

## Sumario:

Tratamiento farmacológico del Tabaquismo.....	1
Revisión razonada del tratamiento farmacológico de pacientes polimedcados: Fierabrás.....	4

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

**Díaz Herrero, A.\* (Médico, Técnico de Salud U.D. MFyC); Nadal Blanco, M.J.\* (Médico); Pérez Rodríguez, I.\* (Farmacéutica)\*; Horta Hernández, A.M.\*\* (F.E.A, Servicio de Farmacia) y Sánchez Hernández, I.\*\* (F.E.A, Servicio Neumología). SESCAM**

**\*Gerencia de Atención Primaria de Guadalajara \*\*Hospital General Universitario de Guadalajara**

*Hoy por hoy, el tabaquismo es considerado como una enfermedad adictiva crónica (1-5), siendo la primera causa de morbimortalidad evitable en el mundo actual (1-3,5-10). En España, unas 56.000 personas mueren cada año (1-3,5), lo que ocasiona un elevado coste sanitario (6) y es el principal problema de salud pública susceptible de prevención (8).*

*El tabaco causa el 87% de cáncer de pulmón, el 93% de los casos de EPOC (1,5) y el 20% de enfermedades coronarias y cardiovasculares (7). En Europa, más del 30% de los adultos fuman regularmente, en España el 37%, y en Castilla-La Mancha el 33,7% de la población mayor de 18 años fuma diariamente (5). Todas estas causas justifican la intervención clínica por parte de los profesionales sanitarios (5) sobre el paciente fumador, siendo susceptible de recibir distintos tipos de tratamiento (1-3, 7, 9-14).*

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

En las recientes guías y documentos de consenso (3, 5, 9) se recomienda un abordaje del fumador de acuerdo con la fase de abandono en que se encuentre y el grado de dependencia por el tabaco que padece (1). La fase de abandono, según Prochazka y DiClemente (15), se divide en: *precontemplación* (que no se plantean dejarlo), *contemplación* (quieren intentar dejarlo en los próximos 6 meses), *preparación* (quieren hacer un serio intento de abandono en el próximo mes), *acción* (día elegido para el abandono) y *mantenimiento* (3). El grado de dependencia se determina con el Test de Fagerström (16) (tabla 1), aunque uno de los parámetros más útiles es considerar sólo el "tiempo que transcurre desde que el fumador se levanta hasta que consume el primer cigarrillo (TTFPC)" (1). Otros datos a tener en cuenta en el diagnóstico es (3): cantidad de tabaco consumido (n.º de paquetes/año), motivación (Test de Richmond (17) -tabla 2-), intentos previos de abandono y la medición de monóxido de carbono en aire espirado mediante la realización de la cooximetría.

Todos los fumadores son susceptibles de recibir consejo para abandonar el consumo de tabaco y los que se encuentran en fase de preparación deberían recibir, además, tratamiento farmacológico (3,13).

Si con ello no conseguimos después de un tiempo el abandono de la adicción al tabaco en un fumador, o el paciente presenta algunas enfermedades que lo contraindiquen debemos derivarlo a la consulta de especializada de deshabituación tabáquica (9).

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Se recomienda derivar a una unidad de tabaquismo a los fumadores: a) que han realizado en el pasado serios intentos, correctamente tratados por un profesional sanitario y, que fracasaron; b) con una cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución; c) con arritmias cardiacas o HTA no controladas; d) con enfermedades crónicas (neuropatías, hepatopatías, cardiopatías, etc.) no controladas; e) con enfermedades psiquiátricas; f) fumadoras embarazadas o en período de lactancia.

En el área del SESCOAM el año pasado se pusieron en marcha 8 Unidades de Tabaquismo ubicadas en los hospitales cabecera de Área. Están formadas por un grupo de profesionales con formación específica en tabaquismo: un médico especialista y un diplomado en enfermería.

**Tabla 1. Test de Fagerström**

1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	
< 5 min .....	3 puntos
6-30 min .....	2 puntos
31-60 min .....	1 punto
> 60 min .....	0 puntos
2. ¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido?	
Sí .....	1 punto
No .....	0 puntos
3. ¿Cuál es el cigarrillo al que le costaría más renunciar?	
El primero de la mañana .....	1 punto
Otros .....	0 puntos
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
>30 .....	3 puntos
21-30 .....	2 puntos
11-20 .....	1 punto
<11 .....	0 puntos
5. ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	
Sí .....	1 punto
No .....	0 puntos
6. ¿Fuma si está tan enfermo que ha guardado cama la mayor parte del día?	
Sí .....	1 punto
No .....	0 puntos

1 a 3 puntos: *Baja* dependencia; 4 a 6 puntos: *Moderada* dependencia; ≥ 7 puntos: *Alta* dependencia.

