

CASO CLÍNICO

Intervención sobre el consumo de tabaco en un paciente con dependencia al alcohol ingresado para la desintoxicación*

S. MONDON^a E I. GRANDE^b

^aPsiquiatra. Especialista Senior. Unidad Alcohología. Servicio Psiquiatría. Institut Neurociències. Hospital Clínic. Barcelona. España.

^bResidente de 2.º de Psiquiatría. Servicio Psiquiatría. Institut Neurociències. Hospital Clínic. Barcelona. España.

RESUMEN. *Objetivo.* Exponer el caso clínico de un paciente con dependencia de la nicotina y del alcohol que ingresa de forma programada para desintoxicación enólica.

Material y métodos. Se revisan los antecedentes orgánicos y psiquiátricos del paciente además de la historia toxicológica y sus repercusiones sociales.

Resultados. Se realiza un tratamiento de desintoxicación programado con ansiolíticos y terapia grupal. Por otro lado, se aprovecha la ocasión para intervenir en el hábito tabáquico. El paciente decide reducir el consumo y se le procura apoyo psicológico y farmacológico.

Conclusión. Un ingreso para desintoxicación de cualquier sustancia adictiva es una ocasión idónea para incidir en el consumo de tabaco.

PALABRAS CLAVE: alcohol, dependencia de alcohol, tratamiento del alcohol, nicotina, dependencia de nicotina, cesación tabáquica, caso clínico.

Intervention on tobacco consumption in a patient with alcohol dependence admitted for detoxification

ABSTRACT: *Objective.* To present the case of an alcoholic patient with a scheduled admission for alcohol detoxification.

Material and methods. Organic and psychiatric pathology are reviewed as well as toxicological history taking into account social problems related.

Results. During admission the patient receives anxiolytics, group psychotherapy and advice on smoking too. He decides to reduce consume and is helped with psychological and pharmacological treatment.

Conclusions. Detoxification admission is an opportunity to insist on smoking cessation.

KEY WORDS: alcohol, alcoholism, alcohol treatment, nicotine, nicotine dependence, smoking cessation, case report.

Correspondencia:

S. MONDON.
Hospital Clínic.
C/ Villarroel, 170. Escalera 9, 2.ª planta.
08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: smondon@clinic.ub.es

Recibido: 16-03-2009

Aceptado para su publicación: 31-03-2009

*Este artículo se ha realizado en el contexto de la Red de Trastornos Adictivos, Red RTA, RD06/0001, Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III.

Paciente de 42 años que ingresa de forma electiva en la sala de hospitalización de Medicina Interna de la Unidad de Alcohología procedente del dispensario de la misma Unidad para proceder a una desintoxicación e iniciar una deshabitación enólica.

De sus antecedentes familiares destaca el abuelo paterno con trastorno por dependencia del alcohol.

Originario de Manchester, fratría de 7 hermanos. No refiere alteraciones durante el embarazo de su madre, ni en el parto ni en el desarrollo psicomotor. Enuresis hasta los 6 años. En cuanto a la escolarización, describe dificultades en el aprendizaje a pesar de su esfuerzo. No se evidencia déficit atencional o antinormatividad en la adolescencia. Finaliza estudios básicos a los

18 años cuando se traslada a Barcelona para incorporarse a la empresa hostelera familiar. Se casa a los 20 años en el octavo mes de gestación de su pareja. Padre de 3 hijas y en trámites de separación. En el último año ha acumulado deudas económicas por valor de 36.000 euros a raíz de un préstamo para la empresa y gastos en prostitución.

En los antecedentes médicos únicamente consta apendicitomía en la infancia y alergia a las sulfamidas por haber presentado reacción cutánea eritematosa.

