



FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

TRABAJO FIN DE GRADO

TÍTULO:

Deshabitación Tabáquica. Abordaje desde la Farmacia
Comunitaria.

Autor: Alejandro Rodríguez Caballer

Fecha: Julio 2020

Tutor: Pedro Gutiérrez Ríos

ÍNDICE

1. <u>RESUMEN/ ABSTRACT:</u>	2
2. <u>INTRODUCCIÓN:</u>	3
2.1 <u>DEPENDENCIA, TOLERANCIA Y ABSTINENCIA:</u>	3
2.2 <u>LA ACCIÓN DE LA NICOTINA. UN MECANISMO DE REFUERZO:</u>	4
2.3 <u>EL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO:</u>	4
3. <u>OBJETIVOS:</u>	6
4. <u>MATERIAL Y MÉTODOS:</u>	6
5. <u>RESULTADOS Y DISCUSIÓN:</u>	7
5.1 <u>TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA:</u>	7
5.1.1 Chicle de nicotina:	7
5.1.2 Parche Transdérmico de nicotina:	8
5.1.3 Comprimido Dispersable de nicotina:	9
5.1.4 Spray Nasal de nicotina:	9
5.2 <u>ZYNTABAC:</u>	9
5.2.1 Posología:	10
5.2.2 Eficacia:	10
5.2.3 Reacciones adversas:	10
5.2.4 Contraindicaciones:	11
5.3 <u>VARENICLINA:</u>	11
5.3.1 Eficacia:	11
5.3.2 Mecanismo de acción:	12
5.3.3 Posología:	12
5.3.4 Reacciones adversas:	12
5.3.5 Contraindicaciones:	13
5.4 <u>EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA:</u>	13
5.4.1 Test de Fagerström:	13
5.4.2 Test de Russell:	14
5.4.3 Test de Richmond:	15
5.4.4 Intervención Sistematizada:	16
6. <u>CONCLUSIONES:</u>	17
7. <u>BIBLIOGRAFÍA:</u>	18

1. RESUMEN/ ABSTRACT

El tabaquismo es una drogodependencia considerada como uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados, siendo el consumo de tabaco la primera causa de mortalidad y morbilidad evitables. Para abordar la deshabituación tabáquica se llevan a cabo terapias de apoyo psicológico y tratamiento farmacológico, como es la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN), o los dos últimos fármacos financiados por la Seguridad Social para tratar la adicción al tabaco, el Zyntabac y la Vareniclina. Aunque sus mecanismos de acción difieren entre sí, todos han resultado ser más eficaces a la hora de mantener la abstinencia en el tiempo, que una terapia de deshabituación tabáquica en ausencia de tratamiento farmacológico.

A la hora de tratar la adicción al consumo de tabaco, la figura del farmacéutico va a ejercer un papel clave. El farmacéutico es un profesional sanitario que desde la farmacia comunitaria, tiene capacidad de influenciar y de abordar a una gran parte de la población, tanto a individuos sanos como enfermos. Tienen la disposición de hacer conocer a sus pacientes los riesgos que implica el hábito tabáquico y los beneficios que obtendrían si lo dejaran. Así, gracias a su formación, pueden llevar a cabo la prevención y promoción de la salud, así como ser parte de la solución a la hora de afrontar la deshabituación. Con la debida preparación, el farmacéutico tiene la habilidad de reconocer en qué fase de la adicción se encuentra el paciente y cómo enfocar la deshabituación de una manera individualizada.

Smoking is a major public health problem in developed countries, being tobacco use the leading cause of avoidable mortality and morbidity. To address smoking cessation, psychological support therapies and pharmacotherapy are implemented, as Nicotine Replacement Therapy, or the last two drugs funded by the Spanish National Health Service (Seguridad Social) to treat tobacco addiction, Zyntabac and Varenicline. Although their mechanisms of action differ, all have proven to be more effective at maintaining abstinence over time than a smoking cessation therapy in the absence of pharmacological treatment.

In dealing with tobacco addiction, the figure of the pharmacist will play a key role. The pharmacist is a health care professional who from the pharmacy, has the capacity to influence and to approach a large part of the population. They are willing to let their patients know about the risks of smoking and the benefits they would get if they stopped smoking. Pharmacists are able to carry out the prevention and promotion of health, as well as be part of the solution when facing smoking cessation. With proper preparation, pharmacist has the ability to recognize what phase of addiction the patient is in and how to approach quitting in an individualized manner.

PALABRAS CLAVE: Terapia Sustitutiva con Nicotina, bupropion, vareniclina, Zyntabac, test de Fagërstrom, test de Rusell, test de Richmond, intervención sistematizada, tabaquismo, Nicotine Replacement Therapy, smoking.

2. INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es un factor determinante en el desarrollo de enfermedades crónicas como lo son el cáncer, las enfermedades respiratorias y las enfermedades cardiovasculares.¹ Si además añadimos que es la primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables, es evidente que el tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados.

En 2017, el tabaco fue la causa de muerte de 3,3 millones de consumidores y personas expuestas al humo ajeno debido a afecciones pulmonares.² Estos datos demuestran indudablemente el gran impacto que tiene la exposición al tabaco, activa o pasiva, en la salud pulmonar de la población mundial.

En cuanto a las afecciones cardiovasculares que provoca el consumo habitual de tabaco, existe una incidencia de la patología coronaria tres veces mayor en los fumadores que en el resto de la población³, convirtiendo el tabaquismo en el factor de riesgo cardiovascular más importante.

El tabaquismo debe ser considerado como una drogodependencia. La nicotina, alcaloide presente en la planta del tabaco 'Nicotiana tabacum', es su principal ingrediente psicoactivo. Esta molécula actúa como agonista sobre receptores colinérgicos nicotínicos, provocando un aumento en la liberación de dopamina en los circuitos de recompensa, lo cual le otorga sus propiedades adictivas. La mayor parte de los efectos que la nicotina ejerce sobre el comportamiento se producen debido a la activación de los receptores nicotínicos del sistema nervioso central.

