



HOSPITAL
DE SANTA MARIA



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



InfoTabaco

El informe del experto en tabaquismo

Número 25 / mayo 2012



La experiencia

Proyecto EX: un programa de tratamiento del tabaquismo para adolescentes

El tabaco es la segunda droga más consumida entre los estudiantes españoles de 14 a 18 años. Según la última encuesta escolar del Plan Nacional sobre Drogas, el 45% de estudiantes ha fumado alguna vez y el 32% son fumadores habituales. La edad media de inicio son los 13 años. Se sabe, además, que la mayoría de adolescentes fumadores continuarán fumando de adultos. Los fumadores tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud y algunos de ellos pueden empezar a darse en la adolescencia. Por ello, cuanto antes se abandone el hábito, antes se minimizan los efectos negativos del consumo prolongado y se frena el proceso de adicción. Sin embargo, parece un objetivo complicado que un joven recién iniciado en el consumo de tabaco encuentre motivación suficiente para dejar de fumar. Se han identificado al menos tres obstáculos por los que a los adolescentes les resulta difícil dejar de fumar: la influencia social, la dependencia química y la falta de motivación para dejarlo. No obstante, es posible dejar de fumar aprendiendo habilidades como evitar o afrontar situaciones de consumo, o combatir las influencias sociales que promueven el tabaquismo. El grupo de investigación Análisis, Intervención y Terapia Aplicada con Niños y Adolescentes (AITANA), formado por profesores de psicología de la Universidad Miguel Hernández, está llevando a cabo un estudio en colaboración con la University of Southern California con la finalidad de evaluar en España un programa para el tratamiento del tabaquismo en adolescentes fumadores.

¿Qué es Proyecto EX?

Proyecto EX es un tratamiento psicológico que consiste en 8 sesiones en grupo dirigidas por un psicólogo, con el objetivo de ayudar a los participantes a dejar de fumar antes de que la adicción y las consecuencias del tabaco vayan en aumento. El programa pretende aumentar la motivación para dejar el tabaco, desarrollar habilidades personales y realizar un compromiso personal para dejar de fumar. Para ello, combina técnicas eficaces en el tratamiento del tabaquismo, como el control de la activación, la meditación, la toma de decisiones, estrategias motivacionales y técnicas de prevención de recaídas. Los resultados de estudios en otros países sobre Proyecto EX han sido muy positivos. Se han encontrado tasas de abandono del consumo del 3% al 8%, que se consideran elevadas en el campo del tabaquismo. Las tasas, teniendo en cuenta los abandonos terapéuticos, llegaron al 17%. Además, a pesar de los casos de recaída, en general los efectos se mantienen a los seis meses de seguimiento. Se considera un programa modelo por la Agencia Estadounidense de Abuso de Drogas y Salud Mental (SAMHSA; Substance Abuse and Mental Health Administration), agencia del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos.

¿Cómo funciona el programa?

Proyecto EX es un programa clínico para el cese del consumo de tabaco dirigido a escolares de entre 14 y 19 años, que se aplica en el centro escolar pero fuera de la situación académica. Proporciona estrategias para dejar de fumar que minimizan la abstinencia, como la disminución gradual o los sustitutivos de la nicotina, y las destrezas para el mantenimiento del cese, como el afrontamiento de la ansiedad postcese. Los métodos interactivos que se utilizan en este programa son el método socrático y el enfoque psicodramático. Los participantes son consumidores de tabaco o aquellos con miedo o riesgo de recaer. Se avisa a los alumnos del programa mediante presentaciones en clase, anuncios, redes sociales y por el boca a boca. A veces se puede valorar aca-

démicamente la asistencia al programa. Proyecto EX consiste en 8 sesiones de 40-45 minutos de duración. Las sesiones están diseñadas para desarrollarse durante un periodo de 6 semanas. Generalmente, se hacen dos sesiones semanales durante las dos primeras semanas, seguidas de una sesión por semana durante las 4 semanas siguientes. El tamaño del grupo puede variar entre 10 y 30 estudiantes. Durante las primeras tres sesiones no se requiere que los estudiantes dejen de fumar, sino que se preparan para reforzar su intento de dejarlo entre las sesiones cuatro, cinco y seis. Para la aplicación del programa se sigue una guía de planificación y un libro del estudiante.

Contenidos del Proyecto EX

La sesión 1, "Orientación", hace hincapié en cómo los hábitos pueden convertirse en adicciones y cómo los cigarrillos en realidad causan estrés. En la sesión 2, "El tabaco afecta tu vida", se debate el efecto del tabaco como causante de estrés tanto físico como psicológico. Se enseñan técnicas de respiración saludable, habilidades de afrontamiento y a reducir los síntomas de abstinencia. La sesión 3, "Riesgos para la salud por el uso de tabaco", aborda los efectos de los ingredientes fundamentales del tabaco. Se debaten las estadísticas de salud y tabaco, incluyendo un juego sobre los peligros de ser fumador pasivo. En la sesión 4, "Dejándolo. Paso 1: Comprometerse", los estudiantes aprenden las fases de la adicción, incluyendo los síntomas físicos y psicológicos de la abstinencia. Se debaten las estrategias para romper una adicción. En la sesión 5, "Dejándolo. Paso 2: Manejando los síntomas de abstinencia", se debate sobre cómo pueden manejarse los síntomas físicos y psicológicos de la abstinencia. La sesión 6, "Cuidando un cuerpo sano", enseña formas para evitar la ganancia de peso tras dejar de fumar y se practican movimientos basados en el yoga que pueden ayudar a aliviar los síntomas de abstinencia. La sesión 7, "Cuidando tu paz mental", aborda la diferencia entre comunicación pasiva, agresiva y asertiva. Se enseñan formas para manejar la ansiedad y discutir con argumentos. La sesión 8, "Evitar recaídas", subraya que dejar de fumar cuando se es joven es más fácil tanto física como psicológicamente. La sesión enseña cómo hacer cambios en la vida para evitar recaer.