**Tabla 2. Test de Richmond**

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	
0 .....	No
1 .....	Sí
2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar?	
Desde 0 .....	Nada en absoluto
Hasta 3 .....	Mucho
3. ¿Intentará dejar de fumar del todo en las próximas 2 semanas?	
Desde 0 .....	Definitivamente no
Hasta 3 .....	Definitivamente sí
4. ¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará?	
Desde 0 .....	Definitivamente no
Hasta 3 .....	Definitivamente sí

\* Motivación alta > 7.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el tratamiento farmacológico de la adicción tabáquica los fármacos de primera línea son el bupropión y la Terapia Sustitutiva Nicotínica (TSN) (12).

### A. Terapia Sustitutiva Nicotínica (TSN)

Administración de dosis suficientes de nicotina pura, por vía distinta al cigarrillo para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínica, pero insuficiente para desencadenar dependencia (1,9,12-13). Indicado en pacientes fumadores motivados y que consuman más de 10 cigarrillos diarios (12).

Contraindicaciones relativas (2,11): infarto agudo de miocardio reciente, arritmias cardíacas graves, angina

inestable, embarazo y lactancia, insuficiencia cardíaca avanzada, úlcera gastroduodenal activa, enfermedades mentales graves y otras drogodependencias.

Existen varias formas de presentación (1-2,10-14) sin que existan diferencias significativas en cuanto a eficacia (10-12).

a.1. **Chicle de nicotina** (1,2,11-13,18): goma de mascar de 2 ó 4 mg de nicotina. Debe masticarse correctamente para conseguir mayor eficacia. Una pieza cada hora mientras se está despierto. Se recomienda una duración del tratamiento de 3-6 meses (12). Para el tratamiento ver tabla 3. Efectos secundarios: dolor mandibular, hipo, náuseas, pirosis con halitosis, gingivitis, úlceras linguales y palpitaciones.

Contraindicaciones específicas: alteraciones de la articulación temporomandibular, inflamación orofaríngea y portadores de prótesis dentarias.

a.2. **Parches de nicotina** (1-2,11-13,18): de absorción transdérmica, áreas de 30, 20 y 10 cm<sup>2</sup> y liberación de 24 h (contienen 21, 14 y 7 mg de nicotina, respectivamente), áreas de 15, 10 y 5 cm<sup>2</sup> de 16 h (15, 10 y 5 mg respectivamente). Colocar en zona de piel limpia, sin vello ni heridas; cambiar el punto de aplicación diariamente. Para el tratamiento ver tabla 3.

Utilizar durante 6-8 semanas y menos de 12 meses. Efectos adversos: eritema, prurito, mialgias, mareos, cefaleas, trastornos del sueño y palpitaciones. Contraindicados en pacientes con enfermedades dermatológicas generalizadas.

a.3. **Comprimidos de nicotina para chupar** (1,12,18): tabletas de 1 mg de nicotina que deben ser chupadas y no mordidas. Equivale al chicle de 2 mg, por lo que se recomienda en dependencia leve o moderada. Se utilizan como los chicles. Efectos adversos mínimos: irritación de garganta, hipersalivación y trastornos digestivos.

a.4. **Nebulizador nasal** (1,2,11-13,18): solución acuosa de nicotina a concentración de 10 mg/ml. Cada rociada (0,05 ml) libera 0,5 mg de nicotina en cada fosa (1 mg total). Administración a demanda no más de 5 mg/h (10 puff) o 40 mg/día (80 puff) por 6-8 semanas disminuyendo paulatinamente hasta completar 3-6 meses. Efectos adversos locales: irritación nasal, prurito nasal, estornudos, tos, lagrimeo, conjuntivitis, etc; y sistémicos: palpitaciones, mareos, náuseas, cefalea, etc. No utilizar en pacientes con rinitis infecciosas o vasomotoras, ni en existencia de pólipos nasales u otras enfermedades crónicas de las fosas nasales.

a.5. **Inhalador bucal de nicotina** (2,11-13,18): no disponible aún en nuestro país. Recomendadas dosis de 6 cápsulas al día durante 3 a 6 semanas y luego tratamiento a demanda durante 6-12 semanas con disminución progresiva los siguientes tres meses. Efectos adversos: irritación bucofaríngea, tos y molestias labiales. No tiene contraindicaciones especiales pero no se recomienda en casos de hiperreactividad bronquial.

a.6. **Terapia con altas dosis de nicotina** (2,12-13): sólo en unidades especializadas de tabaquismo. Indicada en fumadores con alta dependencia nicotínica que han fracasado con otros tipos de terapéuticas.

