

Tabaquismo

Artigos seleccionados, resumidos e comentados por:

Xulio Castañañal Canto

Membro do Gru-GAT (Grupo galego de abordaxe ao tabaquismo) e do GAT-semFYC

Felisa Domínguez Grandal

Membro do Gru-GAT (Grupo galego de abordaxe ao tabaquismo) e do GAT-semFYC

Cad Aten Primaria
Año 2006
Volumen 13
Pág. 266-274

PREGUNTA

¿Que repercusión sobre morbilidade e mortalidade ten o tabaquismo pasivo?

Revisión: Tabaquismo pasivo. F. Domínguez Grandal e R. Bandrés Gimeno. Tratado de tabaquismo. Carlos A. Jiménez Ruiz. Karl Olov Fagerström. Aula Médica. 2004. Pax. 245-258.

INTRODUCCIÓN

O tabaquismo pasivo consiste na exposición ambiental involuntaria dos non fumadores ao fume do tabaco (EAF) no fogar, no medio laboral, e nos lugares públicos en xeral.

A EAF está formada pola mezcla da corrente secundaria do cigarro, xerada pola combustión espontánea e a do fume que espira o fumador.

Calcúlase que un individuo non fumador exposto ao fume do tabaco inhala un 2% do fume que inhala o fumador activo.

En EEUU a mortalidade atribuída á EAF é de 53.000 mortes/ano. En España entre 2.500 e 3.000 mortes/ano, considerando só as mortes atribuídas á cardioapatía isquémica, cancro de pulmón e mortalidade infantil.

Constitúe a 3º causa de morte evitable nos países desenrolados, despois do tabaquismo activo e do alcoholismo.

Porén, a estratexia da industria tabaqueira nos últimos 20 anos foi a de normalizar o comportamento do fumador, presentándoo socialmente aceptable. Chegando incluso a invertir os valores até considerar que a reinvidicación do non fumador de espazos libres de fume constitúe un fenómeno antisocial que atenta contra da liberdade do fumador.

Deste xeito, nunha reunión informativa de varias tabacaleras en 1988 manifestouse que a "estratexia mundial de Philips Morris consiste en

coordinar e pagar a todos os científicos internacionais precisos para manter viva a controversia relativa ao fume ambiental do tabaco".

Dende o informe do Surgeon General Report en 1986 relacionando a EAF co risco de cancro de pulmón en non fumadores os estudos dirixidos a determinar a influencia da EAF sobre o risco de desenvolver enfermidade multiplicáronse exponencialmente aportando probas adicionais sobre esta relación.

PREVALENCIA

A poboación non fumadora sometida a EAF pode chegar, sobre todo nos países sen políticas restrictivas de consumo, ao 73%.

Os máis perxudicados e susceptibles son os nenos, os recién nacidos, as mulleres xestantes, os adolescentes e os enfermos cardiorespiratorios.

Nun 10% deles tomados aleatoriamente detéctanse niveles importantes de cotinina en oruíños.

En España fuma un 58% das mulleres ao comenzo do embarazo e só 1/3 delas abandona o consumo durante a xestación.

O 75% das nais fumadoras fuma perto do recién nacido e nun 60% destes neonatos se encontran niveis significativos de cotinina en oruíños.

Un 90% das mulleres que fuman no embarazo continúan facendoo nos 5 anos posteriores ao parto, polo que resulta difícil separar os efectos da exposición prenatal e a posnatal.

CONCLUSIÓN

- Toda a poboación debería estar informada sobre os últimos descubrimentos no tocante ao EAF. Hai que comunicalo de xeito claro para que en particular os nenos e adolescentes estean protexidos adecuadamente.

- Os adultos non fumadores sometidos a EAF enferman con maior frecuencia que os non fumadores, polo que o tabaquismo debe prohibirse en todos os lugares de traballo e edificios públicos incluídos os de ocio.
- Debe educarse a fumadores e non fumadores sobre os perigos do EAF, para evitala ou cando menos reducila en todos os fogares.
- A EAF incrementa o risco de carcinoma broncoxénico nun 20%, e nos casos de maior exposición, este risco, podería duplicarse ou triplicarse.
- En xeral a EAF provoca nos non fumadores un 25% de aumento do risco de sufrir un infarto de miocardio respecto aos non expostos.
- As fumadoras en idade fértil, con expectativas de embarazo, deberían plantexarse seriamente o abandono, cando menos nas primeiras semanas de embarazo.
- O pai e a nai deberían absterse de fumar durante os primeiros anos do fillo.
- O pai e, sobre todo, a nai deben ser o fundamento educativo dun estilo de vida san e sen fume de tabaco.