¿Qué tiene de novedoso este programa de investigación?

En España los tratamientos para fumadores tienen un notable respaldo científico. Con efectos más modestos, los programas para prevenir el consumo también llevan años estudiándose. Hasta donde conocemos, esta es la primera intervención en España que pretende intervenir en el abandono del tabaco de forma tan temprana. Las dificultades para ello son motivar a los adolescentes para unirse al programa. La novedad del proyecto ha hecho que reciba financiación para ejecutarlo durante tres años por parte del Plan Nacional de I+D+i del Ministerio de Economía y Competitividad.

En una primera fase, el equipo de investigadores de la UMH ha adaptado el programa terapéutico para su aplicación con población española. En la segunda fase, se evalúa el programa en una versión clínica. Para ello, se han formado grupos en centros de secundaria, con los fumadores de 14 a 18 años que han querido participar. Los investigadores analizarán el efecto de características psicopatológicas (depresión, ansiedad y consumo de alcohol) y personales (motivación, eventos vitales negativos, preocupación por la ganancia de peso) como variables moduladoras en la eficacia del programa. Se observará el mantenimiento de la abstinencia y las posibles recaídas haciendo un seguimiento de los

El editorial

¿Una moto, unas vacaciones en el Caribe o un paquete de tabaco?

El último aumento del precio del tabaco deja en torno a 1.700 euros el dinero que gasta alguien que fume una cajetilla al día. Para los irreductibles que siguen aferrados al perjudicial hábito de fumar llega un nuevo embate en forma de subida del precio del tabaco. El cerco legal y social a la adicción a la nicotina sufre una nueva vuelta de tuerca y los consumidores pagan desde la semana pasada 25 céntimos más por su tabaco.

Un buen ejercicio para hacer reflexionar a los que aún se resisten a dejar el pitillo o no consiguen romper con el vicio puede ser el de pensar en qué podrían comprar con lo que gastan al año en un consumo que daña gravemente su salud.

El precio de una cajetilla de Marlboro, una de las marcas que más vende, se ha situado tras esta nueva subida en 4,50 euros. Si fijamos el consumo de un fumador medio en una cajetilla al día, el cálculo del dinero que gasta y los bienes y servicios que podría adquirir con esa cantidad resulta impactante, más en esta época de apreturas. Si destinara los aproximadamente 140 euros al mes que gasta en tabaco podría llenar al menos dos veces el depósito de su coche, pagar alguno de los recibos domésticos más costosos o, si ya tuviera estos frentes cubiertos, podría, por ejemplo, darse el gusto de comprarse un reproductor portátil de música MP3. Si es uno de esos muchos españoles fanáticos del fútbol, también podría adquirir alguno de los paquetes de servicios televisivos que permiten disfrutar de los mejores partidos en casa.

Una moto o unas vacaciones.

Pero la cosa se vuelve escalofriante si estos cálculos se hacen a un año. En este lapso, nuestro fumador medio habría dilapidado nada menos que 1.674 euros en cigarrillos. Una cantidad equiparable a una paga mensual de muchos trabajadores de este país. O sea, que uno de los meses del año, trabaja solo para pagarse un hábito que además puede ocasionarle serios problemas de salud. En lugar de dejárselo en el estanco podría enviar alguno de sus hijos a pasar un verano estudiando inglés en el extranjero, haberse pegado unas señoras vacaciones en el Caribe o comprarse una moto Scooter para desplazarse por la ciudad.

El etcétera de posibilidades alternativas en las que gastarse tanto dinero es muy largo. El mejor consejo, uno solo: deje de fumar.

Servicio de noticias de lasDrogas.info
Fuente: abc.es / 9 de abril del 2012

participantes. Con esta fase se valorará la eficacia del programa. En una tercera fase se evaluará la modalidad educativa del programa. En esta versión no se requiere la formación de grupos de jóvenes fumadores, sino que las sesiones se desarrollan en el aula, participando de manera conjunta los escolares que fuman y los que no. El programa en evaluaciones realizadas tiene un efecto preventivo en los no fumadores y terapéutico en aquellos que fuman.

Para recibir más información sobre el programa y/o participar en el estudio pueden consultar <http://aitanainvestigacion.umh.es>.

Dr. José Pedro Espada
Universidad Miguel Hernández / Elche



©matías

Carta de una paciente

Postal



Hola,

Como ves, te escribo desde Estambul.

Me siento una otomana paseando por el Gran Bazar con la cartera llena de liras turcas. Y todo gracias a la casa Philip Morris, de la que durante muchos años he sido una fiel cliente de sus productos, pero desde hace algo más de cinco meses, lo he dejado de ser.

Así que recolocando los parámetros de mi economía, el dinerito que dejaba en el es-

tanco lo meto en una lata con forma de hucha cada semana, y a lo tonto a lo tonto, el viaje me ha salido gratis. Eso sí... pienso comprar otra al llegar a España para empezar de nuevo.

Y nada más, el mundo es muy grande, hay muchos sitios que visitar y pienso ir un año tras otro gracias a mi ex amigo, el tabaco. Un ex amigo al que siempre tengo presente, cada día de mi vida, para que no se vuelva a meter en ella al mínimo despiste.

Nos vemos a la vuelta. Un abrazo.