Tras una única dosis, la nicotina puede provocar una serie de efectos agudos como taquicardia, vasoconstricción periférica, activación o depresión del Sistema Nervioso Central, que no supondrían un grave problema de salud. Lo que convierte a la nicotina en una droga capaz de provocar importantes daños en la salud es el patrón de conducta adictiva que induce, que termina por interrumpir el normal funcionamiento de muchos de los sistemas biológicos del organismo.

Para comprender los mecanismos farmacológicos que hacen de la nicotina una droga adictiva, es de gran utilidad conocer los conceptos de dependencia, tolerancia y abstinencia.

2.1 Dependencia, tolerancia y abstinencia

Se conoce como dependencia física el estado por el cual tras la retirada o suspensión de la administración continuada de una droga, se manifiestan diversas alteraciones fisiológicas. Esos síntomas manifestados tras la retirada, generalmente opuestos a los efectos agudos de la droga, constituyen el denominado síndrome de abstinencia.⁴

La tolerancia es una pérdida de sensibilidad a la acción de un fármaco o droga, lo cual conlleva a una disminución de la respuesta de una persona a dicha sustancia. Esto sucede cuando la droga es administrada repetidamente y el organismo se adapta a su continua presencia⁵. Esta disminución en la sensibilidad a los efectos de una droga que se administra crónicamente, provoca en el consumidor una tendencia a consumir

cantidades cada vez mayores con el fin de alcanzar los efectos previos a la aparición de la tolerancia.

Por otro lado, el término dependencia psíquica hace referencia al estado de placer, o a la disminución o elusión de sensaciones desagradables que proporciona una sustancia. Este refuerzo positivo que se alcanza al consumir la droga suele ser el motivo de iniciación. Más adelante es el refuerzo negativo el que contribuye al mantenimiento de la conducta adictiva. Es decir, mediante el consumo se evitarán los efectos indeseables que la retirada de la droga puede provocar en el individuo.

Las dependencias psíquicas y físicas son la causa de la adicción a una droga, llevando a la persona a un consumo compulsivo de esta. En el caso de la nicotina, es adictiva ya que provoca dependencia física, puesto que la suspensión de su administración da lugar a un síndrome de abstinencia; y por otro lado dependencia psíquica, por medio de sus efectos reforzadores.

2.2 La acción de la nicotina. Un mecanismo de refuerzo.

La nicotina activa el sistema cerebral de refuerzo, provocando que las neuronas dopaminérgicas situadas en el Área Tegmental Ventral del mesencéfalo liberen dopamina en el Núcleo Accumbens. Se trata de un mecanismo de refuerzo positivo que produce un efecto placentero en el organismo, y es conocido como vía de refuerzo o vía mesolímbica, ya que se trata de una conexión entre el mesencéfalo y el sistema límbico. Por otro lado, existe un refuerzo negativo, por el cual la disminución o interrupción de un estímulo desagradable refuerza también una conducta asociada al consumo. Aunque este último no está mediado por la vía mesolímbica, ambos refuerzos aumentan la probabilidad de una conducta, ya sea asociado a un estímulo placentero mediante un refuerzo positivo, o por la reducción de un estímulo aversivo a través el refuerzo negativo.⁴

2.3 El Modelo Transtéorico del Cambio.

La deshabituación tabáquica es un proceso largo y tedioso por el cual se busca la consecución de un cambio en la conducta, para así vencer a la adicción. Este proceso se ajusta al Modelo Transteórico del Cambio que describieron Prochaska y DiClemente en el cual el proceso se divide en varios estadios o etapas. La motivación del paciente para dejar de fumar y sus progresos a lo largo del tiempo determinarán el estadio en el que se encuentra. Los estadios que componen este proceso son los siguientes:⁶

Fase de Precontemplación:

Durante esta fase el fumador no se plantea cambiar de conducta ya que no la perciben como un riesgo para su salud. Tienen poca información sobre las consecuencias negativas que el hábito de fumar conlleva o simplemente no les interesa. Anteponen el placer que les provoca fumar a sus consecuencias aversivas para la salud. Suelen ser fumadores jóvenes que todavía no padecen ninguna de estas consecuencias y que por lo tanto no plantean dejar el hábito al menos en los próximos 6 meses.

Fase de Contemplación:

En esta fase el fumador ya es consciente de los riesgos que el hábito conlleva y ya padece alguno de los síntomas que provoca. El fumador busca información sobre los perjuicios que supone para la salud el hábito tabáquico y se informa sobre los posibles tratamientos para tratar su adicción, así como de los beneficios que le aportaría terminar con esta conducta. Aquí el fumador ya tiene intención de abandonar el tabaco, pero todavía no ha hecho ningún intento serio para lograrlo.

Fase de Preparación para la Acción:

El fumador toma la decisión de dejar de fumar, su intención se convierte en acción, y se realizan los primeros intentos o cambios en la conducta que favorecerán la consecución del objetivo en un intento posterior. Para considerar que el fumador se encuentra en esta fase, este debe haber pasado al menos 24 horas sin fumar en el último año.

Fase de Acción:

El fumador modifica su conducta y algunos de los factores ambientales y personales que le inclinaban al consumo de tabaco, y deja de fumar como mínimo 24 horas. Es una etapa que requiere de mucha paciencia y fuerza de voluntad puesto que se trata de una fase larga, en la cual más riesgo de recaídas existe, especialmente durante los 3 primeros meses. Es tan elevado el riesgo de recaída que esta fase por lo general se caracteriza por etapas alternantes de consumo y abstinencia.