COMENTARIOS

A ampla revisión feita polos autores cunha exhaustiva bibliografía con 106 referencias, fai que este artigo sexa de lectura obrigada para os profesionais de AP.

A parte do resumo, hai un relato pormenorizado das repercusións en morbilidade nas distintas idades -Período prenatal, infancia e idade adulta.

Facendo un repaso sobre a repercusión na función pulmonar dos nenos, no síndrome de morte súbita do lactante, o incremento de infeccións respiratorias e o incremento de nenos asmáticos e con síntomas respiratorios nos expostos ao fume de tabaco. E non só na exacerbación da sintomatoloxía como até hai pouco tempo se pensaba. E o mesmo ocorre en nenos de nai fumadora, aínda que despois vivisen nun ambiente sen fume.

Existe, dentro da etapa infantil, un apartado onde referencian meta-análises que evidencian unha relación entre o EAF e o incremento do risco de neoplasias no sistema nervioso central.

Na idade adulta fan tamén unha revisión da morbilidade ocasionada por EAF.

PREGUNTA

¿É posible realizar un estudo multicéntrico complexo, para avaliar a efectividade dunha intervención escalonada, baseada no modelo transteórico do cambio, utilizando medios terapéuticos (farmacoloxicos e non farmacolóxicos) propostos nas guías de práctica clínica baseadas na evidencia máis actuais, para axudar

a deixar de fumar aos fumadores atendidos en Atención Primaria de Saúde?

Artigo revisado: María del Carmen Cabezas en representación del grupo ISTAPS. Estudios Multicéntricos en Atención Primaria de Salud. Fundació Jordi Gol i Gurina. Barcelona Enero 2006. Pags. 281-300.

ANTECEDENTES E XUSTIFICACIÓN DO ESTUDO

O ISTAPS (Intervención Sistemática sobre tabaquismo en Atención Primaria de Saúde) é un dos dous grandes proxectos con que se puso en marcha a REDIAPP (Rede de Investigación en Actividades Preventivas e Promoción da Saúde).

Os datos do estudo de seguimento feito polos médicos británicos aos 50 anos mostran que un de cada dous fumadores regulares morre por causa do tabaco. En España rexistramos 54.233 mortes en 2001 (49.366 homes e 4.867 mulleres). A pesar desto a Enquisa Nacional de Saúde de 2003 mostra que o 31% da poboación adulta (16 anos ou máis) fuma.

A atención primaria xoga un papel clave na abordaxe ao tabaquismo. Cada ano consulta o 75% da poboación cun promedio de 5-6 veces por ano. Isto configura unha oportunidade única para intervir que é específica de primaria, poder intervir diante da maioría da poboación moitas veces e en momentos claves cando aínda non se ten iniciada ningunha enfermidade como consecuencia do tabaquismo.

Antes deste estudo non existía suficiente evidencia sobre:

- O papel da entrevista motivacional para acelerar o cambio no proceso de deixar de fumar.
- O papel dos profesionais de A.P. para realizar intervencións máis intensivas.
- O papel dos profesionais de enfermaría para motivar e axudar aos pacientes para deixaren de fumar.
- O uso en AP doutros fármacos non nicotínicos coma o Bupropion.

ALGUNS ASPECTOS DO DESEÑO

Obxectivos:

Xeral: Avaliar a efectividade dunha intervención escalonada, baseada no modelo transteórico do cambio, e que utiliza medios terapéuticos (farmacoloxicos e non farmacolóxicos), que se propoñen nas guías de práctica clínica baseada na evidencia máis actuais, para axudar a deixar de fumar aos fumadores atendidos en atención primaria.

Específicos:

1. Avaliar a efectividade da entrevista motivacional en fumadores, en fases de precontemplación e contemplación ,para acadar cambio de estadio no proceso de deixar de fumar.

