

ADICCIÓN A LA NICOTINA ¿CÓMO PODEMOS AYUDAR?

Dras. María Florencia Fernández, Andrea Barragán

Hasta 1514 el tabaco no era conocido por la sociedad europea, aunque se describió la utilización de una sustancia similar en Egipto, Persia y China.

En América ya desde la sociedad Maya se cultivaba el tabaco, que fue llevado a la corona Española como obsequio por los conquistadores.

La primera forma de inhalarlo fue con pipa; a partir de 1840 se utilizan cigarros y desde el 1881 se producen masivamente con el advenimiento de maquinarias para manufacturarlo¹.

En 1960 se relaciona este hábito con el riesgo de contraer enfermedades y así comienzan a realizarse campañas antitabaco.

La OMS estima que 90% de los cánceres de pulmón, 15 a 20% de otros cánceres, 75% de los casos de bronquitis crónica y enfisema y 25% de las muertes por enfermedad cardiovascular entre los 25 a 69 años se atribuyen al cigarrillo. En el mundo, un tercio de la población es fumadora; en nuestro país, en un estudio publicado en 1991, la prevalencia de tabaquismo fue de 35% en mayores de 15 años². La muerte relacionada al tabaco se estima en 4 millones anuales y en aumento. Para el año 2030 se elevará esta cifra a más de 10 millones, y en consecuencia, las causas de muerte atribuibles al tabaco se ubicarán como la causa de morbimortalidad más frecuente. Dejar de fumar a cualquier edad aumenta la longevidad; también aquellos que a los 50 años abandonan el hábito disminuyen el riesgo de morir en los próximos 15 años en un 50% sobre los que no dejan de fumar. Viendo estas perspectivas y estando el médico en una situación de privilegio para actuar sobre este factor de riesgo, vale la pena comprender mejor las características de este hábito.

Fumar es una conducta compleja iniciada y sostenida por diferentes razones. La influencia de padres y amigos aparece como una razón importante en la iniciación del hábito en etapas tempranas. Una vez que el hábito se establece es sostenido por factores biológicos y psicosociales. Ha habido una explosión de investigaciones que clarifican la dependencia al tabaco como una enfermedad crónica para la que se dispone de numerosas estrategias de consejería y farmacoterapéutica efectiva.

ENTENDIENDO EL CAMBIO

Ayudar a los pacientes a cambiar las conductas es un rol importante de los médicos.

Servicio de Medicina Familiar. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545 (B7602CBM) Mar del Plata.

Intervenir sobre los hábitos es especialmente útil para modificar estilos de vida, manejar las enfermedades crónicas y las adicciones. El concepto de *no-cumplimiento* a menudo enfoca sobre la falla del paciente; comprender el proceso de cambio, reconocer las barreras y ayudar a los pacientes a anticipar las recaídas refleja la complejidad del proceso. Las personas fácilmente comprenden la necesidad en los cambios en el estilo de vida, pero les resulta difícil mantenerlos a largo plazo.

En 1983, Prochaska introdujo el modelo transteórico del cambio³. Este modelo propone que cualquier individuo y para cualquier conducta puede ubicarse en uno de los cinco estadios de «querer cambiar» (tabla 1).

Hay que comprender las etapas de disposición al cambio como un proceso dinámico, gradual, en el que deberíamos realizar intervenciones apropiadas para cada etapa con el fin de progresar en las mismas o lograr la meta: dejar de fumar.

NUESTRA EXPERIENCIA

El consultorio de referencia para dejar de fumar tiene como objetivo asistir a las personas para cambiar su conducta de fumadores, llevándolos a abandonar el hábito o a posicionarlos en mejores condiciones para dejar de fumar en un futuro. Basados en otros programas publicados que comparten este mismo objetivo, como el programa de dejar de fumar de la Universidad de McMaster⁴, se utilizan consultas individuales con el fin de evaluar la historia clínica de fumador, las motivaciones para dejar el hábito, se aplican escalas de dependencia a la nicotina, como el test de Fagerström y se discute en la primer visita las estrategias a utilizar de acuerdo a la etapa de disposición al cambio en la que se encuentra el paciente.

Dos aspectos relevantes en el proceso son la decisión y la abstinencia. Para la primera se trabaja con consejos motivacionales que apuntan a poner una fecha de abandono; para la abstinencia hoy en día se

Tabla 1. Estadios de disposición al cambio

Precontemplación: el individuo no piensa acerca del cambio
Contemplación: el individuo considera cambiar y puede pensar en los métodos para hacerlo
Preparación: se ha elegido el método y se planea comenzar con el cambio
Acción: intenta el cambio
Mantenimiento: donde el cambio ha sido implementado y sostenido

cuenta con técnicas conductuales como control de estímulo y medidas farmacológicas como suplementos de nicotina y bupropion.

Los suplementos de nicotina han probado ser efectivos en todas sus formas (chicles, transdérmico, spray nasal), con un incremento de 1,7 a 2 veces las chances de abandono⁵. El bupropion, un antidepresivo atípico que inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina, ha probado aumentar dichas tasa de abandono, incrementando 1,9 a 3,9 veces las chances de abandonar el hábito⁶⁻⁸. Todas estas medidas han probado ser efectivas para el tratamiento de las manifestaciones de abstinencia a la nicotina, pero deben ser usadas sólo cuando el primer aspecto de este proceso se ha cumplido; cuando se ha tomado la decisión, condición indispensable para su indicación.