Fase de Mantenimiento:

Esta fase se alcanza cuando el ex-fumador lleva 6 meses sin fumar. El individuo es consciente de sus logros y está dispuesto a mantener la abstinencia en el tiempo. Aunque el riesgo a la recaída jamás llega a desaparecer, en esta fase la frecuencia de individuos que recaen es mucho menor que en la anterior. El ex-fumador ha adquirido a través de la experiencia estrategias para esquivar las tentaciones.

Fase de Finalización:

Este último estadio se alcanza cuando el ex-fumador llega a los 5 años de abstinencia, sin recaídas de por medio. Aquí el individuo no siente el deseo de fumar en ninguna de las circunstancias y tiene plena seguridad en su autocontrol, es decir, en controlar las tentaciones que se le puedan interponer.

El tratamiento que se sigue para abandonar este hábito consta de dos partes que se complementan entre sí, una parte es farmacológica y la otra psicológica. En cuanto a la terapia farmacológica son varios los tratamientos que se pueden llevar a cabo. Por un lado está la conocida Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) la cual consta en la aplicación de parches, administración de chicles o caramelos de nicotina y otras presentaciones, y por otro lado dos fármacos que son financiados por la Seguridad Social desde el pasado 1 de enero de 2020: el Bupropión y la Vareniclina.

Además, la figura del farmacéutico puede ser un pilar fundamental en el abordaje del tabaquismo desde la Farmacia Comunitaria. El farmacéutico está informado, aconseja

y realiza un seguimiento de la terapia que se está llevando a cabo, asegurándose de que el paciente conoce los fármacos que está tomando, si los toma de la manera correcta y si está siguiendo el tratamiento como es debido. En muchas ocasiones es la respuesta a las dudas y el apoyo más accesible para los pacientes. Además puede influir en la motivación del paciente, al estar en la capacidad de informar sobre los beneficios que se adquieren al terminar con el hábito de consumo de tabaco.

3. OBJETIVOS

- ❖ Conocer los principales tratamientos farmacológicos utilizados para la deshabituación tabáquica, sus mecanismos de acción, su eficacia, así como sus ventajas e inconvenientes.
- ❖ Conocer el diagnóstico de la adicción al tabaco que se puede llevar a cabo desde la Farmacia Comunitaria.
- ❖ Concienciar sobre el papel del farmacéutico en el abordaje de la deshabituación tabáquica desde la Farmacia Comunitaria, y conocer las diferentes herramientas de las que dispone para ayudar al paciente a conseguir su objetivo.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica, consultando artículos de sanitarios especializados en el tema y publicados sobre todo en la revista Elsevier y en la guía del tabaquismo de Fisterra. También se ha revisado la web de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, para conocer la ficha técnica de los fármacos que se comentan en el trabajo, así como webs de otros organismos oficiales con el fin de obtener información contrastada sobre las diferentes terapias orientadas a la deshabituación tabáquica.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Si el paciente tiene el deseo de dejar el hábito de fumar, lo primero que debe hacer es visitar a un profesional sanitario para que valore su situación. En el caso del farmacéutico, valorará el estado clínico y psicológico del paciente así como la predisposición que tiene para dejar el consumo de tabaco, con el fin de ajustar el tratamiento a su condición. Un correcto diagnóstico del tabaquismo es indispensable para elegir de forma correcta el tratamiento que un fumador concreto debe seguir. En las consultas especializadas de tabaquismo se llevan a cabo los conocidos test de Fagerström y de Richmond, los cuales miden el grado de adicción a la nicotina y la motivación del paciente para erradicar esta adicción. A partir de este diagnóstico, el farmacéutico decidirá qué tratamiento se llevará a cabo, y si lo ve oportuno derivará al paciente al médico si este necesitara medicamentos de prescripción médica. Aunque el farmacéutico no pueda recomendar medicamentos de prescripción médica, sí puede realizar un seguimiento del tratamiento y ofrecer otras vías de apoyo que veremos más adelante.

Entre los tratamientos farmacológicos para la deshabituación tabáquica, los más interesantes son los siguientes:

5.1 Terapia Sustitutiva con Nicotina

La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) es un tratamiento no sujeto a prescripción médica, y consiste en la administración de nicotina al paciente por una vía diferente a la del consumo de tabaco. Así, la nicotina llega al torrente circulatorio y se dirige hasta el cerebro, consiguiendo una disminución del deseo de fumar y de los síntomas derivados del síndrome de abstinencia. Se alcanzan concentraciones de nicotina en sangre menores que las que ocasiona el consumo de cigarrillos, por lo que no produce adicción ni dependencia.⁷ Gracias a estos aportes de nicotina, el paciente logra disminuir el consumo habitual del tabaco, con el objetivo de suprimirlo por completo, lo cual terminaría con su dependencia psíquica a este. Y por otro lado, durante el tratamiento con TSN, se va reduciendo progresivamente el aporte externo de nicotina, hasta retirarlo, abordando así la dependencia física del paciente. En este sentido es una terapia que actúa tanto en la dependencia física como en la psíquica.

Se trata de un tratamiento seguro y eficaz que no cuenta con muchas contraindicaciones ni efectos secundarios. Además, esta terapia la podemos encontrar en varias presentaciones, por lo que el paciente tiene un amplio abanico dónde elegir, favoreciendo la adherencia al tratamiento.

5.1.1 CHICLE DE NICOTINA

Se trata de un chicle que consta de una resina de intercambio iónico que contiene la dosis de nicotina, la cual se libera al masticar el chicle. Una vez se masca y se libera la nicotina, el chicle debe dejarse reposar entre la mejilla y las encías o debajo de la lengua, y una vez desaparecido el sabor, volver a masticarlo y dejarlo reposar de nuevo. Si se mastica el chicle continuamente la nicotina es deglutida y llega al hígado donde sufre el efecto de primer paso. Es decir, perdemos parte de la actividad de la nicotina y además, se corre el riesgo de que aparezca irritación en la garganta y síntomas gastrointestinales.