Por lo que respecta a la historia toxicológica, inicia el consumo de alcohol a los 17 años a partir del grupo social presentando los primeros signos de dependencia hacia los 20 años. Toma a diario alrededor de 200 g de alcohol (20 UBE [unidad de bebida estándar]) entre cervezas y vino. Sigue un patrón de consumo en solitario en locales públicos a partir de la tarde, llegando a la pérdida de control. Explica intoxicaciones sin repercusiones conductuales aunque sí alteraciones amnésicas secundarias en forma de “black-out”. Presenta además sintomatología ansioso-depresiva e irritabilidad de tiempo de evolución. El máximo periodo de abstinencia han sido 11 meses en seguimiento psiquiátrico especializado. Describe dependencia a la nicotina desde 2007 en el contexto de hábito enólico. Logró el abandono durante los 11 meses de abstinencia alcohólica. Su consumo actual es de 1,5 paq/día después de una recaída en el consumo de alcohol. Refiere uso de derivados cannabinoides en la juventud y en la actualidad fuma 1 “porro” al mes. Consumo puntual de cocaína por vía intranasal hace años. Niega cualquier otro consumo de tóxicos.

Inicia seguimiento psiquiátrico privado en el 2002 a partir de clínica ansiosa. Se prescriben ansiolíticos y antidepresivos. A pesar del tratamiento, no se observa mejoría clínica por lo que se reinterroga sobre hábitos tóxicos que el paciente niega. Al cabo de 5 años se consigue concienciación de la problemática del alcohol y en junio del 2007 se empieza el tratamiento. Primero, desintoxicación con pauta decreciente de clometiazol con la que el paciente refiere cierta gastritis y rinorrea. Después, deshabituación logrando la abstinencia durante 11 meses gracias a terapia grupal y tratamiento interdicator los 4 primeros meses. A partir de mayo del 2008, aparece consumo intermitente de alcohol con una progresiva dosificación hasta la pérdida de control del consumo. En noviembre del 2008 se remite al paciente a nuestra unidad solicitando el actual ingreso. El tratamiento en la actualidad es duloxetina 60 mg/día y topiramato 100 mg/día.

En su ingreso, el paciente no muestra signos de abstinencia ni embriaguez; tampoco alteraciones de la es-

fera psicótica aunque en la afectiva denota cierta hipotimia y ansiedad reactiva a la problemática familiar y laboral. Se elige para la desintoxicación diazepam además de vitaminoterapia y terapia de grupo intensiva e individual. Se mantiene el tratamiento psicotrópico pautado de forma ambulatoria.

Por otro lado, se realiza consejo breve sobre el hábito tabáquico. El paciente reconoce el consumo nocivo del tabaco y cree oportuno el ingreso para reducir el consumo aunque no se ve preparado para abandonarlo (test de Fagerström: 1, test de Richmond: 7). Por esta razón, se pautan 5 comprimidos al día de nicotina según demanda con lo que el paciente reduce el consumo a la tercera parte.

La hospitalización cursa sin incidencias y al cabo de 6 días de ingreso se le da el alta.

En la sala de hospitalización la psiquiatra (P) y la residente (R2) antes de pasar la visita diaria conversan sobre el caso del paciente.

R2: El paciente explica que inicia su consumo de tabaco cuando ya bebía alcohol de manera problemática. Esto me sugiere la siguiente pregunta: ¿Es que la prevalencia de fumadores es mayor en pacientes dependientes al alcohol que en la población general?

P: Sí, la prevalencia en población alcohólica es de alrededor del 70-90%¹, mientras que en población general la prevalencia actual es del 32%². Igualmente la prevalencia es muy elevada en otros pacientes psiquiátricos: esquizofrénicos, con trastornos bipolares y depresivos.

R2: Pero, ¿qué razones se argumentan?

P: Existen varias: la nicotina y el alcohol conllevan liberación de dopamina, por tanto existe un refuerzo mutuo y a veces pueden contrarrestar entre sí efectos aversivos; además, como ya sabes, la dopamina principalmente pero también otros muchos neurotransmisores están implicados en todas y cada una de las enfermedades psiquiátricas. Por ejemplo, parece que en pacientes esquizofrénicos la nicotina “compensa” ciertos efectos secundarios de los neurolépticos. Con ello no quiero decir que no se deba intervenir en este tipo de pacientes respecto al consumo de tabaco pero sí que se deben tener en cuenta las interacciones, como en cualquier otra intervención³.