Luego de esta primera evaluación se realizan consultas de seguimiento y soporte telefónico por las enfermeras del equipo.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de todos los pacientes que concurrieron al consultorio de dejar de fumar desde enero de 1999 hasta junio de 2001 (tabla 2).

Se categorizó a los pacientes de acuerdo a si excedían los 20 cigarrillos por día y de acuerdo al puntaje en el test de Fageström mayor a 6 puntos.

Haciendo un corte transversal a los 2 años y medio del inicio de esta actividad se refleja que 24% están en etapa de mantenimiento y 6,5% han recaído.

En el grupo que dejó de fumar, 56% recibió apoyo complementario sin medicación. Usaron fármacos 44% (33% bupropion y 10,6% nicotina en parches o chicles). El resto se distribuyó en distintos estadios de disposición al cambio: 23% precontemplación, 36% contemplación, 9,2% preparación, y 2,6% acción.

RECOMENDACIONES

El tabaquismo, como factor de riesgo, problema de salud prevalente y enfermedad crónica, tiene un alto impacto sobre la salud y sobre los costos en salud. Por lo tanto, debe actuarse en forma conjunta para resolver el problema¹⁰.

Según la bibliografía, se concluye puntualmente en las siguientes recomendaciones claves¹¹:

1. Identificar la condición de fumador: es el primer paso para que cualquier profesional de la salud pueda actuar en consecuencia.

Tabla 2. Características de la población que asistió al consultorio «dejar de fumar».

Pacientes	291
Edad	49,5 años (DS 13,7)
Sexo femenino	179 (61,5%)
Número de cigarrillos por día	22 (DS 9,9)
Más de 20 cigarrillos/día	72,1%
Test de Fagerström	5,08 (DS 2,6)
Más de 6 puntos	50%

2. Intervenciones breves: un consejo breve, claro y fuerte, que tan sólo lleva 3 minutos en el consultorio, demostró tener gran impacto en incrementar las tasas de abandono.

3. Intervenciones clínicas intensivas: provistas por médicos entrenados en el tema. Consiste en una serie de intervenciones motivacionales y farmacológicas.

4. Intervenciones sistémicas: se refiere a las acciones no solamente realizadas por el equipo de salud, sino también de las aseguradoras, las políticas ambientales y la publicidad, que deberían proveer retroalimentación que apoye el abandonar el uso de tabaco.

CONCLUSIONES

Aunque este no es un trabajo prospectivo ni controlado, los datos son alentadores para continuar desarrollando el consultorio de «dejar de fumar». La tasa de abandono obtenida de 24,4% es favorable, comparada con la bibliografía existente, donde se refiere desde una tasa de abandono de 7% con el consejo breve, fuerte y claro; hasta estudios que demuestran una tasa de abandono del 33% con el uso de bupropion en una población muy seleccionada en cuanto a la disposición al cambio. El consultorio de referencia de la Universidad de McMaster publica en 1998 una tasa de 19%.

Esta experiencia inicial nos da el puntapié para realizar investigación local con el fin de adecuar el conocimiento publicado a nuestra población.

Entendemos que la labor de quienes asistimos a la salud es sólo una parte de un gran engranaje que debería apuntar al mismo objetivo: suspender el hábito de fumar. Decisiones políticas, de legislación y publicidad son parte también de este engranaje¹².

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Gabriel Goldraj, médico residente egresado de Medicina Familiar, quien participó en el inicio de este proyecto y a quienes continuaron colaborando con esta labor: Dr. Joaquín Calderón, Dra. Marisa Lucero, Dra. Maura Salicioni, enfermera Lorena Domínguez y enfermera Ana Claudia Díaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kumra V, Markoff BA. Who's smoking now? The epidemiology of tobacco use in the United States and abroad. *Clin Chest Med* 2000 Mar;21(1):1-9,
2. Limansky R. Tabaquismo. En: *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Editorial Panamericana. Buenos Aires 2000
3. Zimmerman G, Olsen C, Bosworth M. A "stages of change" Approach to helping Patients change behavior. *American Family Physician* 2000;61:1409-16
4. Wilson D. Initial experience of McMaster SmokerStop. *Canadian Family Physician* 1998;44:1310-8
5. David SP. Should we recommend nicotine replacement therapy?. *Am Fam Physician* 2001;63:2245-7
6. Jorenby DE. A Controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J of Med* 1999;340:685-91
7. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion: a review of its use in the

- management of smoking cessation. Drugs 2000;59:1007-24*
8. Lancaster T, Stead L, Silagy Ch, et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ 2000;321:355-8*
 9. McIlvain HE, Bobo JK, Leed-Kelly A, Sitorius MA. Practical steps to smoking cessation for recovering alcoholics. *Am Fam Physician 1998;57:1869-76*
 10. Taylor S. Nicotine addiction. *Canadian Family Physician 1994;40:1614-5*
 11. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and dependence. *JAMA 2000;283:3244-54*
 12. Ikonicoff M. Estrategia para el abordaje del problema del tabaquismo en el consultorio del médico de familia. *Revista MF 1993;5:43-9*