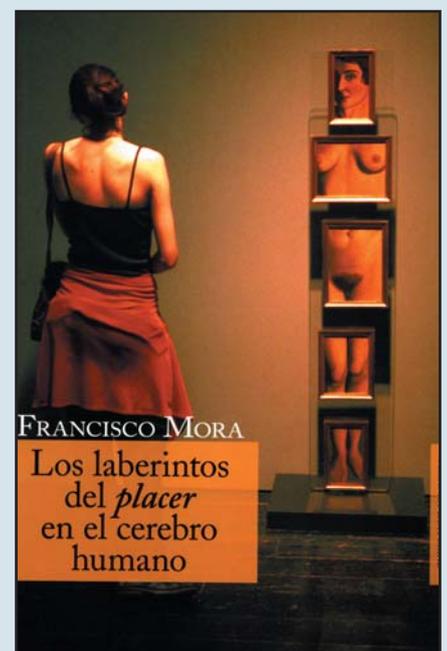
Rosa

Los laberintos del placer

¿Cuál fue el origen del placer? ¿Dónde están depositados en el cerebro los mecanismos que ponen en marcha conductas tan placenteras como comer, beber, la actividad sexual, dormir o jugar? ¿Existe el placer puro, inútil, sin más que en sí mismo? ¿Por qué se emborrachan los elefantes en la selva? ¿Por qué existe la drogadicción? ¿Activan el café, tabaco y alcohol las mismas vías cerebrales del placer y la recompensa? ¿Qué permitió al cerebro encontrar la belleza? ¿Por qué son placenteras la música, la pintura, la escultura o la arquitectura? ¿Se alcanza la felicidad a través del placer? ¿Es el placer la moneda con la que el cerebro valora y toma decisiones para actuar en el mundo? Sobre estas y otras muchas cuestiones se reflexiona y especula en las páginas de este libro. En él se ofrece una perspectiva que va desde las primeras trazas de la recompensa en los seres unicelulares hasta el placer sublime de las ideas en el hombre.

El placer, la recompensa y la evitación del daño y el dolor son el centro del mundo biológico. Es una idea central esculpida a fuego en lo más profundo del cerebro de todos los seres vivos que pueblan la Tierra y puesta en marcha ya desde el origen mismo de la vida.

Francisco Mora





Abordaje psicoterapéutico de una fumadora ambivalente en una consulta de drogodependencias

Punto de partida

Una mujer de 54 años acude sola al Servicio de Drogodependencias del hospital de referencia. La atiende una psicóloga clínica experta en tabaquismo. La paciente viene por iniciativa propia y pide ayuda para dejar de fumar.

Refiere que hace tres años murió su hermana gemela en el hospital, víctima de un cáncer de pulmón. Esta era fumadora y le decía: "No entienden como con lo que me pasa a mí, tú sigues encendiendo un cigarrillo detrás de otro...". Un año después de este fallecimiento pidió visita al Servicio de Neumología para descartar patología respiratoria. Se le diagnosticó enfisema y EPOC, de modo que se le aconsejó acudir a Drogodependencias para dejar de fumar. Sin embargo, no lo hizo.

En la primera visita se observa que es una persona muy ansiosa. Refiere que suele evitar ir al médico aunque se encuentre mal. Manifiesta baja autoestima.

Información de la paciente

Familia de origen: pertenece a una familia con tres hermanas. La mayor, no fumadora, ella y la gemela, fumadoras.

Los padres son no fumadores, la madre vive en una residencia después de haber sufrido una embolia y el padre solo en un piso. Ambos están enfermos y demandan mucha atención.

Familia nuclear: se divorció cuando sus hijos tenían pocos años y ella los ha criado sola. Actualmente, la paciente vive sola y sus hijos están casados: un hijo fumador y una hija no fumadora.

Trabaja en la limpieza de unas oficinas y en su tiempo libre cuida de los nietos y de los padres. No consume otras sustancias.

Diagnóstico del fumador

Fuma 20 cigarrillos/día. CO=15 ppm (3 cig.). Refiere no haber dejado nunca de fumar. Se inició a los 16 años. Se encuentra en fase de contemplación y preparación dispuesta a la acción. Fuma por placer-relajación y por reducción de estados

negativos (Test de West-Rusell: 8 y 7). Tiene un nivel de dependencia alto (Test de Fargerström: 6) y un elevado grado de motivación (Test de Richmond: 8). Los motivos que refiere para dejar de fumar son la salud y la prevención del cáncer, también por la presión familiar ejercida por parte de sus hijos. Valorada la autoeficacia con la escala analógica visual, la paciente presenta un nivel moderadamente alto, ya que si bien considera que es muy importante para ella, no confía mucho en conseguirlo (importancia: 9 y confianza: 5).

Proceso de intervención

El proceso terapéutico duró un año y se realizaron 12 intervenciones. La terapia farmacológica utilizada fue la TSN. Se distinguen tres etapas.

La fase de euforia (primer mes):

Se hicieron 4 visitas. Se pactó una reducción del consumo con chicles de nicotina de 2 mg y se fijó un día D para ponerse el parche de nicotina de 21 mg/24 h. En el seguimiento acudió contenta por no fumar y dudaba de su capacidad para conseguirlo: "No puedo creerlo, es el parche o es mi cabeza." Quería ir rápido y decidió bajar la dosis del parche a 7 mg. Hizo algunos cambios, como salir a caminar. Mejoró la piel y aumentó la expectoración. Se confirmó la abstinencia con CO.

La fase de duelo (segundo mes):

Se hicieron 2 visitas. En ambas refirió recaídas: "No fumo... Bueno, solo he fumado 2 cigarrillos", "con las amigas", "es cuestión de voluntad", "si no fuera por mi hermana". Se abordaron las fantasías de control y se creó discrepancia sin discutir. Se trató el tema de su hermana. Se elaboraron ambos duelos, la pérdida de alguien querido y de lo que representaba el tabaco para ella. Se había quitado los parches y finalmente aceptó volver a tomar comprimidos de nicotina.

La fase de normalización (tercero a noveno mes):

Se hicieron 3 visitas y 2 seguimientos telefónicos. Se la llamó cuando no acudió. Reconoció fumar puntualmente. Se había engordado. Se puso unos días los parches, pero los volvió a dejar. Empezó a hacer ejercicio físico y se arregló la dentadura. Confiaba en que la ley del 2010 sobre la prohibición de fumar le ayudaría cuando saliera con amigas fumadoras. Mantuvimos una relación de confianza y hablamos de otros temas que le preocupaban, como la salud de sus padres, el cuidado de los nietos y el desapego de sus hijos.