### B. Bupropión (1-2,4,12-14,19-21)

Primer tratamiento farmacológico no nicotínico con eficacia demostrada para dejar de fumar. Antidepresivo atípico con acción dopaminérgica y adrenérgica. Indicado en pacientes con dependencia nicotínica moderada o alta. El tratamiento estándar debe iniciarse al menos 7 días antes del día escogido para dejar de fumar. Pauta: 150 mg por la mañana la primera semana y 150 mg/12 h a partir de

ésta hasta completar 7-9 semanas (Tabla 3). Puede prolongarse hasta 12 semanas. Su uso durante un año no mejora la proporción de recaídas pero retrasa su aparición (22). En ancianos 150 mg/24 h. Hay que dejar un intervalo mínimo entre las dos tomas de 8 h y es conveniente que la última toma del día sea al menos 4 h antes de acostarse para evitar el insomnio.

Efectos adversos: sequedad de boca e insomnio (los más frecuentes), cefalea, rinitis, náuseas, rash cutáneo, prurito y convulsiones. Menos frecuentes: dolor torácico, astenia, taquicardia, HTA, rubor, confusión. Contraindicado en epilépticos o pacientes con condiciones clínicas que lo predispongan, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, trastorno bipolar, cirrosis hepática grave, tumores del SNC y sujetos en tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). Los pacientes con mayor grado de ansiedad responden mejor a este tratamiento (19).

### C. Terapia combinada (2, 13):

Alternativa para pacientes fumadores que no estén dispuestos a dejar de fumar pero que quieran reducir el número de cigarrillos. No se han establecido criterios claros para establecer su indicación y las evidencias de su eficacia no son muy sólidas; en todo caso, debería considerarse sólo en fumadores de más de 30 paquetes/año, fumadores con 7 o más puntos en el test de Fagerström, fumadores con más de 250 ng/ml de cotinina en sangre, fumadores que utilizaron terapias simples en intentos previos y que, a pesar de ello, sufrieron recaída por padecer síndrome de abstinencia (1).

La combinación terapéutica puede ser: chicles + parches, parches + inhalador, parches + spray nasal, parches + bupropión. La elección de una terapia u otra se hará en función de la preferencia médico-paciente.

### D. Otros tratamientos:

Existen otros tratamientos que, aunque no se han comercializado de manera específica como fármacos para la adicción tabáquica, se han utilizado a tal efecto con resultados dispares en los distintos trabajos que aparecen en la bibliografía (12). Muchos de ellos se utilizan para la desaparición o atenuación de los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico.

d.1. Vacuna antinicotínica (12).

d.2. Clonidina (11).

d.3. Nuevos tratamientos, algunos de ellos todavía en investigación (11-12):

- Inhibidores de la enzima hepática Citocromo P-450 2A6 (CYP2A6)
- Estimulantes del Sistema Nervioso Central
- Antidepresivos tricíclicos
- Inhibidores de la monoaminoxidasa
- Inhibidores de la recaptación de serotonina
- Ansiolíticos
- Estimulantes de la vía respiratoria superior
- Efecto antabús
- Estimulación magnética transcraneal de alta frecuencia.

## SITUACIONES ESPECIALES

La indicación debe hacerse siempre de forma personalizada.

### 1. Embarazo y Lactancia.

La utilización de bupropión está contraindicada (1). Hay estudios con TSN (1,12,18) donde no se ha descrito un incremento de los efectos adversos fetales, por lo que dicha terapia conlleva menores riesgos que seguir fumando (18), aconsejándose su inicio antes de la 4.<sup>a</sup> ó 5.<sup>a</sup> semana de embarazo, que es cuando aparecen los receptores nicotínicos en diversas regiones del cerebro fetal (12). El uso de la TSN durante la lactancia es controvertido, la indicación debería hacerse valorando la relación beneficio-riesgo, así como las contraindicaciones que se reflejan en las correspondientes Fichas Técnicas de las diferentes Especialidades Farmacéuticas.