2. Avaliar a efectividade da intervención mínima, (con ou sen apoio de fármacos segundo a dependencia) en fumadores preparados e que non queren axuda.
3. Avaliar a efectividade dunha intervención intensiva (conductual e farmacolóxica) en fumadores preparados que piden axuda.
4. Describir a evolución da percepción da calidade de vida relacionada coa saúde, medida co cuestionario SF-36 en relación ao proceso de deixar de fumar.

Tipo de estudo

Ensaio clínico controlado, aleatorizado por conglomerados, multicéntrico e aberto.

A unidade de aleatorización (conglomerado) é a unidade básica asistencial (médico/a-enfermeiro/a que atenden ao mesmo grupo de pacientes) para intentar minimizar a posibilidade de contaminación entre grupos.

Suxetos de estudo

Fumadores que acuden por calquera motivo ás consultas de atención primaria de saúde. Calculándose un tamaño mostral de 3024 pacientes (1512 no grupo de intervención e outros tantos no de control).

Descrición da intervención

Realízase un algoritmo de intervención cos seguintes pasos básicos:

1. A toda persoa que acuda á consulta do médico de familia ou de enfermaría, despois de solucionar o seu motivo de consulta, pregúntaselle polo seu consumo de tabaco, a súa disponibilidad para deixalo e a súa necesidade de axuda.
2. En persoas precontemplativas ou contemplativas realízase unha Entrevista Motivacional e se da un folleto motivador.
3. En persoas en fase de preparación ou acción que non queiran axuda específica, efectúase unha intervención mínima breve con: consello, folleto de axuda práctica, ofrecemento de substitutos de nicotina e unha visita ou chamada de seguimento.
4. En persoas en fase de preparación ou acción que queren axuda efectúase unha intervención intensiva con 9 visitas en un ano que inclúen intervención conductual e utilización de fármacos: substitutos de nicotina ou bupropion segundo as características do paciente e das experiencias anteriores.
5. En persoas en fase de mantemento realízanse consellos de reforzo.

A todas as persoas incluídas no grupo de intervención realízase esta no maior número de visitas posibles que realizan ao centro por calquera motivo durante os 6 meses do estudo.

Todos os profesionais do grupo de intervención recibiron un curso de formación de 20 horas de carácter práctico.

Control

Os pacientes do grupo control reciben o cuidado habitual nos centros de A.P. Os profesionais foron entrenados para a recollida das variables relevantes no seguimento.

Limitacións do deseño:

Os profesionais do grupo control poden ter lido as diversas guías de práctica clínica ou asistido a cursos de formación onde se recomendarían intervencións similares total ou en parte aos ensaiados neste estudo. En todo caso estes factores se asociarían a un sesgo conservador nos resultados. O cumprimento das recomendacións da guía polo grupo de intervención, tanto por parte dos profesionais como dos pacientes, adoita ser baixo en condicións reais coma as do presente estudo. Isto tamén pode asociarse a un sesgo conservador e diminuír por tanto a efectividade potencial deste tipo de intervención.

¿Que aprendimos e que faríamos doutro xeito?

- ISTAPS é un estudo extraordinariamente complexo.
- Os estudos moi colaborativos e moi multicéntricos son moi ricos e os seus resultados son facilmente aplicables a outros centros de saúde pero 82 centros e 250 profesionais son unha realidade demasiado complexa para xestionar. Correo electrónico non disponible para todos e sempre. Fax nos centros.... En fín, dificultades importantes para manter comunicación fluída para tantos centros e tantos profesionais.
- Non se pode loitar contra dos imponderables. Durante estes anos houbo baixas de longa duración por enfermidade e traslados por OPES, o que en moitos casos retrasou ou interrompíu o estudo.
- Nin o protocolo de captación máis sinxelo é suficientemente sinxelo.
- Participar no estudo está axudando a transferir coñecementos á práctica clínica, como esta sendo o caso de Madrid e Vigo onde o esquema da recollida de datos esta servindo para facer outros estudos.

PREGUNTA

¿Considerar o tabaquismo, coma unha enfermidade adictiva crónica, ten consecuencias para a súa abordaxe terapéutica?

Revisión: El tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica. F.J. Ayesta y M. Otero. Tratado de Tabaquismo. C.A. Jimenez Ruiz y K.O. Fagerström. Pags. 107-117.

