. Durante mucho tiempo fumar fue considerado un hábito, un acto social y un símbolo de independencia y madurez socialmente aprobado y potenciado. Fumar era, y desgraciadamente lo es aún, contemplado por algunos adolescentes

como una parte del rito iniciático que les granjeará la aceptación como miembro de pleno derecho en una sociedad adulta en la que aspiran a integrarse. Afortunadamente, la mayor información y las campañas sanitarias y legales han hecho que la tendencia actual sea desterrar cualquier connotación positiva del consumo de tabaco y considerar el tabaquismo como una drogadicción. Podría pensarse que esta consideración es excesiva, pero lo cierto es que el hecho de fumar cumple con todos los requisitos que definen el consumo de una sustancia como tal: comportamiento compulsivo, existencia de tolerancia, dependencia física y psíquica, y aparición de síndrome de abstinencia en ausencia de la misma.

Se ha estudiado que el humo generado en la combustión de tabaco contiene alrededor de 4.500 elementos químicos, muchos de los cuales pueden ser considerados como tóxicos y carcinogénicos para el hombre. De entre todos ellos, la nicotina se considera el agente responsable máximo de la generación de comportamientos adictivos y de dependencia entre los consumidores habituales de tabaco. Alquitranes, monóxido de carbono y las partículas del humo son otros de los principales responsables de las consecuencias patológicas derivadas del hecho de fumar.

En los últimos años se han dado pasos muy importantes en el control del tabaquismo: la legislación española impide la publicidad directa (aunque sigue permitida la indirecta), obliga a informar en cada cajetilla de los efectos perjudiciales que fumar tiene para la salud y regula la venta y el uso del tabaco, limitando los lugares de su consumo y prohibiendo la venta a los menores de edad. Con estas y otras medidas se pretende crear un ambiente colectivo negativo para el consumo de tabaco que lo convierta en socialmente inaceptable. No obstante, las actuaciones contra esta adicción se enfrentan con dificultades difíciles de vencer:

- Publicidad muy atractiva y, en algunos casos, encubierta.
- Fumar proporciona un placer inmediato.



Los expertos desaconsejan la utilización de una publicidad antitabáquica excesivamente impactante (dibujo de Carlos Giménez).

- Las enfermedades que genera aparecen a largo plazo.
- Fuerte vínculo social, e incluso refuerzo positivo, en algunos sectores.
- Fácil acceso, pues se vende en muchos sitios y es relativamente barato.
- Automatismo con que se enciende un cigarrillo.
- Dejar de fumar es un largo proceso individual y particular que exige una gran fuerza de voluntad.

Como en cualquier otro problema sanitario, el farmacéutico, como profesional de la salud más cercano a la comunidad, puede y debe realizar en ella una gran labor de información, formación, asesoramiento y apoyo para conseguir que el tabaco deje de ser un problema actual y de las generaciones venideras.

Riesgos para la salud

El tabaco desarrolla su acción nociva directa principalmente en el sistema respiratorio. En la sobradamente conocida estructura de dicho aparato destacaremos, por su papel primordial, el intercambio gaseoso de los alvéolos. Estos sacos microscópicos en que desembocan los bronquiolos poseen unas paredes muy delgadas y están fuertemente irrigadas mediante capilares

sanguíneos. Es el lugar del cuerpo en el que se produce la entrada en la sangre del oxígeno y la salida del CO₂ resultante de la combustión biológica y, por ello, dada su importancia, existen unos mecanismos de protección que purifican el aire que debe llegar hasta los pulmones. Este mecanismo consiste, por un lado, en los folículos pilosos y el epitelio mucoso, que revisten las fosas nasales filtrando el aire exterior, humedeciéndolo y atemperándolo; por otro lado están los cilios y mucus secretado por las glándulas que tapizan la tráquea y los bronquios.

