

ARTÍCULO ORIGINAL

### TABAQUISMO

#### TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Casi Casanellas

#### DEPENDENCIA DE LA NICOTINA. TRATAMIENTO

P. Sánchez, J. Ezcurra,  
A. Villamor y E. Elizagárate

AGENDA. EN BREVE...

ARTÍCULO ORIGINAL

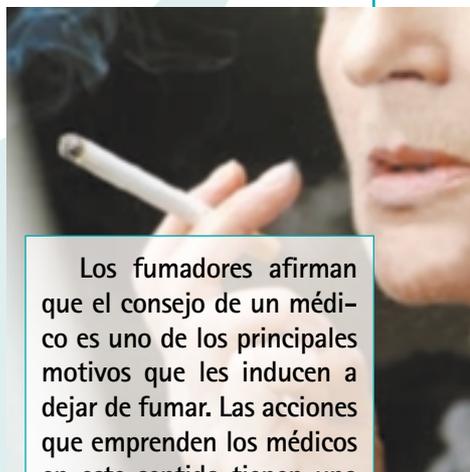
### Tratamiento del tabaquismo en atención primaria

#### EFFECTOS DEL TABACO

Aunque las intervenciones más eficaces para prevenir el inicio del hábito tabáquico dependen de decisiones económicas y de la educación sanitaria de la población, para su abandono, el consejo antitabaco a fumadores, especialmente a adultos, es una de las intervenciones sanitarias más coste-efec-

tivas (1). Así, mediante el consejo antitabaco asiduo de médicos y enfermeras de atención primaria se pueden beneficiar, además de los pacientes fumadores, las personas que conviven con ellos, extremo conocido desde hace más de dos décadas por la elevada concentración de componentes del

(Continúa pág. 2) ▶▶▶



Los fumadores afirman que el consejo de un médico es uno de los principales motivos que les inducen a dejar de fumar. Las acciones que emprenden los médicos en este sentido tienen una gran repercusión sobre la sanidad pública.

ARTÍCULO ORIGINAL

### Dependencia a la nicotina. Tratamiento

La fuerza de la dependencia viene dada por los siguientes elementos:

1) *Refuerzo positivo*: es el que provoca un aumento de la concentración, y la disminución de peso.

2) La rapidez de absorción (10 seg) y el efecto instantáneo.

3) La posibilidad de un control de la dosis por la forma de consumo.

4) La posibilidad de una administración repetida (200 veces por día).

En EE.UU. un 50% de la población nunca ha fumado, un 25% son fumadores y un 25% eran exfumadores. El descenso en el consumo es patente salvo para jóvenes, mujeres, no caucásicos con menor nivel de educación y comorbilidad con problemas psiquiátricos o alcohol. La Edad media de inicio se sitúa alrededor de los 15 años. Otros datos de interés se refieren al hecho de que 1/3 de los adultos fumadores realizan un intento

(Continúa pág. 5) ▶▶▶

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

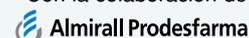
**Salud Global®**



C. I. Venecia-2, Edificio Alfa III - Planta 5ª Oficina 160  
Isabel Colbrand, 10. 28050 Madrid - Tel.: 91 358 86 57 - Fax: 91 358 90 67

[www.grupoaulamedica.com](http://www.grupoaulamedica.com)

Con la colaboración de



Coordinadores científicos: Dr. Jesús Ezcurra  
Dra. Ana González-Pinto y Dr. Miguel Gutiérrez  
S.V.P.: 269-R-CM

# Tratamiento del tabaquismo en atención primaria

ALFONSO CASI CASANELLAS  
Médico de Familia de la Unidad  
de Atención Primaria La Habana, Vitoria-Gasteiz

humo del tabaco en la corriente secundaria presente en el entorno del fumador (tabla 1).

Las más de 4.000 sustancias presentes en el humo del tabaco producen un triple efecto sobre la salud (3):

- Adictivo por el alcaloide nicotina.
- Lesión del endotelio vascular por la reducción del C-HDL, el aumento de la viscosidad sanguínea y agregación plaquetaria, el aumento del fibrinógeno y el vasoespasmo.
- Cáncer por los 43 carcinógenos conocidos.