La fase de consolidación (doceavo mes):

Una visita al cabo de un año. Refirió: "No fumo... Bueno, en Navidad solo 2 cigarrillos". No usaba TSN. El CO fue de 0 ppm. Estaba contenta, había

mejorado físicamente y declaraba estar decidida a no fumar. Se realizó prevención de recaídas abordando situaciones de riesgo por motivos sociales y emocionales. Se le recomendó tener disponible TSN oral y utilizarlo en situación de *craving*. De mutuo acuerdo se le dio el alta, ofreciendo la posibilidad de volver si recaía.

Situación actual

Un año después del alta la paciente no ha vuelto a pedir visita.

Consideramos que se han cumplido los objetivos pactados, aunque la abstinencia sea relativa debido a las recaídas puntuales en el consumo. Desde una perspectiva de reducción de riesgos, podemos valorar que la paciente se ha puesto en contacto con el sistema sanitario y su calidad de vida ha mejorado. La TSN ha sido útil. A través de un abordaje psicoterapéutico se han integrado diferentes aspectos que preocupaban a la paciente, consiguiendo un bienestar y una estabilidad emocionales que le permiten seguir evolucionando.

La paciente había estado tres años en fase de contemplación. Expresó como motivo principal la salud y la prevención de enfermedades, pero se observaron otros motivos implícitos.

La muerte de alguien tan cercano le había producido un fuerte impacto emocional y este fue el detonante para contemplar seriamente el abandono del tabaco. Tanto la pérdida como los temores que le suscitaban le motivaron a pedir ayuda.

La ambivalencia respecto a fumar o no fumar ha estado presente en todo el proceso terapéutico. Para su abordaje se han utilizado elementos de la entrevista motivacional de Miller y Rolnick, del modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente, de la teoría del balance decisional de Jannis y Mann, y de las expectativas de autoeficacia de Bandura.

Reus, mayo de 2012.

Pilar Roig Cutillas

Psicóloga clínica
Servicio de Drogodependencias
Hospital Universitario de Sant Joan
Reus

Tel. 977 30 85 44 / Fax: 977 31 12 64
E-mail: proig@grupsgassa.com



Abordaje del paciente cardiovascular

Está ampliamente demostrado que el tabaco es uno de los principales factores de riesgo en la génesis de la aterosclerosis y, consecuentemente, de enfermedades cardiovasculares (ECV) como la cardiopatía isquémica, los accidentes vasculares cerebrales y la enfermedad vascular periférica.

La mayor parte de las muertes provocadas por el tabaco están ocasionadas por estas enfermedades, empezando a producirse entre los 20 y 30 años de haber iniciado su consumo. Pero existe una significativa reducción de la mortalidad en pacientes con enfermedad cardiovascular estable cuando dejan de fumar.

Por dichos motivos, el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador y del paciente con ECV debe comportar la implicación del cardiólogo.

Tabaco y enfermedad cardiovascular

Como en otras enfermedades provocadas por el tabaco, el desarrollo de la aterosclerosis depende del número de cigarrillos diarios consumidos y del tiempo de duración de la adicción. Pero en las ECV debe destacarse una afectación aguda relacionada directamente con el consumo y exposición a los componentes del humo del tabaco, responsables de cambios hemodinámicos, alteraciones endoteliales y efectos trombogénicos.

La nicotina activa el sistema nervioso simpático con liberación de catecolaminas que inducen un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial sistólica y diastólica, determinando un aumento del consumo de oxígeno miocárdico

durante unos 30 minutos. El monóxido de carbono contribuirá a estas alteraciones hemodinámicas aumentando el grado de isquemia miocárdica.

Incluso un único cigarrillo puede provocar una disfunción endotelial al disminuir los niveles de óxido nítrico endotelial y aumentar la endotelina-1, provocando vasoconstricción y vasoespasmos arteriales que disminuyen el flujo sanguíneo, independientemente de la existencia o no de lesiones ateroscleróticas previas.

Se observan alteraciones de la agregación y de la membrana plaquetaria que producen una progresión de las placas ateroscleróticas. La elevación de los niveles de trombina y fibrinógeno aumentarán la trombogenicidad, especialmente en puntos de estenosis vascular o ruptura de placa, incrementando el riesgo de síndromes vasculares agudos.

Otros factores de riesgo cardiovascular, como la HTA o la hipercolesterolemia, se ven potenciados por el consumo de tabaco, produciendo un riesgo mucho mayor del que provocarían de manera aislada. Así, en fumadores, la incidencia de infarto de miocardio (IAM) no fatal es el triple mayor y la de IAM fatal, el cuádruple.

Beneficios al dejar de fumar

No existen alternativas para disminuir los efectos perjudiciales del tabaco.

El deporte no elimina los efectos del tabaco, y fumar después de practicar deporte implica el riesgo de presentar vasoespasmos coronarios. Por ello, si bien es recomendable un ejercicio físico como caminar, antes de realizar deportes que requieran regularidad o esfuerzos moderados, todo fumador debería someterse a un estudio cardiológico.

A partir de la abstinencia tabáquica se observa una mejoría progresiva de la disfunción endotelial, de la agregación plaquetaria y del cociente HDL/LDL. Los pacientes con ECV presentan una reducción de la mortalidad por cualquier causa del 36% y una disminución de eventos cardiovasculares, incluso en aquellos que han dejado de fumar recientemente. La cesación tabáquica proporciona una mayor reducción del riesgo de mortalidad que el efecto de cualquier otra intervención o tratamiento.

Implicación del cardiólogo

Pese a la evidencia de los efectos del tabaco, la mayoría de pacientes con una ECV o un síndrome coronario agudo (SCA) no reciben recomendaciones para dejar de fumar al ser dados de alta. El estudio EUROASPIRE III (1995-2000) objetivó que, tras presentar un SCA, el 70,8% de los fumadores no fumaba a los 6 meses, pero de ellos únicamente el 14,3% había recibido algún consejo o tratamiento. A los 12 meses sólo permanecían abstinentes el 50%.