Al fumar, las sustancias tóxicas presentes en el humo del tabaco alteran este mecanismo de protección: la nicotina paraliza la función ciliar, dificultando la eliminación natural de los esputos, produciéndose, por consiguiente, una acumulación del mucus que obstruye los bronquios, además de facilitar la retención de otras sustancias con potencial carcinogénico. Otra de las peculiaridades de la nicotina es su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica y alcanzar el cerebro tan sólo 7 segundos tras la inhalación del humo del cigarrillo. Allí se une a los receptores nicotínicos, desencadenando la liberación de numerosos neurotransmisores y catalizando diversas reacciones bioquímicas que ejercen su acción sobre el sistema dopaminomesolímbico, cuya activación desempeña una función de reforzamiento y establecimiento de la dependencia a la nicotina.

El monóxido de carbono, gas inorgánico integrante del humo del tabaco, atraviesa las paredes alveolares y forma con la hemoglobina un compuesto estable, inhabilitándola para transportar oxígeno a través de los vasos sanguíneos. Aumentar el número de inspiraciones, hacer que el corazón bombe más sangre y un aumento de la presión sanguínea son las reacciones naturales del organismo para garantizar su correcta oxigenación en presencia de unas cantidades más elevadas de CO en el aire inspirado.

Infarto de miocardio, enfermedades cerebrovasculares, cáncer de pulmón, laringe, boca, páncreas o

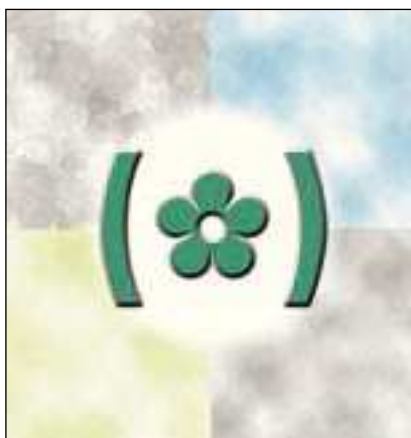
esófago, bronquitis crónica y enfisema son el grupo de patologías que con mayor frecuencia se asocian con el consumo de tabaco y que se derivan de los efectos fisiológicos anteriormente comentados. Otra consecuencia típica del consumo de tabaco es la disminución del rendimiento físico: es muy característica la fatiga de los fumadores, aunque sean muy jóvenes, ante esfuerzos físicos moderados e incluso frente a actividades físicas cotidianas que no deberían suponer ninguna dificultad para una persona sana.

Aumento de sudación, temblores, náuseas, diarrea, elevación del azúcar en sangre y de producción de insulina son algunos otros de los efectos del tabaco sobre el organismo. Además, se ha demostrado que el tabaquismo aumenta la morbilidad, es decir, la susceptibilidad de los fumadores a sufrir enfermedades es significativamente más elevada que el riesgo que presentan las personas no fumadoras. También existen otros aspectos como la halitosis y las manchas en los dientes, que si bien no son graves desde un punto de vista sanitario, son molestias que pueden suponer un rechazo en el campo de las relaciones sociales. Además de provocar la atrofia de los sentidos del olfato y el gusto, fumar tiene efectos adversos sobre la piel, causando su envejecimiento prematuro y su amarilleamiento.

Pese a estos efectos indeseables, la nicotina puede producir otros efectos sobre el organismo que podrían ser entendidos como «positivos», ya que estimula la memoria, la atención, la rapidez mental, el tiempo de reacción, la vigilancia y la ejecución de tareas. Tiende a aliviar el aburrimiento, alejar los sentimientos depresivos y reducir el estrés. Estos efectos son la cara «positiva» de una moneda que puede acabar causando serias dificultades para la salud y que como contrapartida tiene un mayor riesgo de producir una muerte prematura.

Dejar de fumar

No hay ninguna duda de que la adicción tabáquica es un problema sanitario y que debe ser abordado



Símbolo de área sin tabaco promovido por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

como tal y de forma coordinada por todo el colectivo de profesionales sanitarios y, en general, por todos los estamentos con potestad para modificar hábitos sociales.