El fumador solo elige cuando iniciarse en el hábito de fumar y cuando intentar dejarlo. El resto ya no depende de su voluntad, solo está sujeto a su dependencia. La mortalidad que se imputa al consumo de tabaco en los países más desarrollados, y en los que antes se generalizó el hábito ronda 20-24%. Sin embargo, más próximo a nuestro ámbito, un estudio reciente en Castilla-León le atribuye el 9,9% (4), y otros estudios similares el 11,7% en Extremadura, el 15,9% en Granada y el 14,7 para el conjunto de España. Por categoría diagnóstica, las entidades patológicas con una mayor asociación son el cáncer de pulmón-tráquea-bronquios, la cardio-

patía isquémica, el accidente cerebrovascular, la EPOC, el cáncer de vejiga, orofarínge, páncreas y esófago.

Respirar el humo del tabaco de otras personas conlleva importantes riesgos, especialmente para los niños y para las personas que están expuestas de forma crónica. Hay pruebas sólidas de que fumar pasivamente aumenta el riesgo de cáncer de pulmón en los convivientes con fumadores en un 24% (5). También la exposición en el lugar de trabajo aumenta éste riesgo en un 17% (6). De forma paralela el riesgo de cardiopatía isquémica se ve incrementado en un porcentaje parecido. Cuando la madre fuma, se dobla el riesgo del síndrome de muerte súbita infantil. Los niños cuyos padres fuman tienen un mayor riesgo de problemas respiratorios así como de otitis media aguda y crónica (7).

## EL PROCESO DE ABANDONO

Los motivos para dejar de fumar varían según el perfil del fumador. Para los adolescentes los argumentos más eficaces pueden ser el mal aliento, la coloración amarillenta de los dientes, la falta independencia y autocontrol, la

disnea y dificultades para la práctica deportiva, las infecciones respiratorias frecuentes y la tos, sin olvidar el coste. Para los adultos asintomáticos tiene una mayor importancia el riesgo de enfisema, el cáncer de pulmón, enfermedad coronaria, los 6-8 años menos de vida, el coste, el mal aliento, las arrugas en la piel, el mayor riesgo para convivientes y el rol ejemplar. Para las embarazadas el mayor riesgo de aborto espontáneo, de muerte fetal y de bajo peso al nacer. Finalmente, para los adultos sintomáticos las infecciones respiratorias, disnea, tos, dolor de garganta, angina, claudicación, esofagitis y osteoporosis pueden ser los argumentos más relevantes.

Dejar de fumar es un proceso dinámico que requiere el paso por distintas etapas. Las intervenciones deben hacer avanzar al fumador en las distintas etapas (8).

*Etapa precontemplativa.* En esta primera etapa los fumadores no consideran seriamente la posibilidad de dejar de fumar. Se puede decir que el fumador es «consonante», es decir, no hay discrepancias entre lo que piensa y lo que hace.

*Etapa contemplativa.* Durante ésta los fumadores entran en una fase «dissonante» o de discrepancia, considerando seriamente abandonar el tabaco a medio plazo.

*Etapa de acción.* El fumador ha introducido cambios de conducta para dejar de fumar a corto plazo poniendo en práctica una determinada estrategia, utilizando medicación o mediante una combinación de acciones.

*Etapa de mantenimiento.* En esta etapa ya ha conseguido dejar de fumar e intenta evitar las recaídas. De hecho, la recaída es tan frecuente que puede ser considerada como la quinta etapa de uno o más ciclos sucesivos.

Preguntando a los fumadores si quieren dejarlo, entre el 60 y el 70% res-

TABLA I  
Relación del contenido del humo del tabaco entre la corriente secundaria (CS) y principal (CP) (\*2\*)

Componentes	CS/CP
Cianuro de hidrógeno, ácido acético, acetamida, total de partículas, acetileno	< 1
Monóxido de carbono, alquitrán, benceno, metilclorato, fenol, 3-4 benzopireno, aldehidos, acetonitrilo, nicotina	1-3
Tolueno, pireno, óxidos de nitrógeno, cadmio, miosmina, dióxido de carbono, pirrol, piridina	3-10
Nitrosaminas, 3-vinilpirideno, naftaleno, anilina, amoníaco	> 10



**TABLA 2**  
Test de dependencia de Fagerström de dependencia a la nicotina (9)

¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente? < 11 - 0; 11-20 - 1; 21-30 - 2; 30 - 3
Tiempo transcurrido desde que se levanta hasta que fuma < 5 minutos - 3; 6-30 - 2; 31-60 - 1; 60 - 0
¿Fuma más por las mañanas? Sí - 1; No - 0
¿Tiene dificultades para no fumar en lugares donde está prohibido? Sí - 1; No - 0
¿Fuma cuando está enfermo y ha estado en la cama? Sí - 1; No - 0
¿Qué cigarrillo le produce mayor satisfacción? El primero - 1; Cualquiera otro del día - 0

ponde afirmativamente. Cuando un fumador hace un intento de abandono del tabaco, sus posibilidades de éxito no superan el 50%, pero una vez adquirido el convencimiento de dejarlo, se consigue el abandono en muchos casos. En la población general, un 2% de los fumadores dejan de fumar espontáneamente cada año sin ninguna intervención sanitaria. Con el apoyo de intervenciones sanitarias este porcentaje, al menos, se triplica (tabla 3).