La tasa inicial de abstinencia es debida al alto grado de motivación del paciente hospitalizado.

Muchos pacientes piensan que pueden dejar el tabaco sin ayuda, pero para mejorar resultados y evitar recaídas debemos instaurar las medidas de soporte y tratamiento necesarios.

¿Cuál debería ser el papel del cardiólogo?

El control y tratamiento del paciente fumador requiere una implicación continua, debiendo recordar y preguntar sobre el hábito de fumar, factor de riesgo indispensable en prevención secundaria.

El tiempo disponible de consulta, la necesidad de una formación específica, la disponibilidad de fármacos en consultas y hospitales o el coste de los tratamientos son factores que limitan la actuación y el control del paciente, derivados a Unidades de Tabaquismo o Atención Primaria en el mejor de los casos.

Así, los consejos y el uso de tratamientos basados en la evidencia serán de gran importancia.

Las intervenciones sistemáticas en la práctica clínica habitual implican poco tiempo, lo que ayuda a motivar al paciente:

- Preguntas: ¿Usted fuma? ¿Todavía fuma?
- Consejos: ¿Quiere dejar de fumar?
- Ayudas: ¿Sabe cómo hacerlo? ¿Puedo ayudarle?

Los tratamientos farmacológicos aumentan las probabilidades de éxito y disminuyen los síntomas provocados por la abstinencia.

Los pacientes cardiológicos pueden recibir cualquier tratamiento de primera elección como vareniclina, terapia sustitutiva de la nicotina o bupropión, según su eficacia, experiencia, historia clínica o posibles interacciones con otros fármacos, en forma de monoterapia o tratamiento combinado de acuerdo con las guías terapéuticas.

Pero muchos fumadores con ECV vuelven a fumar después de su hospitalización. La prevalencia de síntomas depresivos es del 22-24%, presentando síntomas de abstinencia más severos que contribuyen a la recaída.

El tratamiento farmacológico asociado a intervenciones de orientación intensiva es el tratamiento más eficaz.

En todos los casos siempre será mejor la utilización de cualquier fármaco que el consumo y la exposición a los tóxicos del humo del tabaco.

En conclusión, es imprescindible la implicación de todos los profesionales sanitarios en el tratamiento del tabaquismo. Identificar, aconsejar y motivar a los pacien-

tes fumadores permitirá ofrecerles el tratamiento y consejos de apoyo adecuados, que junto a una atención continuada y a la utilización de terapias de apoyo psicológico, ayudarán a garantizar el mejor pronóstico y calidad de vida de nuestros pacientes.

Dr. Carles Fontanals Allué
Servicio de Cardiología. Centro Médico Teknon de Barcelona
Societat Catalana pel Control i Tractament del Tabaquisme

La actualidad

Nicotina y peso



¿Qué sucede con el peso cuando se deja de fumar?

Diversos estudios han demostrado que el abandono del hábito tabáquico tiene influencia en la ganancia de peso.

La relación que existe entre la nicotina y la pérdida de peso es debida a que la nicotina inhibe la formación de nueva grasa corporal, oxida la grasa de nuestra corriente sanguínea y la aprovecha para generar energía. La nicotina reduce la actividad de la lipoproteína lipasa en las células grasas. El acúmulo de grasa corporal resulta más difícil porque sin lipoproteína lipasa en una célula grasa el triglicérido no se descompone en ácidos grasos y éstos no se acumulan en la célula. Además, la nicotina aumenta la lipoproteína lipasa en las células musculares y en consecuencia nuestro cuerpo quema en grasa corporal eficientemente.

La nicotina favorece a largo plazo el desarrollo de resistencia a la insulina.

La fisiopatología de la resistencia a la insulina está relacionada con un cierto grado de anomalías en el metabolismo de los ácidos grasos. Este hecho provoca la deposición de lípidos al músculo y al hígado causando una pérdida de sensibilidad a la insulina en estos tejidos. La resistencia a la insulina requiere una secreción aumentada de insulina por parte del páncreas para mantener los niveles normales de glucosa en sangre. Por tanto, el tabaco es un factor de riesgo cardiovascular porque desajusta el equilibrio y la coordinación entre glucosa e insulina.

La resistencia a la insulina tras el cese tabáquico se encuentra fuertemente asociada con el grado de obesidad. Además, el incremento que se produce durante el proceso de deshabitación de la presión arterial diastólica, las lipoproteínas de baja densidad (LDL), los triglicéridos y la grasa abdominal pueden constituir determinantes de mayor importancia en la resistencia a la insulina que los efectos directos del tabaquismo.

Desirée Mateu Casan
Diplomada en Nutrición Humana y Dietética

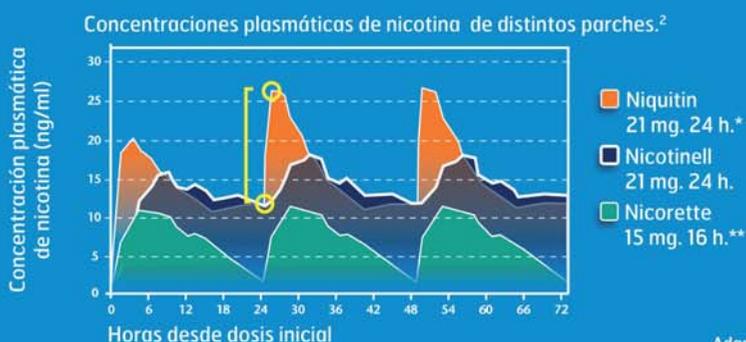
Nicotinell[®]

NICOTINA

Ayuda para dejar de fumar para sus pacientes



> Liberación constante y estable de nicotina durante 24 horas¹



> Aumenta un **50%-70%** la probabilidad de dejar de fumar³

> Alto perfil de **seguridad y buena tolerancia**^{4,5} gracias a su experiencia de más de 15 años en el mercado⁶