### 2. Enfermedad cardiovascular

Existen datos concluyentes para usar la TSN al considerar el balance riesgo-beneficio (18). El bupropión tampoco estaría contraindicado (1,4).

### 3. Patología psiquiátrica

La existencia de un antecedente de depresión o de alcoholismo no supone una eficacia menor de bupropión. Éste, asociado a un tratamiento antipsicótico atípico, aumenta las cifras de abstinencia en pacientes esquizofrénicos (4).

### 4. Fumadores jóvenes

No hay evidencias de que una terapia u otra incremente las posibilidades de éxito en la población menor de 15-16 años (1) por los escasos estudios al respecto.

**TABLA 3. Posología de la TSN y Bupropión**

	PAUTA POSOLÓGICA NICOTÍNICA		BUPROPIÓN
	CHICLES	PARCHES	
<b>DEPENDENCIA BAJA-MODERADA (Fagerström ≤ 7) Y CONSUMO BAJO-MODERADO</b>	2 mg cada 90-120 min por 6-8 semanas con reducción progresiva desde la sexta.	<b>24 h:</b> 21 mg/d 6 semanas seguido de 14 mg/dia 2 semanas, seguido de 7 mg/dia por 1 semana. <b>16 h:</b> 15 mg/d por 6 semanas, seguido de 10 mg/d 2 semanas, seguido de 5 mg/d 1 semana	150 mg/12 h durante 7 semanas
<b>DEPENDENCIA ALTA (Fagerström ≥ 7) Y CONSUMO MODERADO-ALTO</b>	4 mg cada 60-90 min por 12 semanas con reducción progresiva desde la décima.	<b>24 h:</b> 21 mg/d 6-8 semanas seguido de 14 mg/dia 2-4 semanas, seguido de 7 mg/dia por 2-4 semanas. <b>16 h:</b> 25 mg/d por 6-8 semanas, seguido de 15 mg/d 2 semanas, seguido de 10 mg/d 2 semanas.	150 mg/12 h durante 9 semanas

## CONCLUSIONES

1. Cualquier tipo de intervención terapéutica realizada por los médicos sobre el tabaquismo de sus pacientes es eficaz.
2. Dentro de los criterios diagnósticos, los más importantes son el conocimiento de la fase de abandono (permite instaurar el tratamiento más adecuado) y el

grado de dependencia con el Test de Fagerström (necesidad de tratamiento farmacológico y cuál es más adecuado; valora el riesgo a desarrollar un determinado tipo de trastorno o enfermedad).