Los factores determinantes del éxito, y que pueden hacer prever la necesidad de apoyo farmacológico, son los siguientes (11):

- El grado de dependencia cuantificado mediante el test de Fagerström o por marcadores biológicos como la nicotina, cotinina en sangre o por el monóxido de carbono espirado. Estos últimos tienen una mayor correlación que el primero con las dificultades para el abandono, sin embargo no suelen estar disponibles para su utilización rutinaria.

- La edad, de forma que a mayor edad mayor probabilidad de éxito.

- El sexo, habiéndose observado en el varón una mayor incidencia de abandonos. No obstante, una vez decidido el abandono, no se aprecian diferencias en la proporción de sujetos abstinentes al cabo de un año en función del sexo, aunque la recaída más alta del año de abandono fue más frecuente en las mujeres.

- Un nivel educativo elevado es un predictor de éxito en el abandono del hábito.

- Finalmente, los pacientes con enfermedad cardiorrespiratoria crónica tiene un nivel de éxitos bajo.

Las perspectivas de un fumador que alcanza las 2 semanas de abstinencia son buenas, de forma que el 40% sigue sin fumar a los 6 meses.

### ESTRATEGIA BREVE PARA AYUDAR AL PACIENTE A DEJAR DE FUMAR. Las 5 «A»

Recientemente el *US Public Health Service* ha elaborado recomendaciones (12) que se recogen en una guía de práctica clínica. En ella se reconoce la posición privilegiada que ocupan médicos de atención primaria para intervenir con los pacientes fumadores, puesto que al menos el 70% de los fumadores les visitan cada año. Las intervenciones breves recomendadas se adecuan a los médicos de atención primaria por las restricciones de tiempo

que tienen en cada visita. Con esta intervención, en 3 minutos se pueden incrementar significativamente los índices de abandono.

La intervención breve puede aplicarse a tres tipos de pacientes: fumadores en activo que desean intentar el abandono del tabaco en el momento de la visita, fumadores en activo que no desean abandonar el tabaquismo en ese momento y los exfumadores que han abandonado el tabaco recientemente.

Las cinco etapas principales (las 5 «A») de la intervención en el ámbito de la atención primaria son las siguientes:

- **AVERIGUAR.** Desarrollar un protocolo asistencial que garantice que, para cada paciente y en cada visita, se pregunte y se documente el estado del paciente en relación al tabaco.

- **ACONSEJAR** a todos los fumadores de forma clara, firme y personalizada, que abandonen el hábito. «Como médico suyo, debo informarle de que dejar de fumar es lo más impor-

**TABLA 3**  
Efectividad de las intervenciones para el abandono del tabaco

Intervención	Efectividad al año
Intervención básica	5-6%
Intervención avanzada	13-38%
Terapia sustitutiva con nicotina	
C. especializada chicle/parche	23-27%
Atención primaria chicle	9%
Terapia no sustitutiva nicotina (10)	
Bupropión	18,4%
Bupropión + parches nicotina	22,5%

tante que puede hacer para proteger su salud, ahora y en el futuro. El personal sanitario y yo mismo podemos ayudarlo». El enunciado anterior deberá argumentarse de acuerdo a los aspectos más sensibles para cada perfil de fumador como se ha visto anteriormente.

- **APRECIAR Y VALORAR.** Preguntar a todo fumador si está dispuesto a intentar dejar de fumar a corto plazo (dentro de los 30 días siguientes). Si el paciente acepta debe prestarse ayuda remitirlo a otra entidad que pueda hacerlo. Si no está dispuesto a intentarlo debe prestarse una intervención que lo pueda motivar para el abandono. Si el paciente pertenece a una población con características especiales (p. ej.: adolescente, gestante, minoría étnica), es conveniente facilitar información adicional.