¿QUE É UNHA DEPENDENCIA?

Trastorno conductual no que está diminuído o control sobre o consumo dunha determinada substancia.

Condicionamento clásico e operante

O condicionamento clásico é un estímulo que aínda que en principio é neutro adquire un valor engadido -Paulov- que se denomina proceso de incitación predomianante.

Para que a conducta de auto administración se instaure comprende que a substancia consumida teña propiedades reforzadoras. Que exista conducta de búsqueda. Condicionamento instrumental ou operante. A nicotina é a substancia do tabaco que posúe estas propiedades reforzadoras. É por tanto a principal responsable da dependencia tabáquica.

As funcións psicolóxicas e sociais atribuídas ao tabaco poden variar moito segundo as persoas e o ambiente. Daquela, saber que aporta a nicotina é relevante de cara ao tratamento.

Cando se é dependente?

1. Cando existe unha administración repetida.
2. Cando se consome por enriba do desexado.

NICOTINA E DEPENDENCIA

O grao de dependencia que produce a nicotina depende de:

1. Labor de tabaco consumida:

Os cigarros puros e o tabaco de pipa son de carácter alcalino, a nicotina absórvese máis pola cavidade orofarínxea sen necesidade de ter que tragar o fume, producen máis patoloxía local e menos xeral e presentan niveis de nicotemia menores que cos cigarrillos. Porén o fume dos pitillos é máis ácido e para absorberse deben pasar ao pulmón, chegan ao cerebro moi rapidamente (<10 seg.) e producen toxicidade xeral, con niveis máis altos de nicotemia, con picos máis altos e caídas máis bruscas.

A capacidade adictiva, as propiedades reforzadoras, dependen directamente do rápido que se produzan accións a nivel central e da intensidade delas. Isto explica a maior capacidade adictiva da pipa sobre os puros e o tabaco en pipa.

2. Relación fumador-tabaco

10 caladas por pitillo por 20 ao día reforzan cada día 200 veces o seu hábito o que implica máis de 70.000 estímulos asociados por ano. O momento, lugar, situación, circunstancias e condicións de administración poden quedar así intimamente asociados cos efectos da nicotina. Daquela cada fumador ten a súa propia historia e os efectos psicoactivos da nicotina poden ser utilizados con distintos fines: afrontamento de situacións de estrés ou incertidumbre, como recurso para enganar a fame, ferramenta para relacionarse con outras persoas, para buscar maior grao de concentración nun traballo, para aliviar o malestar ocasionado pola sintomatoloxía de privación...

Aínda que a intensidade da dependencia pode variar, podese afirmar que a nicotina é unha das substancias máis adictivas coñecidas.

CONSECUENCIAS DE CONSIDERAR O TABAQUISMO UN TRASTORNOS ADICTIVO

- É un trastorno crónico. Sempre que se teña sido dependente queda unha vulnerabilidade á recaída que no se extingue totalmente no transcurso dos anos.

- As recaídas son parte do proceso.
- Os desexos de consumir veñen precipitados por estímulos orixinalmente neutros que posteriormente se asocian intimamente ao consumo (tomar café, rematar unha tarefa, entrar no coche...). Coñecer e recoñecer estes estímulos é o primeiro paso para afrontar con garantías de éxito o consumo e prevenir as recaídas. Cada persoa debe desenrolar os recursos propios máis convintes.
- Todo trastorno adictivo reduce os mecanismos de afrontamento e a substitución de condutas. Por este motivo o terapeuta debe axudar ao paciente a recoñecer que lle aporta a cada fumador o tabaco. Cando isto non se aborda na consulta pode ser que desenvolvan mecanismos de afrontamento exitosos a curto prazo pero que resulten perxudiciais a medio e longo prazo. Exemplo: utilizar a comida para enfrentarse a situacións de estrés ou renunciar a saír cos amigos por medo a recaer. Os tests de Russell ou Glover-Nilson poden axudar para analizar que aporta a nicotina a cada fumador.
- Necesidade de utilizar os recursos existentes para o cambio. Familiares, sociais...O terapeuta debe axudar a indagar e descubrir cal son eses recursos para cada paciente.
- Importancia de reestructuración cognitiva, axudando a percibir cal poden ser as posibles ideas erróneas: Consumo controlado, efecto de violación da abstinencia...