Existen chicles de diversos sabores y demás características organolépticas, por lo que es una presentación que cuenta con un alto grado de aceptación entre los pacientes. Se irá reduciendo de forma progresiva el número de chicles diarios con el paso del tiempo, ya que una suspensión brusca podría desencadenar en un síndrome de abstinencia.

Las ventajas de esta presentación son las siguientes:⁸

- La dosis o número de chicles es ajustable a las necesidades del paciente.
- Se puede utilizar a demanda, en situaciones de mayor necesidad de nicotina, siempre dentro de unos márgenes pautados por el farmacéutico o médico.
- Es un tratamiento seguro salvo en pacientes con afecciones orofaríngeas, a los que no se le recomienda este tratamiento.

En cuanto a los efectos adversos que pueden aparecer en pacientes que sigan esta terapia, son leves y no suponen el abandono del tratamiento. Hablamos de reacciones adversas como las aftas, irritación de garganta, sabor desagradable, hipo o flatulencias. Se recomienda alternar los lados de la encía donde se deja reposar el chicle para evitar la irritación.

5.1.2 PARCHE TRANSDÉRMICO DE NICOTINA

El parche transdérmico de nicotina está constituido por una capa de adhesión a la piel, una membrana de difusión por la cual se difunde la nicotina, una matriz donde está localizada la nicotina y por último, una cubierta externa que actúa como protección.

La vía de administración es transdérmica, y el parche deberá colocarse sobre la piel en una zona limpia y ausente de lesiones y vello.⁹ Los hay de diferentes tamaños, dosis y tiempos de liberación (24 y 16 horas) y es el profesional sanitario quien decide qué presentación se ajusta más al paciente en cuestión. La facilidad a la hora de aplicarse, y su escaso número de efectos adversos lo convierte en una de las primeras elecciones a la hora de elegir un tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica.

Su principal ventaja es que solo se requiere una dosis diaria. Se aplica todas las mañanas y se retira al día siguiente, si se trata de un parche de 24 horas, o antes de acostarse, en el caso de los parches de 16 horas. El hecho de que sea una única dosis al día la que hay que aplicar, reduce sustancialmente los olvidos y logra una alta adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Los parches de nicotina con una liberación de 24 horas tienen una ventaja sobre los de 16 horas, y es que mantienen unos niveles de nicotina en plasma elevados a primera hora de la mañana, controlando los síntomas de abstinencia que pueden aparecer durante este periodo del día. Sin embargo, algunos pacientes sufren insomnio o trastornos del sueño ya que les resulta incómodo dormir con ellos. Otros efectos adversos que pueden aparecer como consecuencia de este tratamiento son

prurito, cefaleas, mareos y vértigos. El escozor se consigue reducir al alternar las zonas de aplicación del parche.

5.1.3 COMPRIMIDO DISPERSABLE DE NICOTINA

Se trata de un comprimido para chupar que se disuelve en la boca, liberando la dosis de nicotina que contiene. Su posología es similar a la de los chicles de nicotina, aunque estos comprimidos no deben masticarse. Se debe evitar deglutir los comprimidos, ya que si son deglutidos, la nicotina sufre un efecto de primer paso por el cual buena parte de la actividad de la nicotina se pierde.

En cuanto a los efectos adversos, son leves, siendo los más frecuentes la sialorrea, irritación de garganta y los trastornos digestivos si la nicotina es deglutida.

5.1.4 SPRAY NASAL DE NICOTINA

Presentación constituida por una solución acuosa de nicotina que se administra en las fosas nasales. El spray nasal presenta una liberación de nicotina más rápida que las anteriores presentaciones, alcanzando su máxima concentración plasmática a los 10 minutos de haber sido administrada. Es por ello una presentación de mayor eficacia que los parches, chicles o comprimidos de nicotina a la hora de tratar los síntomas del síndrome de abstinencia en fumadores muy dependientes.

Los efectos adversos son localizados y muy frecuentes durante los primeros días del tratamiento. Los pacientes tienden a sufrir picor de garganta y nariz, así como lagrimeo y rinorrea. Estos suelen desaparecer a la semana de iniciar la terapia. Debido a unos efectos secundarios tan localizados en las vías aéreas, esta terapia está contraindicada en pacientes con enfermedades crónicas nasales o que padezcan hiperreactividad bronquial grave.

5.2 Zyntabac

El Zyntabac, a diferencia de los fármacos la Terapia Sustitutiva con Nicotina, es un medicamento que sí está sujeto a prescripción médica. Su principio activo es el bupropión. El bupropión es un fármaco con propiedades psicoestimulantes que actúa como antidepresivo, pero se ha demostrado que a una determinada dosis, mejora los resultados de abstinencia en pacientes con adicción al consumo de tabaco. Por este motivo se comenzó a utilizar el Zyntabac en las terapias de deshabituación tabáquica y desde el pasado mes de enero de 2020 está financiado por la Seguridad Social para terapias con este fin.

Este fármaco actúa sobre las estructuras cerebrales donde se produce la adicción, reduciendo los síntomas del síndrome de abstinencia y el deseo de fumar.¹⁰ Se trata de un tratamiento eficaz que suele emplearse en pacientes que no obtuvieron los resultados deseados siguiendo la Terapia Sustitutiva con Nicotina o en los que esta terapia está contraindicada. Según la Asociación Española Contra el Cáncer, los resultados del tratamiento con Zyntabac demuestran que el 40% de los pacientes que consiguieron dejar de fumar, continúan sin hacerlo 12 meses después de haber terminado el tratamiento.