Cuando una persona abandona el hábito de fumar debe enfrentarse a un cuadro típico de abstinencia que comienza al cabo de unas horas y se agudiza con un pico entre las 24 y 48 horas siguientes. El deseo imperioso de fumar, ansiedad, tensión, irritabilidad, dificultad de concentración, somnolencia, disminución del ritmo cardíaco y la presión sanguínea, aumento del apetito y del peso, torpeza motriz, aumento de la tensión muscular, etc., son los síntomas principales a los que debe enfrentarse un fumador en el momento en que decide interrumpir el consumo del tabaco. La mayoría de estos síntomas remitirá o disminuirá notablemente su intensidad en 4 semanas, a excepción de la sensación de hambre y el deseo de fumar, que podrán prolongarse durante 6 meses o más.

Como cualquier otra conducta adictiva, dejar de fumar y perseverar en ello es particularmente difícil. Únicamente un 10% de las personas que lo intentan por su propia cuenta consigue abandonar el hábito, mientras que el índice de cesación aumenta hasta casi un 60% en aquellas personas que recurren a programas estructurados de deshabituación. Para ser efectivos, los programas de cesación tabáquica deben combinar varios tipos de estrategias:

- Análisis de la situación de partida, y explicación abierta de las enfermedades derivadas del consumo de tabaco y de los beneficios sanitarios que reporta el hecho de dejar de fumar. Más que incidir en aspectos excesivamente técnicos o en las fatales consecuencias del hábito, puede recurrirse a argumentos tales como: mejorar la salud, eliminar el dolor de garganta, la excesiva fatiga cuando se practica un ejercicio físico, dar ejemplo a los niños, no empeorar la salud de los hijos, aprobación social, laboral y familiar, razones estéticas, y demás.

- Tratamientos farmacológicos.
- Programas de seguimiento y evaluación que permitan al adicto sentirse más observado a través de programas de apoyo o terapias de grupo.

Se trata de establecer una terapia cognitiva-conductual que modifique conductas y refuerce la acción de los fármacos antitabaco. Así, se efectuarán acciones encaminadas a que el paciente reconozca su comportamiento adictivo, ayudar a las personas a que realicen sus tareas habituales sin fumar, modificar los comportamientos de riesgo, reconocer las potenciales recaídas y enseñar a afrontarlas sin que provoquen el abandono del programa, manejo de la irritabilidad, tensión, el aumento de peso producidos por la abstinencia, etcétera.

Para dejar de fumar se debe pasar por una serie de fases de actitud ante el hábito que deben ser superadas satisfactoriamente para poder alcanzar al final una actitud de abandono del hábito.

Fase de precontemplación

El fumador fuma y no tiene ninguna conciencia de que está haciendo algo perjudicial; disfruta con el hábito y no se cuestiona ningún tipo de problema por ello. En esta fase se encuentra la mayoría de los fumadores menores de 30 años, sin enfermedades asociadas o no al tabaco. Casi la mitad de los fumadores está en esta fase.

Fase de planteamiento o de contemplación

El adicto se empieza a plantear ya algunas de las consecuencias negativas de su hábito y empieza a valorar alguna ventaja del hecho

de dejarlo. Empieza a convertirse en lo que se conoce como «fumador disonante»: fuma pero le parece que está mal hacerlo. Se considera que casi un 30% de los fumadores está en esta etapa.

Fase de acción

El fumador se convence de que es malo fumar, adopta una actitud coherente y lo deja. Esta fase se repetirá varias veces en la evolución de la dependencia (se considera que un 70% de las personas que han logrado abstenerse de fumar lo ha intentado una o dos veces antes de conseguirlo; un 20% ha hecho de 2 a 5 intentos, y un 9% no lo ha alcanzado hasta superar los 6 intentos truncados). Un 20% de los fumadores está en esta etapa.

Fase de consolidación o mantenimiento

Es el estadio en el que se encuentran aquellos fumadores que llevan más de 6 meses de abstinencia. Ha conseguido dejar de fumar durante medio año, pero hasta transcurridos los 12 meses no puede ser considerado como un ex fumador.

Fase de recaída

Es una fase que, afortunadamente, sólo se da en un porcentaje variable de los casos. Tras un período importante de tiempo sin fumar, la persona reincide y lo hace volviendo normalmente a la fase de contemplación. La persona se siente fracasada y por ello la recaída se acompaña normalmente de una gran pérdida de autoestima personal.