- **AYUDAR** al paciente en el abandono:

- Elaboración de un plan para dejar de fumar. Para ello se intentará que el fumador señale una fecha para el abandono, idealmente en un plazo que no supere las 2 semanas. Después comunicará a la familia, amigos y compañeros de trabajo que va a dejar de fumar y solicitará su comprensión y apoyo.

- Se anticiparán al fumador las provocaciones y riesgos de recaída que va a tener en las primeras semanas tras el abandono, incluyendo los síntomas de la abstinencia a la nicotina. También, antes de dejar de fumar evitará hacerlo en los lugares que pasa mucho tiempo (p. ej.: en el trabajo, en el domicilio, en el coche) y eliminará los productos relacionados con el tabaco de su medio ambiente.

- Asesoramiento práctico para la resolución de problemas. La abstinencia deberá ser total. «Ni una sola calada después de la fecha señalada para dejar de fumar». Puede identificarse lo que resultó útil y perjudicial en intentos anteriores, en su caso. Debe ofrecerse ayuda para afrontar las situaciones de riesgo y superarlas con éxito. Se considerará la limitación/abstinencia del alcohol mientras deja de fumar, puesto que puede ser causa de recidiva. El fumador deberá animar a dejar de fumar a sus familiares al mismo

#### PARCHE DE NICOTINA:

- NIVELES estables con un retraso de 1 a 4 horas.
- DURACIÓN 2-3 meses a dosis según dependencia.
  - \* Fagerström > 7 puntos:
    - 21 mg/24 h ó 15 mg/16 h - 4 semanas
    - 14 mg/24 h ó 10 mg/16 h - 2 semanas
    - 7 mg/24 h ó 5 mg/16 h - 2 semanas
  - \* Fagerström ≤ 7 puntos:
    - 14 mg/24 h ó 10 mg/16 h -->4 semanas
    - Reducir.....
- EFECTOS SECUNDARIOS: picor, eritema, artralgias, mialgias, parestesias, cefalea, alteraciones digestivas, sudoración.
- CONTRAINDICACIONES: IAM 3 meses previos, arritmias ventriculares graves, claudicación, embarazo, lactancia.

#### CHICLE DE NICOTINA:

- NIVELES: en picor con retraso de 15-20 minutos. Acto oral. Mayores dificultades de uso y efectos secundarios. Riesgo de dependencia. Eficaz en situaciones de estrés.
- DURACIÓN: al menos 3 meses, después reducir hasta los 6-12 meses. Dosis de 2 y 4 mg según dependencia.
- USO: sustituir cada cigarrillo por un chicle (12-18/día), masticar hasta notar sabor fuerte, parar hasta dejar de percibir ese sabor y continuar.
- EFECTOS SECUNDARIOS: mal sabor, dolor de mandíbula, aftas, náuseas, hipo, irritación faríngea, alteraciones digestivas.
- CONTRAINDICACIONES: similares al transdérmico.

#### BUPROPIÓN:

Hidrocloruro de bupropión de liberación prolongada.

- CONTRAINDICACIONES: Antecedentes de convulsiones y trastornos de la alimentación.
- EFECTOS ADVERSOS: Insomnio, sequedad oral.
- DOSIS: 150 mg por la mañana 3 días y posteriormente, 150 mg dos veces al día (iniciar tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar).
- DURACIÓN: 7-12 semanas.

tiempo que ellos, o a no fumar en su presencia.

- Recomendación sobre el uso de tratamientos farmacológicos aprobados. A excepción de las situaciones especiales comentadas (adolescentes, escasa dependencia, gestantes y lactantes), debe explicarse de qué modo estas medicaciones aumentan el éxito de la deshabituación tabáquica y reducen los síntomas de la abstinencia.

- Facilitar materiales suplementarios apropiados para la cultura, educación y edad del paciente.

- **ACORDAR Y PROGRAMAR** los contactos seguimiento, personalmente o por teléfono. El primer contacto debe-

ría producirse poco después de la fecha decidida para dejar de fumar, preferiblemente, durante la primera semana. El segundo contacto se recomienda en el primer mes. El resto estarán condicionados por la disponibilidad del sanitario. En éstos contactos se debe felicitar por el éxito o, si se ha fumado, revisar las circunstancias y suscitar un nuevo compromiso con la abstinencia total. Recordar al paciente que una recaída puede utilizarse como un experiencia para aprender de ella. Evaluar el uso de tratamientos farmacológicos y los problemas. Considerar el uso o remitir al paciente para la realización de un tratamiento más intensivo.