Aunque se desconoce con exactitud el mecanismo de acción de este fármaco, se presupone que su utilidad en la terapia para suspender el consumo de tabaco proviene de su capacidad para actuar como inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de noradrenalina y dopamina. Esto provoca un incremento en los niveles de dopamina en el Núcleo de Accumbens activando la vía de refuerzo o vía mesolímbica¹¹. Así pues, ejerce el efecto placentero que la nicotina provoca en los fumadores y de este modo se controlan los síntomas del síndrome de abstinencia y se reduce el deseo compulsivo de fumar en los pacientes.

5.2.1 Posología:²⁰

El Zyntabac se administra en comprimidos de 150mg y el tratamiento tiene una duración entre 7 y 9 semanas. El tratamiento se inicia de 7 a 15 días antes de la suspensión definitiva del consumo de tabaco. La primera semana de tratamiento el paciente consumirá un único comprimido diario de 150mg, y dos comprimidos diarios de 150mg, con espacio de 8 horas, a partir de la segunda semana. Jamás se deberá superar los 300mg/día de Zyntabac.¹²

5.2.2 Eficacia:

La eficacia del tratamiento con Zyntabac está ligada a la dosis administrada, su concentración plasmática media y la concentración plasmática de sus metabolitos. Se ha demostrado que los fumadores que consumen Zyntabac en dosis de 100, 150 y 300mg diarios tienen 1,42; 1,69 y 2,84 veces más probabilidades de terminar con el hábito tabáquico que aquellos que reciben tan solo placebo.¹³ En varios estudios de doble ciego controlados con placebo, donde el resto de grupos recibían 100, 150 y 300mg de Zyntabac, respectivamente; no solo se demostró estadísticamente la eficacia clínica de este fármaco, sino que también se observó que a mayor dosis de Zyntabac administrado, menor era la ganancia de peso en los pacientes que seguían esta terapia de deshabituación tabáquica. Mientras que en el grupo que recibió placebo se observa un aumento de peso medio de 2,9kg, en los grupos a los que se les administró 100 y 150mg de Zyntabac la ganancia es de 2,3kg y de 1,5kg en el grupo que recibió 300mg de Zyntabac.¹⁴ Esto es importante ya que el aumento de peso suele ser una de las preocupaciones y miedos más comunes entre los pacientes que se plantean abandonar el tabaco, ya que la ansiedad que esta deshabituación genera conlleva cambios en la conducta de los individuos, como comer entre horas y de forma compulsiva, derivando en un pronunciado aumento de peso.

5.2.3 Reacciones adversas:¹⁵

En pacientes tratados con Zyntabac, pueden apreciarse efectos adversos como los sofocos, la hipertensión, xerostomía, artralgia, mialgia, insomnio, dificultad de concentración, bronquitis, prurito, urticaria, náuseas y cefalea.

Los más comunes son la xerostomía y el insomnio. Este último está presente entre el 30 y 40% de los pacientes que consumen Zyntabac. Para reducir la aparición de insomnio, es conveniente adelantar la segunda toma del comprimido de 150mg de Zyntabac, para que no esté tan próxima a la hora de acostarse.

5.2.4 Contraindicaciones:²⁰

Este fármaco está contraindicado en pacientes que presentan hipersensibilidad a Zyntabac o a alguno de sus excipientes. Los pacientes que toman otros fármacos que contienen Zyntabac tampoco deberán tomarlo, ya que su incidencia en convulsiones es dosis-dependiente y así se evita una posible sobredosis. También está contraindicado en pacientes que presenten un estado convulsivo o tengan antecedente de convulsiones, y en pacientes que padezcan de un tumor del Sistema Nervioso Central. Tampoco pueden tomarlo pacientes que se encuentren en procesos de retirada brusca de consumo de alcohol o Benzodiacepinas, ni aquellos pacientes que presenten cirrosis grave. Por último, está contraindicado el uso concomitante de Zyntabac e inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs).

5.3 Vareniclina

La Vareniclina (Champix®), como el Zyntabac, comenzó a ser financiado por la Segurirad Social el pasado mes de enero de 2020 para el tratamiento de la deshabituación tabáquica y también está sujeto a prescripción médica. La Vareniclina tiene un mecanismo de acción diferente al del Zyntabac y ha demostrado ser el fármaco más eficaz hasta ahora para tratar la adicción al tabaco.

5.3.1 Eficacia:

Esta eficacia fue probada en dos ensayos clínicos de doble ciego que incluían a más de dos mil fumadores crónicos. Estos estudios pretendían demostrar de forma prospectiva la eficacia de la Vareniclina, el Zyntabac y el placebo en la deshabituación tabáquica. La duración de los estudios fue de 52 semanas, en las cuales durante las 12 primeras los pacientes recibían su tratamiento correspondiente y las 40 restantes serían simplemente de seguimiento. Los resultados finales mostraron lo siguiente:^{16,17}

- La probabilidad de abandonar el consumo de tabaco tras 12 semanas de tratamiento con Vareniclina es casi 2 veces mayor que la de aquellos fumadores que fueron tratados con Zyntabac, y hasta 4 veces superior que la de aquellos que tomaron placebo.
- El 44% de los pacientes que tomaron Vareniclina no fumó durante las primeras 12 semanas del estudio, frente al 30% de los que tomaron Zyntabac y el 18% de los que tomaron placebo.
- Una vez superadas las 12 semanas de tratamiento, se comprobó que llegados a la semana número 52 del estudio, la abstinencia continua se había cumplido en un 22'5% de los pacientes tratados con Vareniclina, en un 15'7% en aquellos que tomaron Zyntabac, y en un 9'35% en el grupo de los que tomaron placebo.

5.3.2 Mecanismo de acción:^{16,17}

La Vareniclina posee una alta afinidad y selectividad por los receptores neuronales colinérgicos del tipo nicotínico $\alpha 4\beta 2$, y actúa como agonista parcial en ellos. La nicotina compite por el mismo sitio de unión en los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$, pero la Vareniclina tiene más afinidad por ellos, de modo que bloquea la capacidad de la nicotina para activar totalmente estos receptores y la consecuente activación de la vía mesolímbica. Sin la activación del sistema dopaminérgico mesolímbico, se bloquea el refuerzo positivo y las sensaciones gratificantes que provoca la acción de fumar.