Por otro lado, el consumo de tabaco va asociado a actitudes, conductas, en definitiva estilos de vida poco

saludables como el consumo de otras drogas y potencia el sedentarismo y por tanto la obesidad. Además, los pacientes psiquiátricos son especialmente vulnerables al consumo de tabaco y este está ligado al ocio y tiempo libre.

Y, por último, quiero comentar que existen ya algunos estudios que empiezan a investigar sobre la influencia o predisposición genética⁴.

R2: Y por tanto: ¿te parece un buen momento, para abandonar el tabaco el de la hospitalización para desintoxicación de alcohol u otras drogas?

P: Sí, por qué no. El paciente ingresa voluntariamente, por tanto, hay una cierta motivación, tomará medicación ansiolítica y/o hipnótica, y así la sintomatología física de abstinencia a la nicotina que puede tener los 15 primeros días, quedará solapada con la del alcohol y menguada por la medicación prescrita. Además desde el hospital se pueden prescribir fármacos sustitutivos de nicotina si así se acuerda con el paciente y realizar diariamente intervención psicológica mediante las técnicas del consejo breve.

Resumiendo, diría que la hospitalización constituye una oportunidad óptima para la intervención en el consumo tabáquico. Y querría matizar que en muchas ocasiones en este tipo de pacientes se debe empezar a corto plazo con una reducción sistemática, controlada y programada, habiéndose estudiado que su efectividad aumenta además a medio plazo la motivación a la cesación por aumento de la confianza y autoeficacia⁵.

R2: Si me permites, yo insisto: ¿no sería mejor, más beneficioso para todos realizar el abandono del tabaco luego desde el Centro de atención y seguimiento a las Drogodependencias (CAS) o el Centro de Salud Mental (CSM)?

P: La decisión está en manos del profesional y del paciente. Se ha visto que la variable que ayuda de forma más definitiva a tomar esta decisión es el grado de motivación del paciente para abandonar el consumo de tabaco, y yo añadiría la del profesional para plantear el tema, ya que en muchas ocasiones se le presta poca atención por falsas percepciones y excesiva permisividad por nuestra parte.

R2: De acuerdo, ¿y en qué consistiría el consejo breve?

P: Es una breve recomendación oportunista del personal sanitario dirigida a que el paciente deje de fumar. Debería ser *sistemática*, es decir, que formara parte de

la rutina diaria asistencial y dirigida a todos los pacientes fumadores, y a la vez *coherente* con los mensajes que reciben los pacientes por parte de los diferentes profesionales sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) por tanto recomienda la intervención mínima sistematizada (5 pasos), que consiste en: preguntar/aconsejar/evaluar/ayudar/proponer seguimiento. Esta intervención aumenta su eficacia cuando se combina con terapia sustitutiva de nicotina (TSN).

R2: De acuerdo, ¿y qué significado tiene una puntuación de 1 en el test de Fagerström y de 7 en el test de Richmond?

P: El test de Fagerström mide el grado de dependencia a la nicotina, una puntuación de 1 es muy baja, y por tanto significa que existe poca dependencia a la nicotina; habitualmente está ligada a poco consumo cuantitativo de tabaco. En la tabla 1 tienes las preguntas del test con las puntuaciones correspondientes⁶.

El test de Richmond evalúa el grado de motivación del paciente para abandonar el consumo. Una puntuación de 7 nos indica un grado bastante alto de motivación; dicho de otro modo, el paciente está dispuesto y preparado para la acción sobre todo si se le ayuda a concretar (tabla 2).

Míratelo también, son tests muy didácticos e ilustrativos también para el profesional, más allá de la puntuación⁷.

R2: ¿Qué tratamientos existen para ayudar a tratar la dependencia a la nicotina en estos pacientes?