3. Los fármacos de primera línea son la TSN y el bupropión. A ellos debemos añadir una intervención mínima (documentación) y apoyo psicológico. El tratamiento siempre debe hacerse de forma individualizada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez-Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. *Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Normativa SEPAR*. Arch Bronconeumol 2003;39:514-523.
2. Alonso Viteri S, Díaz-Maroto Muñoz JL, Almonacid Sánchez C, Cisneros Serrano C, Ramos Pinedo A y Jiménez Ruiz CA. *Abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo desde atención primaria*. SEMERGEN 2000;26:399-407.
3. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, Moreno JA, de la Cruz Amorós E, Abengozar Muela R. *Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso*. Prev Tab 2002;4(3):147-155.
4. Badiola Villa C. *Revisión sobre el tratamiento con bupropión*. Prev Tab 2002;4(4):184-190.
5. Plan de Prevención y tratamiento del tabaquismo en Castilla-La Mancha 2003-2010. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Noviembre de 2002.
6. Pardell H, Saltó E, Jançe M, Salleras L. *Impacto sanitario y económico del tabaquismo*. Prev Tab 2001;3(4):245-250.
7. De Granda Orive JI. *Tabaquismo. Breve guía de tratamiento*. JANO 2003;65(1480):57-58.
8. Blasco Oliete M, Sanz Cuesta T, Girbés Fontana M, Pascual Malanda M, Ortiz Valdepeñas J, García López L. *Efectividad de dos intervenciones sanitarias para conseguir el abandono del consumo de tabaco en embarazadas*. Aten Primaria 2004;33(5): 277-83.
9. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. *Guía de procedimiento para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. SEMERGEN 2001;27:413-414.
10. Cabezas Peña. *Novedades en la intervención sobre el consumo de tabaco desde la atención primaria*. Aten Primaria 2000;25:140-146.
11. Clemente Jiménez ML; Pérez Trullén A, Carreras Castellet JM. *Tratamiento farmacológico del tabaquismo*. FMC 1998;5:329-336.
12. Sampablo Lauro I, Angrill Paxeras J. *Actualización en el tratamiento del tabaquismo*. Arch Bronconeumol 2004;40:123-132.
13. Barrueco Ferrero M, Torrecilla García M, Hernández Mezquita MA. *Abordaje del tabaquismo. Tratamiento farmacológico de la dependencia nicotínica*. JANO 2001;60(1390):64-72.
14. Chamorro García L, Elices Urbano N, Tomás Vallés A. *Guía clínica sobre la dependencia a nicotina*. SEMERGEN 2002;28(9):484-488.
15. Prochazka J, DiClemente C. *Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change*. J Clin Psychol 1983;3:390-395.
16. Heatherton TF, Kozlowsky LT, Frecker RC, Baker T, Whister W, Fagerström KO. *The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire*. Br J Addict 1991;86:1119-1127.
17. Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A, Jané C. *Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria*. Aten Primaria 2000;25:32-36.
18. Carreras Castellet JM, Quesada Laborda M, Maldonado Aróstegui B, Sánchez Agudo L. *Terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento actual del tabaquismo*. Prev Tab 2003;5(1):19-81.
19. Sampablo Lauro I, Carreras JM, Lores L, Quesada M, Coll F, Sánchez Agudo L. *Deshabitación tabáquica y bupropión: la ansiedad y la depresión como índices de eficacia terapéutica*. Arch Bronconeumol 2002;38(8):351-355.
20. Guía farmacológica Fisterra. Bupropión. Consulta 25/09/2004. <http://www.fisterra.com/medicamentos/ficha.asp?cid=152>.
21. Martín Cantera C, Ferrer Moret S. *Bupropión: un tratamiento no nicotínico para dejar de fumar*. FMC 2001;8:343-348.
22. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, et al. *Usar bupropión durante un año no mejora la proporción de recaídas pero retrasa su aparición y se asocia con menos aumento de peso*. FMC 2002;9(6):449-470.

# REVISIÓN RAZONADA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES POLIMEDICADOS: FIERABRÁS

**Maciá Martínez, M.A. (Médico Especialista en Farmacología Clínica. Jefe Servicio de Uso Racional de Medicamentos. Área de Farmacia. SESCAM)**

*Lo que le ruego a vuestra merced es que se cure; que leva mucha sangre de esa oreja; que aquí traigo hilas y un poco de unguento blanco en las alforjas.*

*-Todo eso fuera bien excusado -respondió don Quijote- si a mi se me acordara de hacer una redoma del bálsamo de Fierabrás, que con sola una gota se ahorrarán tiempo y medicinas.*

*(Miguel de Cervantes. El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha, cap. X. Madrid, 1605).*

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, la disponibilidad de fármacos eficaces en un creciente número de patologías, o la utilización de medicamentos en la prevención primaria o secundaria de diferentes enfermedades crónicas durante tiempo prolongado, son factores que contribuyen a encontrarnos con mucha frecuencia con pacientes a los que se les prescriben cuatro o cinco medicamentos de forma regular, sin contar con la adición de tratamientos para reagudizaciones de problemas crónicos, la administración ocasional de medicamentos para procesos agudos, o la automedicación con productos, suplementos dietéticos o plantas medicinales que escapan al control o conocimiento del médico. Esta situación es particularmente frecuente en los pacientes mayores de 64 años, de los que un 22% consumen habitualmente más de dos medicamentos (1).

Aunque, lógicamente la administración simultánea y de forma crónica a un paciente de diferentes medicamentos puede estar clínicamente justificada, no es menos cierto que cuanto mayor es el número de medicamentos que recibe un paciente, mayor es el riesgo de prescripciones inadecuadas con probables consecuencias negativas para su salud (2,3), algunas de las cuales se resumen en la Tabla 1. Además, diversos autores (4,5) han reconocido factores o situaciones en las que es más probable ese uso inadecuado (tabla 2).

El médico prescriptor, en la mayoría de las ocasiones el médico de atención primaria, se encuentra con frecuencia en la perspectiva de reconocer el problema, al encontrarse en la consulta con pacientes en los que se presenta la decisión de continuar o no con la prescripción de diferentes tratamientos, cuya necesidad y efectos adversos con demasiada frecuencia no ha habido ocasión de revisar con anterioridad. Además, la