CONCLUSIÓN

A maior parte dos fumadores son dependentes da nicotina, ou nun sentido máis amplo da labor de tabaco que consomen. Daquela calquera intento de cesación tabáquica require fundamentalmente unha abordaxe do tabaquismo coma unha adicción.

Isto implica que é un proceso crónico do que forman parte as recaídas. Tamén valorar a importancia que teñen os estímulos asociados. Recoñecer o valor adaptativo que para cada fumador ten a súa conduta e de que ferramentas dispón para conseguir o cambio de conduta.

Gran parte dos fracasos en cesación tabáquica, máis que dun uso inadecuado da medicación, derivan da falta de profundización práctica no compoñente adictivo do tabaquismo.

Comentarios: O contido deste artigo resulta imprescindible para empezar a abordar aos nosos pacientes fumadores cunha perspectiva máis racional.

Por iso, a pesares de estar editado en 2004, e dado que existe pouca información ao respecto consideramos que era importante facer referencia a esta lectura.

Hai tamén un apartado, dentro do artigo, sobre os erros máis habituais do feito de non asumir o tabaquismo coma un trastorno crónico que resulta moi ilustrativo.

Os médicos de primaria deberíamos considerar a necesidade de adquirir habilidades na abordaxe das adicións. Este artigo pode darnos as claves non só para a dependencia tabáquica senon para outras coma o alcoholismo que tamén debemos de abordar habitualmente na nosa consulta.

PREGUNTA

¿A lei antitabaco, que conclusións podemos sacar despois de un ano?

A lei antitabaco. Un ano despois. Editorial. Francisco Camarellas Guillem. Coordinador do grupo de abordaxe ao tabaquismo da semFYC. Atención Primaria. 15 Novembro 2006. pax 425-426.

Esta lei ten suposto un importante avance nas políticas de prevención e control do tabaquismo en España, na dirección marcada polos organismos europeos e internacionais.

Prohibe o patrocinio dos produtos do tabaco, toda clase de publicidade e promoción dos citados produtos en todos os medios e soportes. A evidencia empírica demostra que prohibir a publicidade do tabaco, en todos os medios publicitarios, e todas as formas de publicidade directa ou indirecta, pode diminuír até un 7% o consumo do tabaco.

A lei establece, ademais, limitacións á venda, o suministro e o consumo de produtos de tabaco, con restricións de fumar en lugares públicos e no lugar de traballo. Estas restricións e prohibicións protexen non só aos non fumadores, senon que tamén crean un ambiente social que anima aos fumadores a diminuír o consumo e/ou a deixalo.

Aínda non dispoñemos de datos definitivos, pero sí de datos parciais. Nos primeiros 4 meses as vendas de tabaco diminuíron un 7%.

Preveese que a prevalencia global se reduza un 5%.

Segundo un inquérito da semFYC presentada na VII semana sen fume de 2006 coa participación de 2070 pacientes, o 46% dos fumadores intentaron deixalo. Deles só o 14% estiveron máis de 3 meses abstinentes.

Existe unha drástica diminución do fume do tabaco en lugares de traballo, oficinas da Administración, Universidade ou oficinas de empresas privadas. Mentres en locais de hostelería mantense valores similares aos de antes da lei. Igualmente comprobouse unha diminución da cotinina-metabolito da nicotina-na saliva dos camareiros non fumadores que traballan en locais onde se ten vetado o consumo.

A percepción xeral e que a lei estase a cumprir ben no medio laboral e de forma irregular en hostelería. Para un mellor cumprimento da

lei se precisarían criterios homoxeneos de aplicación en todas as comunidades, que ás veces promoven normativas permisivas que non teñen ningunha xustificación en saúde pública.

Segundo a devandita enquisa da semFYC só o 15% da poboación xeral é contraria á lei. A porcentaxe de fumadores que se opón é do 29%. Os responsables políticos non deben de ter medo a alterar a harmonía social por facer cumprir leis reguladoras do tabaco.