Dejar de fumar es un proceso largo, ya que suelen pasar unos 3 años hasta que el adicto se ve libre de los efectos perniciosos, se desintoxica y no recae en la adicción. Sin duda, es un proceso individual, particular y que exige una gran fuerza de voluntad por parte del individuo, pero es también un momento en el que el farmacéutico puede desempeñar un papel sanitario de primer orden.

Tratamiento farmacológico

Cualquiera de los tratamientos farmacológicos de deshabituación tabáquica es insuficiente por sí solo para conseguir abandonar el hábito del



Cartel de la campaña antitabáquica de la Generalitat de Catalunya correspondiente a 2001, a través de la cual se reembolsaba a los fumadores el tratamiento farmacológico para dejar el tabaco.

tabaco: los elementos básicos del éxito son la decisión personal y la fuerza de voluntad. Los tratamientos farmacológicos ayudarán a evitar que los síntomas de la abstinencia hagan estragos en las intenciones de dejar de fumar, pero nada pueden hacer si no existe un apoyo motivacional por parte del adicto.

Para la instauración de una adecuada pauta posológica, lo primero que debe conocerse es el grado de dependencia de la nicotina. Para ello, la herramienta más comúnmente utilizada es el test de Fagerström, un cuestionario que a través de preguntas tipo (¿cuantos cigarrillos fuma al día?, ¿qué nivel de nicotina tienen los cigarrillos que fuma?, ¿fuma más por la mañana que por la tarde?, ¿cuándo fuma el primer cigarrillo del día?) cuyas respuestas están puntuadas entre 0 y 2, se pretende estimar el grado de dependencia de la persona, punto de partida para definir la pauta de tratamiento.

Existen actualmente en el mercado dos grandes grupos de trata-

mientos contra la dependencia de la nicotina: la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) y el tratamiento de acción central.

Terapia sustitutiva de nicotina

La terapia sustitutiva de nicotina (TSN) consiste en la administración por diferentes vías de cantidades de nicotina menores que las que se obtienen al fumar un cigarrillo, pero a dosis suficientes para disminuir la intensidad del síndrome de abstinencia; todo ello sin exponer al organismo ni al monóxido de carbono ni a otras sustancias potencialmente carcinogénicas. La finalidad del tratamiento es ir reduciendo progresivamente durante 3 meses la cantidad de nicotina administrada para así habituar al organismo a prescindir de ella, además de ganar tiempo para poder ir eliminando o empezar a controlar todos los factores de la adicción relacionados con actividades sociales o de conducta.

La terapia sustitutiva de nicotina se presenta básicamente en cuatro formas farmacéuticas: parches transdérmicos de nicotina, chicles de nicotina, comprimidos para chupar y *spray* nasal de nicotina.

Parches transdérmicos de nicotina

A partir de la aplicación tópica de un apósito adhesivo que va liberando nicotina de forma gradual y constante, y de su rápida absorción a través de la piel, se pretende mantener un nivel estable de nicotina en la circulación sistémica. Las presentaciones actualmente en el mercado tienen una duración de 16 o 24 horas (las segundas parecen más indicadas para aquellas personas que ya experimentan un deseo intenso de fumar al despertarse), se presentan en forma de apósitos de 10, 20 o 30 cm² y con ellos se consiguen unas liberaciones promedios por hora que oscilan entre los 0,3 y los 0,9 mg de nicotina.

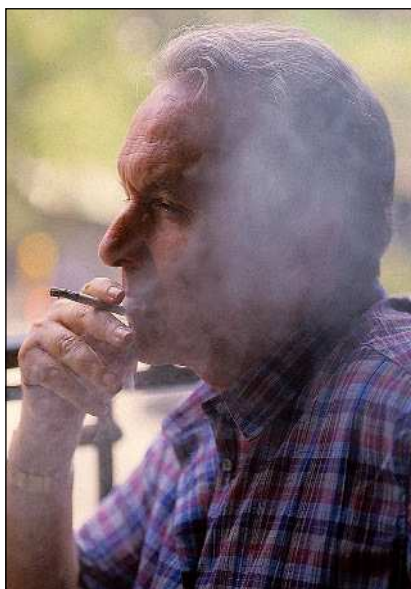
La pauta posológica varía en función de la opción comercial elegida, pero lo que sí se mantiene en todos los casos es que se inicia el tratamiento con las dosis más altas (siempre teniendo en cuenta el