## SUGERENCIAS PARA EL USO CLÍNICO DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

El tratamiento farmacológico de primera línea lo forman las sustancias sustitutivas de la nicotina en sus diversas presentaciones (parche, chicle, inhalador y nebulizador nasal) y el *bupropión*. Pueden ser utilizados por todos los fumadores que estén intentando dejar de fumar, excepto si presentan circunstancias especiales, en cuyo caso deberá prestarse una atención especial antes del tratamiento farmacológico: los que presenten contraindicaciones médicas, los que fumen menos de 10 cigarrillos al día, las mujeres gestantes o en período de lactancia y los adolescentes (12).

La elección de un tratamiento farmacológico de primera línea debe estar orientada por factores como la familiaridad del médico con los fármacos, las contraindicaciones, las preferencias del

paciente, la experiencia previa del paciente (positiva o negativa) y las características del paciente (p. ej.: antecedentes de depresión, preocupaciones por el incremento de peso). En los siguientes cuadros resumen los elementos que pueden condicionar la elección de los fármacos más utilizados en primera línea.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Buck D. The cost effectiveness of moking cessation intervention. What do we know. *Int J Health Educ*, 1997;35:44-52.
2. Fuente (1) Shephard RJ. The risk of passive smoking. En: Croom Helm. Londres, 1982.
3. Haxby DG. Treatment to of nicotine dependece. *Am J Health-Syst Farm*, 1995;52: 265-281.
4. Santos EF, Valero LF, Sáenz MC. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Castilla León. *Aten Primaria*, 2001;27:153-158.
5. Hackshaw AK y cols. The accumulated evidence on lung cancer and enviro-

mental tobacco smoke. *Br Med J*, 1997;315: 980-988.

6. Boffeta P y cols. Multicenter case-control study exposure to enviromental tobacco smoke and lung cancer in europe. *J Natl Cancer Inst* 1998;90.

7. Cook DG, Strachan DP, Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and the implications for research. *Thorax* 1999;54:357-66.

8. Fiore MC. Cigarette smoking:a clinical guide to assesment and treatment. *Med Clin North Am* 1992;76:289.

9. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco with reference to individualization of treatment. *Addictive Behavior* 1978;3.

10. Jorenby D.E y cols. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340.

11. Monsó E. ¿Conseguiré dejar de fumar? *Med Clin (Barc)* 2001;116:259-260.

12. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283(24).

# Dependencia a la nicotina. Tratamiento

*La severidad a la nicotina se ilustra por el hecho de que sólo un 33% de los consumidores que deciden interrumpir permanecen abstinentes a las 48 h y sólo un 5% de los que lo intentan consiguen su propósito.*

P. SÁNCHEZ, J. EZCURRA,  
A. VILLAMOR Y E. ELIZAGÁRATE  
Hospital Psiquiátrico de Álava

serio cada año y entre éstos un 90% lo hace sin ningún tipo de tratamiento. Así pues cada fumador realiza varios intentos y a pesar de todos los elementos referidos la mitad de los fumadores consiguen abandonar el consumo. Aquellos con ansiedad o depresión concomitante lo dejan en mucha menor proporción.

### Tabaquismo en pacientes psiquiátricos

La prevalencia de consumo de tabaco es muy superior a la población

general situándose en la primera entre un 35-50% mientras que para la segunda se sitúa alrededor de un 30-35%. La prevalencia de dependencia

**“En EE.UU. un 50% de la población nunca ha fumado, un 25% son fumadores y un 25% eran exfumadores”**

nicotínica moderada-intensa es doble también para el grupo de pacientes psiquiátricos (20/10). Cuando se individualizan las patologías las cifras son aún mayores para pacientes esquizofrénicos y entre éstos los crónicos institucionalizados. La segunda de las patologías con elevada proporción de consumo la constituyen los trastornos de ansiedad siendo la presencia comórbida de la ansiedad generalizada y el consumo de tabaco un factor de riesgo para la no respuesta o respuesta más pobre en la cesación tabáquica.

Otra patología digna de reseñar es la de los trastornos afectivos y su

relación tanto con la prevalencia del consumo —alrededor de un 70% para la manía— y de un 49% para el trastorno depresivo, como la reducción significativa respecto a las tasas de cesación menores que en la población general (33 v 57%).