P: Las guías clínicas hablan, como fármacos de primera elección, de los TSN, de *bupropion* que incrementa los niveles de dopamina sináptica y puede ayudar en la prevención de la recaída y de *vareniclina* (agonista selectivo de los receptores nicotínicos de la acetilcolina) que disminuye el *craving* y los síntomas de abstinencia. *Nortriptilina*, que bloquea la recaptación de la noradrenalina o serotonina, y *topiramato* (favorece la acción inhibitoria gabaérgica) que puede impedir los efectos de recompensa de la nicotina y con ello disuadir al fumador de consumir, también parecen ser útiles para el tratamiento y así ya lo avalan diversos estudios, aunque de momento se consideran de segunda elección.

También *naltrexona* junto con TSN resulta eficaz, y contribuye al control ponderal.

Los llamados *programas multicomponentes* son los más utilizados en el tratamiento psicológico de los fumadores y tienen como objetivos principales: aumentar

Tabla 1. Test de Fagerström

-
- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta por la mañana y fuma el primer cigarrillo?
- (3) Hasta cinco minutos
 - (2) De 6 a 30 minutos
 - (1) De 31 a 60 minutos
 - (0) Más de 60 minutos
- ¿Encuentra difícil no fumar en sitios donde está prohibido? (por ejemplo, cines, bibliotecas...)
- (1) Sí
 - (0) No
- ¿A qué cigarrillo le gustaría más renunciar?
- (1) Al primero del día
 - (0) A cualquier otro
- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- (0) Menos de 10 cigarrillos
 - (1) Entre 11 y 20 cigarrillos
 - (2) Entre 21 y 30 cigarrillos
 - (3) Más de 30 cigarrillos
- ¿Fuma más en las primeras horas del día que durante el resto del día?
- (1) Sí
 - (0) No
- ¿Fuma aunque esté tan enfermo/a que debe guardar cama?
- (1) Sí
 - (0) No

Puntuación menor o igual a 4: baja dependencia de la nicotina.

Puntuación con valores entre 5 y 6: dependencia media.

Puntuación igual o superior a 7: alta dependencia de la nicotina.

la motivación para dejar de fumar (preparación), obtener un aumento de la percepción de autoeficacia (abandono consumo cigarrillos) y mantener la abstinencia^{8,9}.

R2: ¿Qué resultados hay de estas intervenciones?, ¿son efectivas?

P: Sí, todos los tratamientos farmacológicos están avalados con estudios bien diseñados y resultados aceptables y mejores que placebo. También es cierto que en general dichos estudios están realizados en población clínica pero sin diagnósticos psiquiátricos, es decir que es necesario profundizar en poblaciones especiales trabajando especialmente con bupropion y nortriptilina; con TSN se han hecho estudios en población alcohólica y se ha visto la misma efectividad que en otras poblaciones.

Tabla 2. Test de Richmond

-
- Conteste a cada una de las siguientes preguntas:
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
 - 0. No
 - 1. Sí
 2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?
 - 0. Nada en absoluto
 - 1. Algo
 - 2. Bastante
 - 3. Muy seriamente
 3. ¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?
 - 0. Definitivamente no
 - 1. Quizá
 - 2. Sí
 - 3. Definitivamente sí
 4. ¿Cuál es la posibilidad de que dentro de los próximos seis meses usted sea un no fumador?
 - 0. Definitivamente no
 - 1. Quizá
 - 2. Sí
 - 3. Definitivamente sí
-

También hay que decir que está demostrado que los abordajes psicológico y farmacológico simultáneamente son los que mejores resultados dan. Datos concretos: las tasas de abstinencia con bupropion oscilan entre el 30 y 40 %, al año se reduce al 20 %.

Un reciente metaanálisis que revisaba 4 ensayos clínicos demostraba que vareniclina era significativamente más eficaz para dejar que fumar que bupropion y placebo tanto al final del tratamiento (9 semanas) como a las 52 semanas (1 año) de seguimiento.