> El uso de la Terapia Substitutiva de Nicotina **no aumenta la ansiedad ni los síntomas depresivos**⁷ de los pacientes

NICOTINELL® PARCHES TRANSDÉRMICOS

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Nicotinell 7 mg/24 horas parche transdérmico. Nicotinell 14 mg/24 horas parche transdérmico. Nicotinell 21 mg/24 horas parche transdérmico. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Nicotinell 7 mg/24 horas parche transdérmico: Cada parche transdérmico contiene 17,5 mg de nicotina en un parche de 10 cm² que libera una cantidad nominal de 7 mg de nicotina durante 24 horas. Nicotinell 14 mg/24 horas parche transdérmico: Cada parche transdérmico contiene 35,0 mg de nicotina en un parche de 20 cm² que libera una cantidad nominal de 14 mg de nicotina durante 24 horas. Nicotinell 21 mg/24 horas parche transdérmico: Cada parche transdérmico contiene 52,5 mg de nicotina en un parche de 30 cm² que libera una cantidad nominal de 21 mg de nicotina durante 24 horas. Para la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Parche transdérmico. Parche transdérmico redondo con matriz perforada y lámina de soporte amarilla-ocre. La dosis de 7 mg/24 horas está marcada con CWC. La dosis de 14 mg/24 horas está marcada con FEF. La dosis de 21 mg/24 horas está marcada con EME. **4. DATOS CLÍNICOS** 4.1 Indicaciones terapéuticas. Alivio de los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina, en la dependencia a la nicotina como ayuda para dejar de fumar. El asesoramiento y el apoyo al fumador, normalmente mejoran las posibilidades de éxito. 4.2 Posología y forma de administración. Los pacientes deben dejar de fumar completamente durante el tratamiento con Nicotinell. Los parches transdérmicos tampoco deben utilizarse simultáneamente con otra forma farmacéutica de la terapia sustitutiva de nicotina, como los chicles medicamentosos o los comprimidos para chupar, a menos que se realice bajo estricta supervisión médica. Posología. Nicotinell parche transdérmico se encuentra disponible en tres dosis: 7mg/24horas, 14mg/24horas y 21mg/24horas. Adultos. El grado de dependencia de nicotina se tiene que determinar según el número de cigarrillos fumados al día o con el Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström (test disponible en el prospecto).

	Fase inicial 3 a 4 semanas	Seguimiento del tratamiento 3 a 4 semanas	Retirada del tratamiento 3 a 4 semanas
Puntuación del test de Fagerström mayor o igual a 5 ó fumadores de 20 ó más cigarrillos al día	Nicotinell 21mg/24h	Nicotinell 14mg/24h o Nicotinell 21mg/24h*	Nicotinell 7mg/24h o Nicotinell 14mg/24h y luego Nicotinell 7mg/24h*
Puntuación del test de Fagerström inferior a 5 ó fumadores de menos de 20 cigarrillos al día	Nicotinell 14mg/24h o aumentar a Nicotinell 21mg/24h*	Nicotinell 7mg/24h** o Nicotinell 14mg/24h	Suspensión del tratamiento** o Nicotinell 7mg/24h

* en función de los resultados obtenidos en los síntomas de abstinencia. ** si los resultados son satisfactorios.