Invirtiendo la observación se constata que un sujeto con dependencia nicotínica presenta mayor prevalencia de neurotismo, trastornos por uso de alcohol y trastornos afectivos. La relación de tabaquismo y depresión mayor es más intensa en mujeres, con depresión mayor recurrente y con dependencia nicotínica alta.

La relación causal entre tabaquismo y depresión mayor se formula con tres hipótesis:

1. La Depresión Mayor aumenta la probabilidad de tabaquismo: Hipótesis de la automedicación.
2. La dependencia nicotínica predispone a la depresión mayor: Hipótesis neuroquímica.
3. No existiría una relación causal entre los dos trastornos: hipótesis de predisposición genética o ambiental.

### Diagnóstico de la dependencia nicotínica

Es la Escala de Fagerström una de las herramientas más utilizadas y que predice éxito en la interrupción del consumo. Consta de 6 ítems relacionados con la mayor o menor inmediatez en el consumo tras despertarse, la dificultad en abstenerse en lugares en los que está prohibido, así como ítems relacionados con la cantidad y el período del día de mayor consumo y por último el mantenimiento del consumo en situación de encamamiento por enfermedad.

### TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Las motivaciones al tratamiento se cifran sobre todo en la presión social y en la mejora de salud mientras que las dificultades estarían en relación con el temor a coger peso, el temor al fracaso, el temor a la abstinencia y por último la presencia de síntomas psiquiátricos concomitantes.

Las estrategias generales se refieren a la exploración de las siguientes áreas:

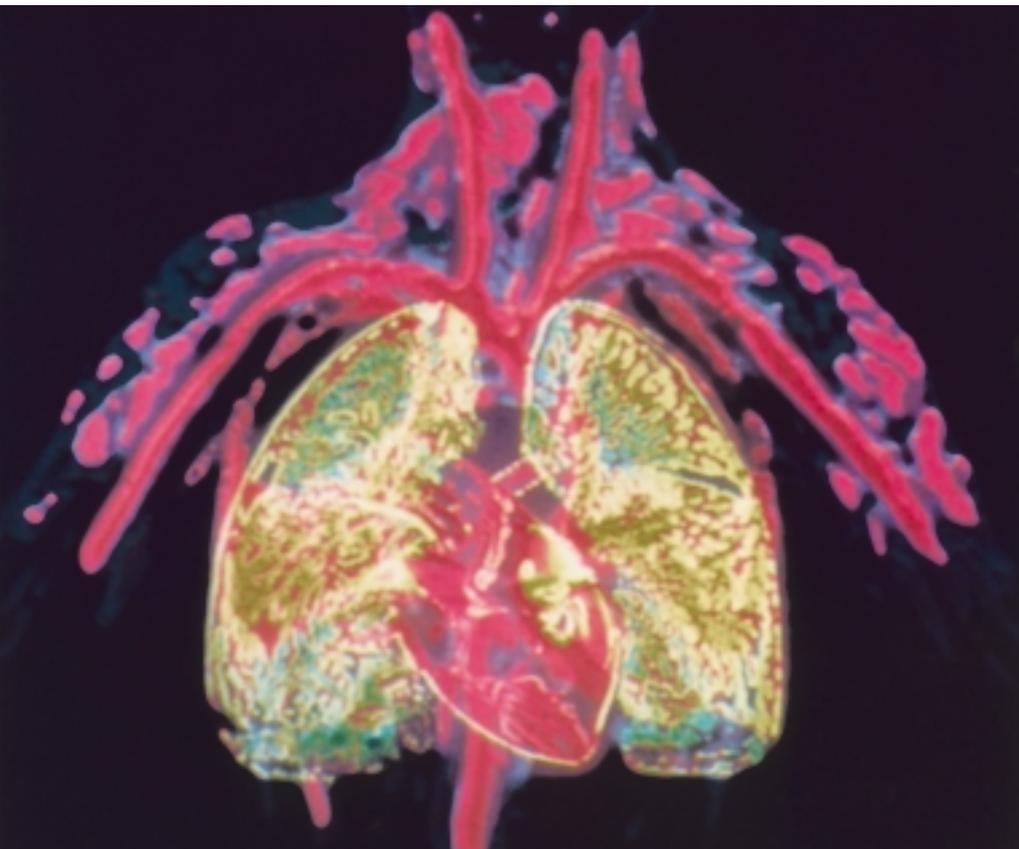
- Razones para dejar de fumar.
- Cambios síntomas psiquiátricos relacionados con cesación.
- Causa recaída: síntomas abstinencia o exacerbación síntoma psiquiátrico.
- Tiempo que permaneció abstinente.
- Tratamiento adecuado o no en dosis y duración.
- Creencia en que el tratamiento es efectivo.
- Observancia del tratamiento.