Se dice que es un agonista parcial porque actúa sobre los receptores citados anteriormente de dos maneras:

- Efecto agonista. Aunque tiene menor actividad intrínseca que la nicotina, la Vareniclina estimula la liberación de dopamina, paliando los síntomas del síndrome de abstinencia y el deseo impulsivo de fumar.
- Efecto antagonista. La Vareniclina actúa bloqueando la unión de la nicotina al receptor nicotínico $\alpha 4\beta 2$, bloqueando el refuerzo positivo que implica la acción de fumar en el fumador.

5.3.3 Posología:¹⁶

El paciente debe fijar una fecha para dejar de fumar y la administración de Vareniclina comenzará una o dos semanas antes a dicha fecha. Así ya habrá una concentración plasmática de fármaco suficiente como para afrontar la deshabituación.

Durante los 3 primeros días de tratamiento el paciente debe tomar un comprimido 0'5mg de Vareniclina una vez al día. Mientras que entre los días 4 y 7 se administra un comprimido de 0'5mg dos veces al día. Superada la primera semana de tratamiento y hasta el final de este, el paciente debe tomar 1mg de Vareniclina dos veces al día.

Este tratamiento tiene una duración de 12 semanas aunque se puede prorrogar otras 12 semanas más para mantener la abstinencia del paciente.

5.3.4 Reacciones adversas:

El consumo de este fármaco puede provocar la aparición de náuseas y vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, acidez, xerostomía, insomnio, cefalea, dolor de espalda, muscular y/o de articulaciones.

Estudios clínicos demuestran que los individuos que consumen Vareniclina tienen mayor riesgo de sufrir un accidente cardiovascular que aquellos que no lo consumen. Sin embargo, los fumadores también son una población de riesgo en cuanto a los accidentes cardiovasculares se refiere.

Se deberá tener especial precaución con aquellos pacientes que padezcan alteraciones psiquiátricas adyacentes, ya que existe la posibilidad de que se den

episodios de estado depresivo. Si se diera el caso de que el paciente experimenta algún episodio de ideación suicida, el tratamiento deberá ser suspendido de inmediato.

5.3.5 Contraindicaciones:

Este tratamiento está contraindicado para aquellos pacientes que presenten hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes que conforman el medicamento.

5.4 El papel del farmacéutico en la deshabituación tabáquica

El farmacéutico es un profesional sanitario con capacidad para desarrollar un papel fundamental en la disminución del hábito tabáquico en la sociedad. Las más de 22 mil oficinas de farmacia repartidas por toda España hacen posible que más del 90% de la población del país tenga acceso a profesionales sanitarios cualificados como lo son los farmacéuticos.

Desde la oficina de farmacia, el farmacéutico puede realizar intervenciones a un gran número de personas, tanto enfermas como sanas. Este contacto con las personas sanas supone además para el farmacéutico, una excelente oportunidad para contribuir en la promoción de la salud, así como en las actividades de prevención de la enfermedad. El abordaje del tabaquismo a través del farmacéutico comunitario correctamente instruido en la materia, tiene un efecto positivo en las tareas de deshabituación tabáquica, ya que aconseja, motiva y realiza un programa de soporte para ayudar al paciente.¹⁸

Para abordar con éxito la deshabituación tabáquica, el primer paso es realizar un diagnóstico preciso de la adicción. Es decir, analizar el grado de adicción del paciente respecto al consumo de tabaco, y su motivación para terminar con este hábito. Conocer la situación exacta del paciente respecto a su adicción permite individualizar la terapia, precisar las pautas terapéuticas para el paciente en concreto y aumentar la probabilidad de éxito.

5.4.1 Test de Fagerström

El test de Fagerström fue creado en 1978 con el objetivo de discriminar a los fumadores eventuales de los fumadores adictos a la nicotina²¹. Este cuestionario parte de la base de que la nicotina es un reforzador primario de la conducta adictiva hacia el consumo de tabaco. Así pues, está compuesto por seis ítems con los que se evalúa el número de cigarrillos que el paciente consume a diario, la dosis de nicotina consumida, el tiempo que pasa desde que se levanta hasta que consume el primer cigarrillo, y la necesidad que siente de fumar en momentos y lugares en los que no debería. Mediante este test no solo se valora el grado de dependencia a la nicotina que tiene el paciente, sino que además consta de valor terapéutico y pronóstico, ya que cuanto mayor sea la puntuación en dicho test, mayor será la probabilidad de que el paciente padezca enfermedades derivadas del consumo de tabaco.^{21,22}

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	Menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras 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	0

TABLA 1. TEST DE FAGERSTRÖM.

Según la puntuación obtenida en el test de Fagerström, la adicción a la nicotina se clasifica en cinco grupos:

Muy baja 0-1 puntos

Alta 6-7 puntos

Baja 2-3 puntos

Muy alta 8-10 puntos

Moderada 4-5 puntos

5.4.2 Test de Russell

En cuanto a la dependencia psicosocial, es importante diagnosticar el rol que juega el consumo de tabaco en cada paciente en aspectos como la estimulación, el placer, el manejo de la tensión, el estrés, los automatismos y el entorno social. La importancia a la hora de diagnosticar este tipo de dependencia se debe a que el consumo de tabaco forma parte del hábito y costumbres del fumador, que afronta diferentes situaciones diarias (situaciones complicadas, relaciones interpersonales, la hora del café o el almuerzo...) en compañía de un cigarro.²³

El test de Russell es un cuestionario de 24 preguntas a las que se contesta con los valores del 0 al 3 en relación a la frecuencia a la que sucede lo que se está cuestionando. Este test toma como referencia seis valores que son los más relevantes

a la hora de describir los tipos de fumadores que existen. Así, los fumadores pueden ser: psicosociales, indulgentes, sensoriales, estimulados, adictivos y automáticos.¹⁹ Una vez conocido el tipo de fumador, sus hábitos y los factores que le hacen propenso a consumir tabaco, se puede establecer una orientación del tratamiento a seguir.