La dosis del parche transdérmico se tiene que adaptar a la respuesta individual: se debe aumentar si la abstinencia tabáquica no es total o si se observan síntomas de abstinencia y se debe disminuir si se sospecha una sobredosis. La duración del tratamiento es de unos 3 meses, pero puede variar en función de la respuesta individual. Este medicamento no debe utilizarse durante más de 6 meses, a menos que el médico lo recomiende y supervise. Niños y adolescentes (< 18 años). Nicotinell no debe administrarse a menores de 18 años sin la recomendación de un profesional sanitario. No existe experiencia clínica de tratamiento de adolescentes menores de 18 años con Nicotinell. Forma de administración. Después de abrir el sobre, debe aplicarse el parche sobre un área de piel seca, sin lesiones cutáneas y con poco vello (omóplato, cadera, superficie lateral de los brazos, etc.). Se tiene que aplicar un parche nuevo cada 24 horas, en un lugar distinto al anterior. Durante la manipulación del parche, debe evitarse el contacto con los ojos y la nariz y deben lavarse las manos después de su aplicación. 4.3 Contraindicaciones -No fumadores o fumadores ocasionales. -Hipersensibilidad a la nicotina o a cualquiera de los excipientes. 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo. Los fumadores dependientes que han padecido un infarto de miocardio reciente o que presentan angina de pecho inestable o agravada (incluyendo la angina de Prinzmetal), arritmias cardíacas severas, hipertensión no controlada o accidente cerebrovascular reciente, deben ser animados a abandonar el tabaco mediante terapias no farmacológicas (como asesoramiento psicológico). Si no se consigue de este modo, puede considerarse el tratamiento con Nicotinell pero sólo bajo supervisión médica, ya que los datos de seguridad de los que se dispone en este grupo de pacientes son limitados. Nicotinell debe utilizarse con precaución en pacientes con: - hipertensión grave, angina de pecho estable, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica oclusiva, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, hipertiroidismo o feocromocitoma, -insuficiencia hepática y/o renal grave, -úlceras pépticas activas. La nicotina es una sustancia tóxica. Las dosis de nicotina que son toleradas por fumadores adultos durante el tratamiento pueden producir síntomas graves de intoxicación en niños pequeños y pueden llegar a ser mortales (ver sección 4.9). Incluso los parches de nicotina utilizados contienen una cantidad suficiente de nicotina residual que puede ser perjudicial para los niños. Nicotinell debe mantenerse fuera del alcance y de la vista de los niños. Nicotinell parches transdérmicos debe utilizarse con precaución en pieles dañadas (ver sección 4.2). En caso de reacción cutánea grave o persistente, debe interrumpirse el tratamiento y utilizarse otra forma farmacéutica. 4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. El fumar, pero no la nicotina, se ha asociado con un incremento de la actividad CYP1A2. Tras dejar de fumar, puede producirse una disminución del aclaramiento de sustratos de esta enzima y un aumento de los niveles plasmáticos de algunos medicamentos, de potencial importancia clínica debido a su estrecha ventana terapéutica, como la teofilina, la ropinorol, la clozapina y la olanzapina. El tabaquismo puede ocasionar una reducción de los efectos analgésicos de opioides (ej. dextropropoxifeno, pentazocina), respuesta diurética reducida a la furosemida, disminución del efecto de antagonistas beta-adrenérgicos (ej. propranolol) en la reducción de la tensión sanguínea y de la frecuencia cardíaca y tasas de respuesta disminuidas en la curación de úlceras con antagonistas H2. El tabaquismo y la nicotina pueden aumentar los niveles sanguíneos de cortisol y catecolaminas, por lo que puede darse una disminución del efecto del nifedipino o de los antagonistas adrenérgicos y un aumento de los agonistas adrenérgicos. Puede ser necesario reducir la dosis de insulina ya que el abandono del tabaco produce un incremento de la absorción subcutánea de la insulina. 4.6 Embarazo y lactancia. Embarazo. En las mujeres embarazadas debe recomendarse siempre el abandono completo del tabaco sin terapia sustitutiva de nicotina. Fumar puede ser la causa de retraso en el crecimiento intrauterino y de la muerte del feto en el útero, parto prematuro e hipotrofia neonatal en mujeres embarazadas, efectos que parecen estar relacionados con la duración de la exposición al tabaco durante el embarazo, ya que estos efectos se observan cuando se mantiene la exposición al tabaco durante el tercer trimestre. En caso de mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes que no consiguen abandonar el tabaco, deben consultar a un profesional sanitario antes de empezar ninguna terapia sustitutiva de nicotina. Dejar de fumar, con o sin terapia sustitutiva de nicotina, no debe considerarse una medida aislada, sino dentro de una estrategia terapéutica global en la que se tenga en cuenta el contexto psicológico y sociológico, así como cualquier otra posible dependencia asociada. Se aconseja acudir a un centro especializado para obtener ayuda para dejar de fumar. La nicotina del tratamiento sustitutivo no está exenta de reacciones adversas en el feto, como lo evidencian los efectos hemodinámicos observados durante el tercer trimestre (p. ej. cambios en el ritmo cardíaco fetal) que pueden afectar al feto cerca del parto. Aún así, el riesgo para el feto es probablemente menor que el que supone el tabaco, debido a: menor concentración de nicotina plasmática máxima que con la nicotina inhalada, y en consecuencia menor o no mayor exposición que la asociada al fumar. ausencia de exposición adicional a hidrocarburos policíclicos y monóxido de carbono. Por lo tanto, después del sexto mes de embarazo los parches sólo deben usarse en embarazadas fumadoras que no han conseguido dejar de fumar en el tercer trimestre, siempre bajo supervisión médica. Lactancia. La nicotina se excreta en la leche materna en cantidades que pueden afectar al lactante, incluso a dosis terapéuticas. En consecuencia, durante el período de lactancia debe evitarse la utilización de productos de terapia sustitutiva a la nicotina, al igual que el hecho de fumar. Si no se ha conseguido dejar de fumar, es preferible el uso de formas orales que el de parches. El uso de los parches durante la lactancia sólo debe iniciarse después de haber consultado a un médico. 4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. No existe evidencia de riesgos relacionados con la capacidad para conducir o para utilizar maquinaria cuando el parche se usa a la dosis recomendada. No obstante, se debe tener en consideración que dejar de fumar puede provocar cambios de comportamiento. 4.8 Reacciones adversas. En principio, Nicotinell parches transdérmicos puede provocar reacciones adversas similares a las asociadas a la nicotina administrada al fumar.

Sistema de Clasificación de Órganos (clasificación MedDRA)	MUY FRECUENTES (≥ 1/10)	FRECUENTES (≥ 1/100 a < 1/10)	POCO FRECUENTES (≥ 1/1.000 a < 1/100)	RARAS (≥ 1/10.000 a < 1/1.000)
Trastorno del sistema inmunológico	---	---	---	Urticaria, erupción, prurito a veces generalizado, angioedema
Trastornos psiquiátricos	---	Insomnio	Trastornos del sueño	---
Trastornos del sistema nervioso	---	Mareos, cefalea	---	---
Trastornos cardíacos	---	---	Palpitaciones	---
Trastornos gastrointestinales	---	Náuseas	Vómitos	---
Trastornos musculoesqueléticos, del tejido conjuntivo y óseos	---	Dolor muscular localizado	---	---
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Reacciones del lugar de aplicación como eritema y prurito	Reacciones del lugar de aplicación como edema y sensación de escozor	---	---