A Lei ten puntos de mellora para facer unha reforma da normativa e ampliar a prohibición de fumar absoluta en bares e restaurantes. Non hai ningunha razón para protexer a saúde dos traballadores doutros sectores e non doutros, coma dos camareiros dos bares onde está permitido fumar.

Porén as medidas de prevención e control do tabaquismo estarán incompletas até que non se aborden 2 tipos de medidas políticas:

1. O incremento dos prezos.
2. A asistencia aos fumadores dependentes que queren deixalo.

Por outra banda, compre adicar máis recursos a financiar as políticas de prevención e control do tabaquismo, e avanzar na constitución do Observatorio para a Prevención do Tabaquismo por parte do Ministerio de Sanidade e Consumo, un organismo que debería realizar un seguimento da normativa, propoñer iniciativas, programas, actividades e estratexias de prevención e control do tabaquismo no que resulta imprescindible que estean as sociedades científicas que máis se teñen significado neste campo.

PREGUNTA

¿Qué sabemos sobre Varenicline, o novo fármaco para axudar a deixar de fumar?

Vareniclina para a dependencia do tabaco. The Medical Letter (edición española). Volumen XXVIII. Nº 19-20. 18 setembro e 2 de Outubro 2006. Paxs.: 74-76.

MECANISMO DE ACCIÓN

Agonista parcial que se une selectivamente aos receptores nicotínicos da acetilcolina con maior afinidade que a nicotina; bloquea a unión da nicotina e estimula a actividade mediada polos receptores, aínda que en menor grao ca nicotina. Esta estimulación produce liberación de dopamina, que se cre que é un dos componentes da "gratificación" que reforza o acto de fumar, e libera da ansia e dos síntomas da retirada.

FARMACOCINÉTICA

Absorción rápida no estómago. Concentración máxima plasmática en 4 horas. Coa administración diaria do fármaco, as concentracións plasmáticas alcanzan o estado de equilibrio despois de 4 días. Semivida

de 17-24 horas; metabolismo mínimo excretada practicamente inalterada polos riles.

ESTUDOS CLÍNICOS

Tres ensaios, aleatorios, dobre cego e controlados con placebo. Dous deles con ensaio idéntico e comparaban 1 mg de vareniclina duas veces ao día con 150 mg de bupropion de liberación mantida dous veces ao día e con placebo. Ás 12 semanas, as taxas de abandono tabáquico en ambosos dous estudos eran 18% con placebo, 30% con bupropión e 44% con vareniclina, diferenzas estatisticamente significativas. Nove meses despois de rematado o tratamento as taxas de abandono quedaron en 8% e 10% placebo, 15 e 16% con bupropion e 22 e 23% con vareniclina.

O terceiro estudo avaliou a administración de vareniclina durante un periodo adicional de 12 semanas. 1928 pacientes recibiron inicialmente 1 mgr.de vareniclina en reximen aberto duas veces ao día. Ás 12 semanas, aqueles que responderon e non fumaron ao menos 7 días (63%) foron distribuídos aleatoriamente para continuar con veraniclina ou cambiar a placebo. As taxas de abandono foron significativamente mellores con vareniclina que con placebo ao final das segundas 12 semanas de tratamento (71% frente a

55%), e seguiron sendo mellores da semana 13 á 52 (44% frente a 37%).

EFECTOS ADVERSOS

O máis frecuente náuseas que son dosedependentes, de intensidade leve-moderado e diminuíndo co uso continuado do fármaco. Un 3% interrompíu o tratamento por elas.

Outros efectos: sonos anormais (13%), estreñemento (8%), vómitos (5%), flatulencia (6%), e xerostomía (6%).

Noutro estudo de seguridade de 1 ano de duración, non publicado pero descrito na ficha técnica, o 40% dos tratados con 1mg de Veraniclina duas veces ao día notificaron náuseas, en comparación co 8% dos pacientes tratados con placebo.

Segundo o fabricante, o uso de Veraniclina pode producir unha leve dependencia física, aínda que non se ten descrito adicción nen abuso.

Clasificada pola FDA dentro da categoria C (non se pode descartar o risco) para o seu uso no embarazo.

**DOBUPAL
RETARD**
VENLAFAXINA
LA REMISIÓN ES LA SALIDA

estar con
mis hijos
¡lo mejor
del día!