5.4.3 Test de Richmond

Los fumadores se encuentran en una fase u otra de la deshabituación tabáquica en relación al grado de motivación que tengan para dejarlo. En fumadores de edad avanzada, el principal motivo suele ser la salud. Por otro lado, los fumadores jóvenes suelen percibir los perjuicios para la salud que conlleva el consumo de tabaco como algo todavía muy lejano, y con frecuencia es el ahorro económico que les supondría lo que les lleva a querer poner fin a este hábito. Los motivos para dejar de fumar de un paciente pueden ser diversos, y cuanto mayor sea su motivación, mayor será la facilidad para cesar su consumo.

A través del test de Richmond¹⁹ se valora la motivación del paciente y su actitud para afrontar la deshabituación tabáquica. El test consta de cuatro preguntas cuya puntuación oscila entre 0 y 10. Se considera que un paciente debe obtener una puntuación de 9 o 10 puntos en el cuestionario para ser considerado como un paciente con altas expectativas de éxito a la hora de comenzar una terapia de deshabituación.

Ítems	Respuesta	Puntos
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No	0
	Sí	1
2. ¿Cuánto interés tiene Ud en dejarlo?	Nada en absoluto	0
	Algo	1
	Bastante	2
	Muy seriamente	3
3. ¿Intentará Ud dejar de fumar en las próximas dos semanas?	Definitivamente No	0
	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente Sí	3
4. ¿Cuál es la posibilidad de que Ud dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?	Definitivamente No	0
	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente Sí	3

TABLA 2. TEST DE RICHMOND.

Los puntos de corte establecidos para la asociación entre la motivación del paciente y el cese del hábito tabáquico son los siguientes:²⁴

Nulo o bajo	de 0 a 3	Moderado	de 6 a 7
Dudoso	de 4 a 5	Alto	de 8 a 10

5.4.4 Intervención sistematizada

Con una intervención sistematizada se logra llevar a cabo un seguimiento del paciente mediante una serie de visitas a la oficina de farmacia. Para abordar el tabaquismo, esta intervención se estructura en cinco pasos, conocidos como las 5^ªA^ª.

Averiguar (Ask). Consiste en conocer y recopilar en la historia clínica del paciente la situación del paciente respecto al tabaco, en cada visita que realiza a la farmacia. Esto es, anotar el número de paquetes que fuma al año, el lugar y la situación en la que se ha fumado los cigarrillos así como el grado de necesidad que ha sentido de consumirlos.

Aconsejar (Advise). Aconsejar de manera convencida y personalizada el abandono del tabaco. Los consejos deben basarse en la comunicación al paciente sobre los efectos adversos que tiene el consumo de tabaco así como los grandes beneficios que tiene el cese de esta actividad. Resulta útil personalizar este consejo atendiendo a la edad del paciente, su sexo, el motivo de su consulta, la motivación por la que sigue fumando o quiere dejarlo o por lo que ya lo intentó alguna vez.

Apreciar (Asses). Se trata de conocer qué disposición dispone el paciente para dejar de fumar, y a partir de esta adaptaremos nuestra conducta. Así, si un paciente no está en disposición de dejar de fumar, conviene informarle de los beneficios que conlleva la suspensión del consumo así como enumerar los riesgos que se evitarían. Es importante ofrecerse como ayuda en el caso de que cambien de opinión. Si el paciente está en la disposición de empezar la deshabituación tabáquica es el momento de ayudarlo y ofrecerle un plan de deshabituación. Si el paciente que visita la oficina de farmacia ha dejado de fumar, se le debe felicitar reconociendo sus esfuerzos, y se le anima a seguir por ese camino.

Ayudar (Assist). Apoyar al paciente en su esfuerzo por abandonar el tabaco. Si el paciente todavía no está en predisposición de fijar una fecha concreta para comenzar la terapia de deshabituación, debemos planificar volver a abordar el tema más adelante, recomendarle que reconsidere su postura y ofrecer nuestra ayuda. Si por el contrario el paciente tiene el compromiso de abandonar el tabaco en los siguientes 15 días, se le debe preparar para el día D. Se le aconseja eliminar paulatinamente situaciones concretas que le hacen propenso a fumar y que debe deshacerse de todo lo relacionado con el tabaco (mecheros, pitillera, cigarros...) el día previo al D, ya que a partir de este día, el paciente no volverá a fumar, y es conveniente reducir al máximo el número de tentaciones. Es recomendable que el entorno del paciente esté informado sobre el proceso de deshabituación por el que está pasando el paciente. Esto se hace para que actúen como apoyo en el logro de la deshabituación y eviten situaciones que puedan derivar en el consumo de tabaco por parte del paciente. Además, es importante informar al paciente sobre la terapia farmacológica ya que duplica las posibilidades de abstinencia al cabo de un año y reduce los síntomas de abstinencia. Conviene que el paciente esté informado sobre el síndrome de abstinencia y se le hace saber que el cumplimiento de nuestras recomendaciones y el apoyo farmacológico serán de gran utilidad a la hora de superarlo.

Acordar (Arrange). Acordar con el paciente un seguimiento. La 1ª revisión debe tener lugar entre el primer y el tercer día después del día D, ya que atrasar mucho la primera revisión puede suponer una recaída. La 2ª visita puede establecerse entre el 7º y el 15º día tras el abandono, la 3ª revisión tendrá lugar cumplido un mes desde el día D y después lo que se considere oportuno según cada caso. En estas visitas se le hace una valoración del síndrome de abstinencia al paciente, se revisa el cumplimiento farmacológico y se toman constantes como el peso y la tensión arterial. El paciente debe ser felicitado si continúa con la abstinencia, y en el caso de que haya vuelto a fumar, se debe animar al paciente a reconducir la situación.