Reacciones adversas adicionales basadas en notificaciones espontáneas incluyen parestesia en el lugar de aplicación que puede difundirse más allá del lugar de aplicación del parche. Su incidencia es desconocida. En la gran mayoría de los casos, estos efectos son moderados y remiten de forma espontánea y rápida después de quitarse el parche. En caso de que aparezcan reacciones cutáneas graves o persistentes, debe interrumpirse el tratamiento y utilizar otra forma de sustitución de la nicotina. Algunos síntomas como los mareos, la cefalea y el insomnio pueden estar relacionados con el hecho de dejar de fumar. Después de dejar de fumar también puede aumentar la aparición de aftas bucales. No se ha demostrado claramente ninguna relación causal. 4.9 Sobredosis. En caso de sobredosis, pueden observarse síntomas similares a los que se producen al fumar gran cantidad de tabaco. La dosis aguda letal de nicotina por vía oral es, aproximadamente, de 0,5 mg a 0,75 mg por kg de peso corporal, lo que en un adulto corresponde a 40-60 mg. Incluso pequeñas cantidades de nicotina son peligrosas para los niños y pueden derivar en síntomas graves de intoxicación, que pueden llegar a ser mortales. Si se sospecha intoxicación en un niño, debe consultarse a un médico inmediatamente. La sobredosis con Nicotinell parches transdérmicos puede darse si se aplican muchos parches simultáneamente en la piel. Los síntomas generales de intoxicación con nicotina incluyen: debilidad, sudoración, salivación, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, alteraciones en la vista y oído, dolor de cabeza, taquicardia y arritmia cardíaca, disnea, postración, colapso circulatorio, coma y convulsiones terminales. Tratamiento de la sobredosis: Tras la sobredosis, los síntomas aparecen de forma rápida, particularmente en niños. Debe interrumpirse la administración de nicotina inmediatamente e instaurar un tratamiento sintomático. Monitorizar los signos vitales. **6. DATOS FARMACÉUTICOS** 6.1 Lista de excipientes. Solución del fármaco: Copolímero básico de metacrilato de butilo (Eudragit E 100). Capa externa: Lámina de políester recubierta de aluminio. Capa matriz: Copolímero de acrilato-acetato de vinilo (Duro-Tak 387-2516). Triglicéridos de cadena media (Miglyol 812). Copolímero básico de metacrilato de butilo (Eudragit E 100). Soporte no tejido: Papel de 26 g/m². Capa adhesiva: Copolímero de acrilato-acetato de vinilo (Duro-Tak 387-2516). Triglicéridos de cadena media (Miglyol 812). Película protectora extraíble: Lámina de políester aluminizado siliconado. 6.2 Incompatibilidades. No procede. 6.3 Período de validez 3 años. 6.4 Precauciones especiales de conservación. No conservar a temperatura superior a 25°C. 6.5 Naturaleza y contenido del envase. Un parche transdérmico por sobre (papel/aluminio/poliamida/poliacrilonitrilo). Envases de 7, 14, 21 y 28 sobres. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. 6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones. Antes de su eliminación, el parche transdérmico debe doblarse por la mitad con el lado adhesivo hacia dentro. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Consumer Health S.A., Gran Vía de les Corts Catalanes, 764, 08013 Barcelona. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Diciembre 2011. "Medicamento no sujeto a prescripción médica. No financiado por el SNS. Nicotinell® 21mg/24 horas Parche Transdérmico 28 parches 658210.7 - 90,51€. Nicotinell® 21mg/24 horas Parche Transdérmico 14 parches 658208.4 - 49,00€. Nicotinell® 21mg/24 horas Parche Transdérmico 7 parches 658207.7-28,94€. Nicotinell® 14mg/24 horas Parche Transdérmico 28 parches 658200.8 - 87,58€. Nicotinell® 14mg/24 horas Parche Transdérmico 14 parches 658198.8 - 47,44€. Nicotinell® 14mg/24 horas Parche Transdérmico 7 parches 658197.1 - 27,83€. Nicotinell® 7mg/24 horas Parche Transdérmico 28 parches 658206.0 - 86,14€. Nicotinell® 7mg/24 horas Parche Transdérmico 14 parches 658204.6 - 46,22€."

Índice

01 La experiencia

Proyecto EX: un programa de tratamiento del tabaquismo para adolescentes

01 El editorial

¿Una moto, unas vacaciones en el Caribe o un paquete de tabaco?

02 Tabaco y humor

02 Carta de una paciente

Postal

02 Crítica literaria

Los laberintos del placer

03 Caso clínico

Abordaje psicoterapéutico de una fumadora ambivalente en una consulta de drogodependencias

04-05 Firma invitada

Abordaje del paciente cardiovascular

05 La actualidad

Nicotina y peso

08 La actualidad de la formación

Calendario de congresos, cursos y jornadas

La actualidad de la formación

Calendario de congresos, cursos y jornadas

Hospitalet / 5 de julio de 2012

ICO-WHO Symposia on Tobacco Control

Implementing smoke-free policies of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *The failure of the "Spanish model": lessons learned for global tobacco control.*

Fecha: July 5th, 2012. Organiza: Institut Català d'Oncologia & World Health Organization

Lugar: L'Hospitalet (Barcelona) / Más información: www.xurl.es/ICOWHOSympPDF // www.xurl.es/ICOWHOSympReg

Barcelona / 27 y 28 de septiembre de 2012

IX Conferencia Inebria (International Network of Brief Interventions on Alcohol and Other Drugs)

Organiza: Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya

Colabora: Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria

Lugar de celebración: Barcelona (CaixaForum) - Teléfono de información: 93 551 36 10

E-mail: inebria@gencat.cat / Más información: www.inebria.net/Du14/pdf/9th_conference.pdf

Valencia / Septiembre de 2012

Máster Oficial en Drogodependencias - Curso 2012/2013

Organiza: Universidad de Valencia. DITPA. Máster Universitario en Investigación, Tratamientos y Patologías Asociadas a Drogodependencias.

Objetivo: Formar profesionales capaces de comprender, interpretar y analizar el comportamiento adictivo en drogodependencias.

Fecha: Curso 2012/2013 (3ª edición)

Lugar: Departamento de Psicobiología. Universidad de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 21-46010 VALENCIA

E-mail: ditpa@uv.es / Más información: <http://www.us.es/ditpa/> // <http://www.uv.es/mastdrog/>

Tabac i respostes terapèutiques



VII JORNADA DE TABAQUISME

23 de març de 2012



¡Ya puedes visitar la web
www.infotabacweb.com
y consultar con un clic
todos los **InfoTabac** publicados,
sus autores, sus artículos...!

Suscripción gratuita en: suscripcion@infotabacweb.com

Facultad de Medicina - C/ Montserrat Roig, 2 - 25199 LLEIDA

InfoTabaco