Pero, en definitiva, podemos decir que en población psiquiátrica se utilizan los mismos tratamientos, el matiz estaría en las dosis de sustitutivos de nicotina: los estudios realizados aconsejan que los tratamientos deben ser más intensivos y más prolongados, pero los resultados y las motivaciones de los pacientes son similares a los de la población general.

R2: En cuanto a la desintoxicación alcohólica, ¿qué tratamientos se suelen prescribir? (tabla 3).

P: Ya sabes que los fármacos de elección a nivel mundial son las benzodiazepinas preferiblemente de vida media media o larga (diazepam, clonazepam y, en hepatopatía grave, lorazepam). En Europa también se utiliza indistintamente clometiazol con parecida efecti-

Tabla 3. Tratamiento según síntomas clínicos

Síntoma clínico	Fármaco	Vía	Dosis	Comentarios
Temblor y agitación leve a moderada	Diacepam	Oral	5-20 mg/4-6 h	La dosis inicial se ha de repetir cada dos horas hasta que el paciente se calme; después las dosis se han de individualizar
	Loracepam		2-10 mg/4-6 h	
Crisis convulsivas en abstinencia	Diacepam	Intravenosa	0,15 mg/kg a 2,5 mg/min	Perfusión lenta, gota a gota
	Clonacepam		1 mg hasta 4 mg	

Adaptada de Rubino FA¹⁰.

vidad; la única restricción es si hay síntomas de gastritis, pues el fármaco la puede empeorar.

Carbamacepina está asimismo aprobada para desintoxicación, aunque la realidad es que se utiliza muy poco; en cambio, oxcarbacepina se ha empezado a emplear a nivel empírico con resultados discretos pero prometedores¹⁰.

R2: Y cuando se da el alta, ¿qué tratamientos se prescriben?, lo digo sobre todo por la recomendación generalizada de tratamiento aversivo aunque haya escasa evidencia científica.

P: Está muy bien que hagas este tipo de preguntas, porque ayudan a pensar y a revisar prácticas que se realizan sistemáticamente hace años.

Ha aumentado el arsenal terapéutico pero se siguen utilizando mucho “los clásicos”: los denominados *antidipsotropos* o *interdictores*: *Disulfiram* (Antabus®): 1 comp de 250 mg/día. El efecto máximo se produce a las 12 horas. Las reacciones adversas se pueden presentar hasta 14 días después de la administración. *Cianamida cálcica* (Colme®): de 12 a 25 gotas/día; el efecto máximo se produce entre 1 y 2 horas, y desaparece a las 24 horas.

De todos modos, la evidencia se dice que es de tipo B; es decir, lo que ocurre es que aunque sobrada y clínicamente no hay duda de la utilidad del interdictor, sobre todo si está supervisado, la realidad es que los pocos estudios que se hicieron en su momento fueron mal diseñados y en la actualidad o recientemente no se han realizado nuevos estudios, por ejemplo contra placebo, que podrían corroborar la realidad clínica favorable de dicha medicación.

Por otro lado, también existen los fármacos denominados *anticraving*: es decir con un efecto sobre la disminución del deseo de consumo. Son: *acamprosato* (Campral®), que actúa incrementando la acción del sistema GABAérgico y disminuyendo la del sistema glutamatérgico y cuya posología es de: 2-2-2; *naltrexona*

Tabla 4. Efectividad de los tratamientos del alcoholismo

	Tamaño del efecto
Tratamiento psicosocial	
Intervenciones breves	0,6
Tratamiento frente a no tratamiento	0,47
Tratamiento específico frente a tratamiento habitual	0,27-0,41
Tratamiento psicofarmacológico	
<i>Anticraving</i> (acamprosato, naltrexona y topiramato)	0,62
Antidipsotrópicos	0,0
Antidipsotrópicos supervisados	0,8

(Antaxone®, Revia®, Celupan®), que actúa ocupando los receptores opiáceos y cuya posología es 1 comprimido de 50 mg/día; *topiramato* (Topamax®) del que existen ya evidencias recientes de efectividad, en dosis de 150-300 mg/día; este fármaco actuaría favoreciendo la acción inhibitoria GABAérgica, lo que bloquearía la producción de dopamina y noradrenalina. Otro probable mecanismo de acción sería la liberación de dopamina. Además, fíjate que los dos últimos también son efectivos para el tratamiento del tabaco: podemos intentar matar dos pájaros de un tiro (tabla 4).