Otros elementos a tener en cuenta son la familia y amigos cuyo conocimiento y colaboración del tratamiento será determinante. Los marcadores de consumo como los niveles de nicotina, cotinina, nivel de monóxido de carbono permiten conocer el grado de cumplimiento y la progresión en el tratamiento. Por último establecer alianza terapéutica en forma de consultas no excesivamente diferidas ni dilatadas en el tiempo constituye una buena base estratégica en el tratamiento de estos pacientes.

Las intervenciones iniciales van dirigidas a incrementar la motivación y preparación al cambio en forma de información personalizada sin ambivalencia, planteamientos realistas con información veraz si los elementos de desmoralización aparecen y en definitiva aprovechar interrupciones forzadas: bronquitis, embarazo, hijo con asma, etc. Solamente siguiendo estas indicaciones y esta forma de proceder en el inicio se aumenta de un 5 a un 10% la probabilidad de éxito en el inicio del tratamiento.

Los Tratamientos psicosociales se basan en las Terapias conductuales donde se ha comprobado la efectividad de técnicas como manejo de contingencias, exposición a estímulos, reducción progresiva de nicotina, retroacción fisiológica (medición del CO) y otros cuyo papel está más en discusión como la relajación y la administración decreciente de nicotina.

En materia de dependencia de la nicotina y en el tratamiento de la misma se han producido progresos



y así se considera como predictor de recaída la intensidad matutina del *craving* más allá del día 26 tras interrupción del consumo. La *Agency for Health Care Policy and Research* recomendaba tras la aprobación por la FDA de sustitutivos de nicotina que «los pacientes deben ser alentados al uso de terapéuticas de reposición de nicotina para la interrupción del consumo de tabaco excepto en presencia de circunstancias especiales».

Los avances en el tratamiento se reflejan también en el rango de tratamientos que ha aumentado desde 1996 y así en EE.UU. la FDA aprobó en ese año el *chicle de nicotina* y 2 prescripciones de «patch» —*parches transdérmicos de nicotina*—. El chicle de nicotina es obviamente de absorción bucal con un rango de dosis de 2-4 mg en forma de 2 mg cada 15-30' de forma discrecional o 2 mg cada hora. La duración del tratamiento aunque no clara se sitúa alrededor de los 3 meses. La absorción es lenta y por ello parece tener una efectividad dudosa en el control del tratamiento. Por el contrario los parches de nicotina presentan resultados mejores y si bien no reduce el aumento del peso su efectividad es mayor. La duración del tratamiento es entre 6 y 12 semanas siendo la pauta de prescripción decreciente. El *spray nasal de nicotina* (existe en EE.UU., U.K., Suecia desde 1997) es la tercera de las presentaciones y que permite una absorción rápida y así alcanzar los niveles de nicotina en sangre que procura un cigarrillo. Esta fórmula está indicada para altos consumidores si bien presenta efectos secundarios en forma de dolor de garganta, rinitis, estornudos y lacrimoso.

Por último el *Bupropion*, antidepresivo aprobado por la FDA para tratamiento de la dependencia nicotínica y mecanismo desconocido pero probablemente dopaminérgico, presenta doble efectividad que el placebo en los estudios controlados realizados. Es el primer fármaco no nicotínico. Como efecto secundario a

dosis por encima de 300 mg se señala la aparición de crisis comiciales.

Otros productos como los antagonistas mecamlamina y naltrexona, medicaciones aversivas como el acetato argéntico y la acupuntura no han probado su efectividad en el tratamiento del tabaquismo.

## CONCLUSIONES

Como conclusiones señalar que los fumadores afirman que el consejo de un médico es uno de los principales motivos que les inducen a dejar de fumar. Las acciones que emprenden los médicos en este sentido tienen una gran repercusión sobre la sanidad pública. Además el hecho de que se dispongan de estrategias farmacoterapéuticas —cuya última aportación ha sido la aparición del *Bupropion*— ha tenido como consecuencia que los fumadores presten más atención a los consejos de los médicos y a la ayuda que éstos les prestan.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Nicotine Dependence.

American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 153: 10 (Supl.), 1996.

2. Glassman Ah: cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150:546-553.

3. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine Dependence and Major depression. New Evidence from a prospective investigation. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 50, 1993.