consumo previo de tabaco), para ir disminuyendo progresivamente las dosis aproximadamente cada 4 semanas. La reducción de dosis debe hacerse escogiendo las presentaciones adecuadas (de menor superficie), pero nunca cortando el apósito.

El tratamiento completo debe durar unos 3 meses. Es posible que antes de acabar el tratamiento el paciente tenga la sensación de tener controlada su adicción, se sienta bien y tenga la tentación de dejarlo. No es conveniente que lo haga, ya que ello supone un importante riesgo de recaída.

Para la aplicación de los parches se puede elegir cualquier zona del tronco, parte superior del brazo o cadera (las fumadoras deberán evitar la zona del pecho para la aplicación del parche). Es recomendable no usar el apósito en zonas con pelo, ya que la adhesión del parche puede verse disminuida, ni en zonas recién afeitadas o depiladas, lesionadas, inflamadas ni irritadas puesto que ello podría alterar la cantidad de nicotina absorbida. Se recomienda aplicar el parche sobre la piel limpia y seca, sin cremas, lociones, aceites, polvos o cualquier tipo de formulación cosmética. Para evitar la aparición de reacciones dérmicas locales se recomienda elegir cada día una zona diferente para la aplicación, dejando transcurrir varios días antes de volver a aplicar un nuevo apósito sobre la misma.

Frente a las otras dos formas de presentación, los parches ofrecen la seguridad de una liberación constante de nicotina y evitan el aspecto antiestético de mascar chicle. Una desventaja de este método es que la provisión de nicotina no es ni enérgica ni rápida, por lo que su aplicación no va a implicar un alivio inmediato de los síntomas. Chicles y *sprays* se asemejan más a las fluctuaciones de concentración de nicotina en sangre que ocasiona el cigarrillo, aunque hay que tener en cuenta sus contraindicaciones y sus especiales condiciones de uso. Es muy importante recordar que durante el tratamiento con parches de nicotina no se fume en absoluto ni se utilice ninguna de las otras opciones terapéuticas con nicotina.



Chicles de nicotina

El principio de esta opción terapéutica es similar al anterior, se reemplaza la nicotina del cigarrillo por otra fuente de nicotina que es separada de la goma excipiente al masticar por la acción de la saliva alcalina. Están especialmente indicados en aquellos fumadores que experimentan gran dificultad para abandonar el hábito del tabaco debido a su nicotinoddependencia. Como ventaja respecto a los parches, con su utilización se consigue un alivio más rápido de los síntomas de abstinencia.

Cada chicle deberá masticarse suave y lentamente, esperando unos segundos entre cada masticación, durante 30 minutos. Se presentan en dos dosificaciones: 2 y 4 mg. La presentación a utilizar, así como el número de piezas a consumir, estará en función del grado de consumo de partida del paciente que desea abandonar el hábito.

Aunque la pauta posológica debe individualizarse en función de las necesidades diarias de cada fumador, la mayoría de los pacientes requiere de 8 a 12 unidades al día de la dosis adecuada para cada individuo. La duración del tratamiento no debe exceder los 6 meses y su abandono debe hacerse también de una forma gradual (cada 4-5 días reducir en 1-2 chicles el consumo diario, ya que dejar bruscamente el tratamiento podría favorecer la vuelta al tabaco).

Comprimidos para chupar

Igual que las dos presentaciones anteriores, al desleírse en la boca liberan nicotina de forma constante y uniforme de forma que pueda ser absorbida por el organismo. Presenta como ventajas frente al chicle que no precisa masticación, por lo que no se adhiere a los dientes, además de no presentar el efecto antiestético y socialmente poco aceptado como es mascar chicle en público. Para su utilización, el fumador debe introducir el comprimido en su boca y chuparlo hasta que empiece a aparecer el gusto característico. En ese momento debe colocarlo entre la encía y la pared bucal. Al disminuir el sabor debe volver a chuparlo hasta su total disolución, teniendo en cuenta que nunca debe tragarse.