8. CONCLUSIONES

La adicción al tabaco es uno de los problemas de salud pública más importantes a día de hoy y además, sabemos que eliminando el factor de exposición al humo del tabaco se evitaría un gran número de defunciones en la población.

Para hacer frente a este problema que atañe a la sociedad, se han desarrollado una serie de terapias que comienzan por un diagnóstico eficaz por parte de los profesionales sanitarios a través de tests como el de Fagërstrom, Richmond o el de Russell. Un diagnóstico eficaz permite individualizar la terapia y seguir un tratamiento preciso para cada caso, aumentando la probabilidad de éxito de este.

Varios ensayos clínicos han demostrado que a la hora de abandonar el hábito tabáquico, los pacientes que siguen un tratamiento farmacológico consiguen una abstinencia más prolongada en el tiempo que aquellos que reciben placebo, siendo la Vareniclina el fármaco más eficaz hasta el momento.

El seguimiento al paciente por parte del farmacéutico comunitario es una herramienta de gran utilidad que mejora los resultados a la hora de poner fin a la adicción, gracias a la monitorización, una intervención sistematizada, y sus capacidades para motivar al paciente y reconducirlo en el caso de que el paciente haya sufrido una recaída.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Tabaquismo. Disponible en: <https://www.who.int/topics/tobacco/es/> . [Citado en marzo de 2020]
2. La OMS destaca la enorme magnitud de la mortalidad por enfermedades pulmonares relacionadas con el tabaco. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-05-2019-who-highlights-huge-scale-of-tobacco-related-lung-disease-deaths> [Citado en marzo de 2020]
3. Tabaco y tabaquismo. Fundación Española del Corazón. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html> [Citado en marzo de 2020]
4. Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. Elsevier. A. Molero Chamizo. [Citado en abril 2020]
5. Tolerancia y resistencia a medicamentos. Shalini S. Lynch , PharmD, University of California San Francisco School of Pharmacy. MSD Manuals.com [citado en abril 2020]
6. Curso de Intervención Básica en Tabaquismo para Personal Sanitario. Módulo III: Evaluación de la persona fumadora. Almudena Piñol Pérez. Tca Promoción de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/fo rmacion/tabaco/modulo3.pdf> [Citado en abril 2020]
7. Terapia Sustitutiva con nicotina. Asociación Española contra el Cáncer. www.aecc.es [Citado en abril 2020]
8. Terapia Antitabáquica. Juana Benedí y Carmen Romero. Farmacia Profesional Vol 19. Num 11. Pags 48-53. [Citado en abril 2020]
9. PROSPECTO NICOTINELL 21 mg/24 HORAS PARCHE TRANSDERMICO. CIMA.AEMPS.com [Citado en abril 2020]
10. Bupropión, el medicamento para dejar de fumar. AECC. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion/no-fumes/tratamientos/bupropion> [Citado en abril 2020]
11. Bupropión. Marián Carretero. Offarm Vol 20. Número 1. Pags 137-144. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-bupropion-13765> [Citado en abril 2020]
12. Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. J. García-Galbis Marín, M. Leal Hernández, F. Hernández Menarguez, J. Abellán Alemán. Elsevier Vol 38 Num 8 Pags 505-510. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tratamiento-farmacologico-deshabituacion-tabaquica-ventajas-S1138359312001463> [Citado en abril 2020]

13. J.A. Johnston, J. Fiedler-Kelly, E.D. Glover, D.E. Pickman. Relationship between drug exposure and the efficacy and safety of bupropion SR for smoking cessation. *Nicotine Tob Res*, 23 (2001), pp. 744-752. [Citado en abril 2020]
14. Bupropión. Marián Carretero. *Offarm Vol 20. Número 1. Pags 137-144.* Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-bupropion-13765> [Citado en abril 2020]
15. FICHA TÉCNICA BUPROPIÓN SANDOZ 150 MG COMPRIMIDOS DE LIBERACION MODIFICADA EFG. CIMA.AEMPS.ES [Citado en abril 2020]
16. Ficha Técnica CHAMPIX 0´5mg y 1mg comprimidos recubiertos con película. cima.aemps.es [Citado en abril 2020]
17. Guía Clínica Guía del Tabaquismo. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-tabaquismo/> [Citado en mayo 2020]
18. Tesis Doctoral. Atención Farmacéutica en Deshabitación Tabáquica. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Programa Oficial de Doctorado en Farmacia Asistencial. Alicia Marín Armero. Granada 2015. [Citado en abril y mayo 2020]
19. Implantación de un programa de Deshabitación Tabáquica para Trabajadores del Hospital de los Arcos del Mar Menor, Murcia. Universidad Miguel Hernández. María Teresa Rojo Solana. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2192/1/TFM%20Rojo%20Solana,%20Mar%C3%ADa%20Teresa.pdf> [Citado en mayo 2020]
20. FICHA TÉCNICA ZYNTABAC 150mg COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA. CIMA. AEMPS. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/63265/FT_63265.html [Citado en junio 2020]
21. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence on tobacco smoking with references to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3(3-4):235-41. [Citado en junio 2020]
22. Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Acta Médica Peruana.* [Citado en junio 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n3/a06v35n3.pdf>
23. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Rev Chil Enf Respir* 2009; 25: 218-230. [Citado en junio 2020] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482009000400003
24. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. R. Córdoba, C. Martín, R. Casas, C. Barberá, M. Botaya, A. Hernández y C. Jané. *Science Direct.* [Citado en junio 2020].

Este trabajo tiene una finalidad docente. La Facultad de Farmacia y el/la Tutor/a no se hacen responsables de la información contenida en el mismo.