R2: No acabo de ver a los profesionales en mucha disposición para las intervenciones antitabáquicas en pacientes psiquiátricos en general. ¿Cómo lo ves tú? ¿Qué sería necesario hacer? ¿Ves el futuro con optimismo?

P: Se va avanzando pero lentamente; existen diferentes dificultades: la escasa formación del profesional sanitario, la poca concienciación y sensibilización, la falta de coordinación entre los profesionales, las líneas poco claras desde la dirección de los hospitales y, por lo que a nosotros además nos atañe particularmente, la mayor

dificultad y menor interés de intervención en población psiquiátrica¹¹.

En definitiva, diría que la efectividad del tratamiento antitabáquico dependerá en buena medida de las creencias, convicciones y hábitos que los profesionales sanitarios tengan en relación al tabaco.

Y sí, veo que todo esto va cambiando y soy optimista; decía recientemente Javier Ayesta (profesor de Farmacología y presidente de la Sociedad Española para la prevención del tabaquismo): “Dicen que algunas personas se comportan como meras espectadoras de su propia vida, mientras que otras, para bien o para mal, pro-

curan además vivirla. Este dilema lo vamos a tener en el tabaco: los cambios los presenciaremos, pero además tendremos la oportunidad de ser agentes de ellos. Incluso podremos contarlos dentro de unos años... si alguien está dispuesto a escuchar porqué tardamos tanto tiempo en conseguir lo obvio”.

...where the children or tomorrow dream away in the wind or change¹²

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Bibliografía

1. Friend KB, Pagano ME. Changes in cigarette consumption and drinking outcomes: findings from Project MATCH. *J Subst Abuse Treat.* 2005;29: 221-9.
2. Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 4ª ed. Badalona: EUROMEDICE; 2009.
3. Hillemecher T, Bayerlein K, Wilhelm J, Frieling H, Thurauf N, Ziegenbein M, et al. Nicotine dependence is associated with compulsive alcohol craving. *Addiction.* 2006;101:892-7.
4. Meyerhoff DJ, Tizabi Y, Staley JK, Durazzo TC, Glass JM, Nixon SJ. Smoking comorbidity in alcoholism: neurobiological and neurocognitive consequences. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006;30:253-64.
5. Nieva G, Gual A, Mondon S, Walther M, Saltó E. Evaluación de la intervención mínima en tabaquismo en el ámbito hospitalario. *Med Clin (Barc).* 2007;128:730-2.
6. Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989;12:159-82.
7. Richmond RL, Keohe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction.* 1993;88:1127-35.
8. El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Estrategias para dejar de fumar en personas con enfermedad mental o trastornos por adicción. *Psychiatric Services -Edición en español.* Abril 2003. Vol. 2 n.º 1. Pag 8-12.
9. Ceballos NA, Tivis R, Lawton-Craddock A, Nixon SJ. Nicotine and cognitive efficiency in alcoholics and illicit stimulant abusers: implications of smoking cessation for substance users in treatment. *Subst Use Misuse.* 2006;41:265-81.
10. Rubino FA. Neurologic complications of alcoholism. *Psychiatr Clin North Am.* 1992;15(2):359-72.
11. Williams JM. Eliminating tobacco use in mental health facilities: patients rights, public health, and policy issues. *JAMA.* 2008;299: 571-3.
12. Ayesta J. Vientos de cambio. Editorial. Revista de la SEDET. Volumen 1. Madrid.