El tiempo estimado de tratamiento es, como en los casos anteriores, de 3 meses. En pacientes con un consumo de tabaco alto (20-40 cigarrillos día supone más de 4 puntos en el test de Fagerström), pueden tomarse unos 24 comprimidos diarios, el doble de la dosis indicada para aquellos fumadores con menor consumo. Esta pauta debe mantenerse durante la primera semana, para luego ir reduciéndose las dosis de forma paulatina en semanas sucesivas.

Spray nasal de nicotina

Esta opción está especialmente indicada en aquellos pacientes con una elevada dependencia física de la nicotina. Consiste en un frasco de pequeño tamaño con un mecanismo de dosificación múltiple dotado de un adaptador nasal. Cada instilación libera 500 µg de nicotina, consistiendo cada dosis en la aplicación de una en cada fosa nasal.

El período de tratamiento recomendado es de 3 meses, no recomendándose la utilización del *spray* más de medio año. En general, durante el período inicial se recomiendan 1-3 mg/hora mientras el individuo esté despierto, reduciéndose progresivamente la dosis diaria a lo largo de las 6-8 semanas siguientes. Igual que ocurría con el resto de los TSN, esta terapia está totalmente desaconsejada durante el embarazo o la lactancia.

Tratamiento de acción central

El tratamiento de acción central es una terapia de incorporación reciente que consiste en la administración por vía oral de unos comprimidos de liberación prolongada que incluyen el bupropión como principio activo. Esta sustancia, de integración reciente al arsenal terapéutico de nuestro país, es el primer fármaco no nicotínico empleado en los programas de deshabituación tabáquica.

El bupropión es un antidepresivo que produce una inhibición selectiva de la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina) con un mínimo efecto sobre la recaptación de indolaminas (serotonina), y que no inhibe la acción de ninguna monoaminoxidasa. Se desconoce el mecanismo exacto por el cual bupropión potencia la capacidad de los pacientes para abstenerse de fumar, pero se supone que en esta acción intervienen mecanismos noradrenérgicos y/o dopaminérgicos.

El tratamiento con bupropión con una dosis de 150 mg/día debe iniciarse entre 8 a 14 días antes de la fecha fijada por el paciente para dejar el tabaco. Durante este tiempo la persona fuma normalmente. Una vez alcanzada la fecha acordada, debe abandonarse el hábito del tabaco y doblarse la dosis del fármaco (300 mg/día), es decir, se continúa tomando el fármaco pero ya sin fumar.

Para la mayoría de los pacientes el médico recomienda seguir con la administración de los comprimidos de 7 a 12 semanas para ayudarles a obtener un éxito a largo plazo, aunque a criterio del facultativo esta pauta puede extenderse por un período más prolongado.

El tratamiento de deshabituación con bupropión está contraindicado si ya se está tomando cualquier otro fármaco con el mismo principio activo, si el paciente presenta desórdenes digestivos, o si se está administrando o se administró en un pasado reciente un inhibidor de la monoaminoxidasa. El tratamiento con bupropión está también contraindicado en mujeres embarazadas o en período de lactancia.

Prevención

Sin lugar a dudas, la mejor manera de prevenir el tabaquismo es evitar que las personas se inicien en el consumo de cigarrillos. Un dato a tener en cuenta en este apartado es la edad en que se produce la iniciación al hábito: muchos fumadores sitúan este hecho entre los 14 y los 18 años. Por ello es lógico y coherente que cualquier política de prevención, cualquier acción preventiva iniciada desde cualquier colectivo sanitario deba estar dirigida a este grupo de población y deba no escatimar esfuerzos para darle a conocer claramente los riesgos del consumo del tabaco para que, de esta forma, sea capaz de elegir crítica y conscientemente tanto la evitación de fumar como dejarlo una vez iniciado. □