EFICACIA EN
DEPRESIÓN

En depresión,
usted puede marcar
la diferencia.

- **Dobupal Retard[®], antidepresivo de acción dual: inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina.**
- **Dobupal Retard[®], tratamiento de elección en pacientes:**
 - con depresión endógena⁽¹⁾
 - con depresión recurrente^(2,3)
 - con depresión resistente a ISRS^(4,5)
 - depresivos somatizadores^(6,7)

10 AÑOS DE
ÉXITO

Evidencia
Científica



Almirall

Soluciones pensando en ti

www.almirall.es

Aumento de peso- O medo ao aumento de peso fai que algúns fumadores non intenten deixar de fumar e é unha das principais causas de recaída. Ao contrario que o Bupropion e a maioría dos medicamentos con Nicotina, Vareniclina non diminúe o aumento de peso que se adoitaba observar ao deixar de fumar. Entre os pacientes que deixaron de fumar despois de 12 semanas de tratamento, o promedio de aumento de peso foi de 3,2 Kg con placebo, 2,7 Kg con Vareniclina e 1,8 con Bupropion.

O antagonista H2 cimetidina, que diminúe o aclaramento renal de Vareniclina, aumentou as súas concentracións séricas nun 29%.

Aínda que a administración simultánea Vareniclina e Nicotina transdérmica non afectou á farmacocinética da Nicotina, a incidencia de náuseas, cefalea, vómitos, mareos, dispepsia e fatiga foi máis frecuente coa combinación que coa nicotina transdérmica soa. 8 de 22 suspenderon o tratamento coa combinación prematuramente (36%), fronte a 1 de 17 que suspendeu a nicotina transdérmica máis o placebo.

DOSIFICACIÓN

Dose inicial recomendada 0,5 mg durante 3 días, seguidos de 0,5 dúas veces ao día os días 4 a 7. Incrementando ate 1 mg dúas veces ao día até completar as 12 semanas de tratamento. O fabricante recomenda que o paciente elixa unha data para deixar de fumar e comence con Vareniclina 1 semana antes desa data. Os pacientes que deixaron de fumar durante as 12 primeiras semanas deberían continuar durante un segundo ciclo de 12 semanas. No prospecto non se indica ningún límite á duración total do tratamento.

Deberíase reducir a dose de Vareniclina en pacientes con insuficiencia renal grave.

CONCLUSIÓN

Vareniclina parece ser moderadamente eficaz no aumento das taxas de abandono do tabaquismo. É máis eficaz que Bupropion para esta indicación, pero non reduce coma Bupropion o aumento de peso que ocorre tras deixar de fumar. Aínda queda por determinar se Vareniclina é máis eficaz ca os fármacos que conteñen nicotina. As náuseas son un efecto adverso frecuente. Descoñécese a seguridade a longo prazo de Vareniclina.

COMENTARIOS

Ao respecto da dose, as diferenzas entre utilizar 0,5 ou 1 mg por toma existen ao cabo de 12 semanas (hai abstinencia nun 51% para a dose de 1 mg fronte ao 38% con 0,5mg). Porén ás 52 semanas a taxa de abstinencia é exactamente a mesma porcentaxe 31% para ambas doses. (Naiura et al (2006) Nature Rev. 5:537).

No tocante ao ampliar 12 semanas máis o tratamento nos pacientes que deixaron de fumar nas primeiras 12 semanas, a diferenza

sendo significativa estatisticamente (43,6% vs 36,9% ás 52 semanas), ten fundamentos para a crítica. Os dous brazos: un que segue con Vareniclina e outro que pasa a tomar placebo, o cego deste último é relativo porque estes pacientes probablemente deixarían de notar algúns dos efectos secundarios pouco ostensibles que tiñan cando sí tomaban o fármaco.

Outra curiosidade, Vareniclina non é unha molécula totalmente orixinal, semella moito a Cystisine, alcaloide derivado do Cystus Laburum que se utilizaba en algúns países do Leste europeo como substituto do tabaco até os anos 60. Non sabemos se aínda seguirase a utilizar por alguén.

