

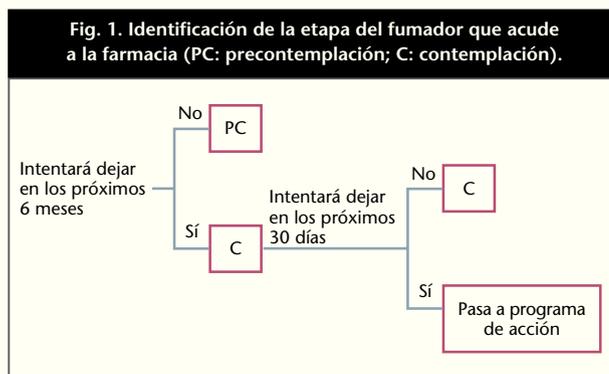
Tabaquismo

El tabaquismo es la mayor causa de mortalidad prevenible en los países desarrollados. En España fue responsable de 55.613 muertes en 1998, lo que supone el 16% de todos los fallecimientos en individuos mayores de 35 años (el 92,5% varones y el 7,5% mujeres)¹. El 36,1% de estas muertes lo fueron por enfermedades cardiovasculares (tabla 1), y además, la cuarta parte de ellas ocurrieron antes de los 65 años de edad.

Por otra parte, el número de fallecimientos atribuibles al tabaquismo ha ido aumentando, debido en parte al aumento de la prevalencia del tabaquismo², especialmente en las mujeres (tabla 2). La prevalencia en adolescentes de 14-18 años es muy grande en nuestro país: en 2002, el 28,8% de los estudiantes consumía tabaco de forma habitual (el 24,2% de los chicos y el 33,1% de las chicas) y la edad media de inicio de consumo era de 13,1 años (14,4 para el consumo diario)³.

Intervención farmacéutica

Si bien la cesación tabáquica conlleva, tanto a corto co-



mo a largo plazo, una serie de beneficios, su ejecución es compleja. Existen distintas guías y protocolos⁴⁻⁶ cuyo seguimiento favorece la consecución del objetivo. La decisión de abandono no es puntual, sino que el individuo debe pasar por varias etapas para conseguir el éxito (tabla 3). La primera actuación consiste en la identificación de la etapa en la que se ubica el individuo (fig. 1).

Si el individuo se halla en fase de precontemplación, se realizará al menos una mínima intervención, aconsejándole sobre los beneficios del abandono; también

Tabla 1. Distribución de muertes atribuibles al tabaco en España durante 1998 (porcentaje)¹

CAUSAS	VARONES	MUJERES	TOTAL
Enfermedades cardiovasculares	35,4	45,1	36,1
• Cardiopatía isquémica	12,7	13,6	12,8
• Otras enfermedades cardíacas	9,2	13,8	9,5
• Enfermedad cerebrovascular	8,9	13,1	9,2
• Otras enfermedades circulatorias	4,6	4,6	4,6
Tumores malignos	40,7	26,5	39,7
Enfermedades respiratorias	23,9	28,4	24,2

Tabla 2. Evolución del hábito tabáquico. Porcentaje de fumadores diarios y ex fumadores en población de 16 años y más, según sexo (España, 1993-2001)²

	1993	1995	1997	2001
Fumador diario				
• Varones	44,0	43,5	42,1	39,2
• Mujeres	20,8	24,5	24,8	24,6
Ex fumador				
• Varones	20,5	22,7	23,1	24,8
• Mujeres	6,7	7,0	7,8	9,4

Tabla 3. Etapas en las que se puede hallar el fumador

ETAPA	CARACTERÍSTICAS	ACCIONES
Precontemplación	No desea dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención mínima • Folleto informativo
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> • Se plantea dejarlo en los próximos 6 meses • No ha hecho ningún intento de abandono 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención mínima • Folleto informativo • Guía para dejar de fumar • Ofrecimiento de ayuda posterior
Preparación	Se plantea dejarlo en los próximos 30 días Ha hecho al menos un intento de abandono	Pasa al programa terapéutico para dejar de fumar
Acción	Ha iniciado el abandono	
Mantenimiento	Ha superado los primeros 6 meses de abstinencia	
Finalización	No existe el problema	

Tabla 4. Test de Richmond

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTOS
¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	• No	0
	• Sí	1
¿Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar?	• Nada	0
	• Algo	1
	• Bastante	2
	• Mucho	3
¿Intentará dejar de fumar completamente en las próximas 2 semanas?	• Definitivamente no	0
	• Probablemente	1
	• Seguramente	2
	• Definitivamente sí	3
¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará?	• Definitivamente no	0
	• Probablemente	1
	• Seguramente	2
	• Definitivamente sí	3

Grado adecuado de motivación: 7 o más puntos.