4. Fiore MC, Bailey EC, Cohen SJ, et al. Smoking Cessation. Clinical practice Guideline N° 18. Rockville, Md: US Department of health and Human services, Public health Service, Agency for health care policy and Research. AHCPR Publication N.º 96-0692. 1996.

5. Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12:159-182.

6. Hughes J. Non -nicotine pharmacotherapies for smoking cessation. *J Drug Dev* 1994; 6:197-203.

7. Ascher JA, Cole JO, Colin JN, et al. Bupropion: a review of its mechanism of antidepressant activity. *J Clin Psychiatry* 1995; 56:395-401.

8. Data on file, glaxo Wellcome Inc.



## Agenda

### ■ 2001 Conference of the Stress and Anxiety Research Society

**Fecha:** del 12 de julio al 14 de julio.

**Ciudad:** Mallorca. **País:** España.

**Contacto:** Javier Pérez Pareja.

**Teléfono:** 34-971-173-038 / 34-971-172-556.

**Fax:** 34-971-173-190.

**E-Mail:** dpsjpp0@ps.uib.es

### ■ Congreso Internacional AMP-AAEN-SEP-SEPB. Nuevos compromisos para los psiquiatras

**Fecha:** 30 de septiembre al 4 de octubre.

**Lugar:** Palacio Municipal de Congresos de Madrid.

**País:** España. **Contacto:** Tilesa@wpa.es

**E-Mail:** www.tilesa.es.eurocong

### ■ Cursos de Habilidades en Salud Mental

**Murcia,** 15-16 junio 2001; **Lugo,** 22-23 junio 2001

**Madrid,** 5-6 octubre 2001; **Barcelona,** 19-20 octubre 2001

**Baleares,** 26-27 octubre 2001

**Información:** SEMG. Tel.: 91 364 41 20  
e-mail: semg@semg.es

### ■ XXI Congreso de la Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria

Donostia-San Sebastián del 14 al 17 de noviembre 2001

**SECRETARÍA TÉCNICA:**

semFYC Congreso

Tel.: 93 317 71 29

e-mail: congresos@semfyc.es

## En breve...

■ Unos 400 millones de enfermos mentales en el mundo no reciben ningún tipo de tratamiento. La Organización Mundial de la Salud se muestra preocupada ante el hecho de que el 40% de los países no sigue ninguna política de atención médica en salud mental.

Aunque este tipo de enfermedades solo representan el 11% de las enfermedades que se producen en el mundo, 5 de ellas resultan especialmente incapacitantes: la depresión, la esquizofrenia, el alcoholismo, los trastornos bipolares y los trastornos obsesivos-compulsivos. Por esta razón la OMS se propone que las enfermedades mentales formen parte del sistema de atención médica primaria.

■ Según el Dr. Grimalt miembro de la Asociación Europea de Dermatología y Psiquiatría, **una de cada cuatro personas que acude al dermatólogo sufre alteraciones psicológicas.** Las más frecuentes son la ansiedad y la depresión seguidas de conductas obsesivas.

Considera que problemas como el acné, la alopecia androgenética, la psoriasis y los eczemas producen un deterioro psicológico que afecta

a la calidad de vida de las personas afectadas.

■ «La mayoría de los trastornos psiquiátricos comienzan a manifestarse ya en la infancia y en la adolescencia» declaró el psiquiatra José M<sup>a</sup> Rey durante su participación en las III Jornadas de la Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría.

Por esta razón el Dr. Rey apuesta por la prevención y atención de aquellos niños que presentan algún tipo de patología mental (siendo la depresión una de las más comunes y la que conlleva un mayor índice de mortalidad) y considera a la familia como uno de los elementos imprescindibles en dicha prevención.

■ Una investigación de la Universidad Rockefeller ha demostrado que mientras dormimos el cerebro se dedica a cimentar los recuerdos de nuestras experiencias. Este descubrimiento ofrece una explicación a algo que siempre ha intrigado a neurólogos y psicólogos, que se preguntaban «¿A dónde va la mente cuando dormimos?»

Según describen en la revista «Learning & Memory», Sidarta Ribeiro y Constantin Pavlides, de la universi-

dad neoyorquina, la exposición a los recuerdos del entorno obliga al cerebro a activar un gen llamado Zif-268.

Este gen está considerado como el responsable de fortalecer la comunicación entre las células nerviosas del cerebro y ahora se sabe que también pone en marcha el archivo en la memoria de las nuevas experiencias.

*Fuente: Pscolnet*