Nas semanas previas á remisión deste resumo a Cadernos, estase a facer un amplo debate dentro do GAT-SEMFYC. Estas son algunhas das conclusións:

- Vareniclina parece ser un fármaco prometedor para o tratamento do tabaquismo.
- Non existen estudos en atención primaria sobre a súa eficacia. Os dous estudos feitos até agora efectuáronse en Unidades Especializadas de Tabaquismo
- Non debería ser prescrito en pacientes que teñan medo a engordar.
- É moi caro.
- Probablemente a metade da dose indicada polo laboratorio sexa igualmente eficaz
- A súa utilización debería restrinxirse a aqueles fumadores que teñan contraindicacións ou efectos adversos importantes con Bupropion ou TSN. Ou nos que teñan feito intentos previos nos que quedase demostrada a ineficacia destes dous tipos de fármacos.

PREGUNTA:

¿Hai diferenzas de xénero no consello antitabaco por parte dos profesionais de atención primaria?

R. Córdoba-García, J.L. Álvarez, A. Monreal-Hijar y F.J. Pablo-Cerezueta. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Servicio Aragones de la Salud. Zaragoza. España. "Los profesionales sanitarios de atención primaria aconsejan más a los hombres fumadores que a las mujeres fumadoras". Atención Primaria. 2006; 37 (7)

Palabras clave: Prevención, Género, Tabaquismo

Unha curiosa carta de investigación publicada na revista de Atención Primaria do ano 2006 nos alerta sobre un tema importante relacionado coa prevención do tabaquismo según a perspectiva de xénero na atención primaria.

Rodrigo Córdoba e Colaboradores **enquísan a 5.758 usuarios de 21 centros de saúde** de Aragón seleccionados aleatoriamente. Os

entrevistadores foron médicos residentes que non tiñan responsabilidades asistenciais sobre os usuarios entrevistados. A enquisa recollía datos de tipo demográfico, consumo de tabaco, estadios do cambio aplicando cuestionarios validados.

Os principais **resultados** foron:

De todos os usuarios que contestaron o inquérito son fumadores 1.601 (prevalencia do 28%). Estímase que nun un cupo estándar de 1.500 usuarios se atende a 400 fumadores consultantes habituais. Como a prevalencia na poboación xeral e algo maior sabemos que están adscritos 525 fumadores. Polo que os autores deste traballo afirman que o 76% dos fumadores acode, cando menos unha vez ao ano, á consulta de atención primaria.

Do total de fumadores 53% son homes e 47% mulleres. A media de cigarrillos ao día era de 17, a idade media é de 41 anos, e o 52% tiña criterios de dependencia á nicotina moderada-severa. Tabla 1.

Na discusión os autores reflexionan sobre los siguientes puntos:

- A idade das mulleres, en promedio, é 10 anos menor que a dos homes fumadores. Aínda que no grupo de idade máis novo as prevalencias do tabaquismo son iguais en función do sexo. En idades medias segue habendo importantes diferenzas que tenderán a diminuír nos próximos anos.
- Non hai diferenzas entre homes e mulleres no tocante a idea de deixar de fumar, aínda que elas fuman menos cigarrillos ao día.

- Só 1 de cada 2 fumadores é aconsellado polo seu médico de cabeceira, e se aconsella máis aos de maior idade. Somente 1 de cada 3 fumadores é aconsellado polo seu profesional de enfermería.
- Os homes fumadores son máis aconsellados que as mulleres fumadoras, tanto polo seu médico como pola súa enfermeira.

Conclúen os autores que aínda que estas diferenzas non aparecen noutros estudos, estos achados deben ser motivo para reflexionar e reforzar a idea de ter en conta a perspectiva de xénero na prevención do tabaquismo.

AS NOSAS CONCLUSIÓNS:

Este estudo pon de manifesto que debemos investigar máis sobre as diferenzas da atención sanitaria prestada segundo a perspectiva de xénero, no caso do tabaquismo ou doutros factores de risco ou patoloxías.

O tabaquismo estase a converter nun problema moi grave para as mulleres, non só para si mesmas senón polo seu papel reproductor, para os futuros nenos. A súa función modélica e educativa ten un papel moi importante nos inicios dos hábitos e nas condutas dos fillos máis pequenos.

A muller en xeral é a poboación diana, en especial as nenas e as máis novas, da publicidade enganosa da industria tabaqueira, para conseguir que se inicien no consumo desta adicción.