Moderado: 4-6.

Muy escaso: menor de 4.

puede discutirse con él el contenido de algún folleto explicativo. Si la fase identificada es la de contemplación, también se ofrecerá ayuda posterior para el abandono. Si hemos detectado a un fumador en fase de preparación, se pasará al programa de cesación tabáquica, evaluando previamente el grado de motivación con el test de Richmond y el de dependencia nicotínica con el de Fagerström (tablas 4 y 5, respectivamente).

La intervención no farmacológica consiste inicialmente en el consejo para abandonar el tabaco. Éste ha de ser claro, específico, personalizado y adecuado a la etapa del individuo⁶. En él se exponen los perjuicios

del tabaco y, sobre todo, las ventajas de su abandono. A continuación se pacta con el fumador una fecha para dejar el tabaco.

La intervención farmacológica conlleva la administración de los medicamentos disponibles a tal efecto: sustitutos de nicotina y/o bupropión (tabla 6).

Finalmente, se marcarán unas visitas de seguimiento, a la semana y al mes del inicio, así como una mensual posteriormente. Dado el elevado índice de recaídas, no se considera ex fumador hasta que hayan pasado 12 meses sin fumar. En ese momento, sólo menos de un 10% de los que comenzaron volverán a fumar. ■

Tabla 5. Test de Fagerström

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTOS
¿Cuánto tiempo tarda entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	• Hasta 5 min	3
	• Entre 6 y 30 min	2
	• Entre 31 y 60 min	1
	• Más de 60 min	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde no está permitido como en el cine o en una biblioteca?	• Sí	1
	• No	2
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	• El primero de la mañana	1
	• Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	• 10 o menos	0
	• De 11 a 20	1
	• De 21 a 30	2
	• 31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	• Sí	1
	• No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	• Sí	1
	• No	2

Dependencia grave: 8-10 puntos.
 Dependencia moderada: 4-7.
 Dependencia leve: 0-3.

Tabla 6. Protocolo farmacológico de la SEPAR^a

CIGARRILLOS POR DÍA	TEST DE FAGERSTRÖM	COMPRIMIDOS 1 MG	TERAPIA DE SUSTITUCIÓN DE NICOTINA				
			CHICLES 2 MG	4 MG	PARCHES 24 H	16 H	BUPROPIÓN
10-19	≤ 3	1 mg/h (12 s)	8-10 (8-10 s)		21 mg (4 s) + 14 mg (4 s)	15 mg (4-6 s)	150 mg/día (7 días) + 300 mg/día (7-9 s)
20-30	4-6			1/90 min (10-12 s)	21 mg (4 s) + 14 mg (4 s) + 7 mg (4 s)	15 mg + 10 mg (6 s) + 15 mg (2-4 s) + 10 mg (2-4 s)	
> 30*	≥ 7*			1/60 min (12 s)	21 mg (6 s) + 14 mg (4 s) + 7 mg (2 s)	15 mg + 10 mg (6 s) + 15 mg (4 s) + 10 mg (2 s)	

*Terapia combinada:
 a) parches + chicles.
 b) parches + comprimidos.
 c) parches + aerosol.
 d) bupropión + chicles.

Bibliografía

- Banegas J, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001;117:692-4.
- Datos básicos de la salud y los servicios en España (2003). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003 [consultado en diciembre de 2003]. Disponible en: http://www.msc.es/profesional/sistemasInformacion/datosIndicadoresBasicos/Tablas_y_gr_ficos.pdf
- Encuesta sobre drogas en población escolar 2002. Observatorio Español sobre Drogas [consultado en marzo de 2004]. Disponible en: <http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/encuesta%20escolar%202002.ppt>
- Jiménez C, Solano S, Hemán, Álvarez F, Planchuelo M, Fernández B, et al. Programa de tratamiento combinado para dejar de fumar (2003). Disponible en: http://db.separ.es/cgi-bin/wdcbgi.exe/separ/separ2003.pkg_areas.muestradoc?p_id_menu=17
- Cabezas C, por el Grupo de educación sanitaria del PAPPs (2002). Disponible en: <http://www.papps.org/guias/g3.html>
- The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel staff, and consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service report. *JAMA* 2000; 283:3244-54.