

# VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

## DESHABITUACIÓN TABÁQUICA SEGURA: TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR

**Autor principal** MARÍA DE LA ALMUDENA CERVERA MATA

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

**Palabras clave** TABACO TRATAMIENTO EFICACIA SEGURIDAD

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Actualmente la causa más frecuente de muerte evitable continúa siendo el tabaquismo. Por ello es fundamental ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Actualmente la combinación de la terapia cognitivo conductual con la farmacológica es el tratamiento más efectivo. Repasamos el tratamiento farmacológico, sus indicaciones, cómo podemos utilizarlo y unas pautas en la terapia cognitivo conductual

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Según la OMS del año 2013, el consumo de tabaco, sigue siendo la primera causa de mortalidad evitable en el mundo, y una de las principales causas de enfermedad y mortalidad en la Unión Europea.

En España, la Encuesta Nacional de Salud del año 2012, muestra que el 24% de la población de 15 o más años afirma que fuma a diario; 3,1% es fumador ocasional; el 16,6% se declara exfumador y el 53,5% nunca ha fumado. Se observa una disminución anual en el número de fumadores masculinos y un aumento en fumadoras.

Se establece la edad media de inicio en el consumo de tabaco es de 17,2 años, y del inicio del consumo diario fue de 19,21 años.

La población de los países del norte de Europa tiene una prevalencia del 20% de fumadores, mientras que en todos los países de la cuenca mediterránea es superior al 30%.

Actualmente el tabaquismo está codificado en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, con el código F17. 1

**Objetivos:**

**General:**

-Conocer el tratamiento más seguro para dejar de fumar.

**Específicos:**

-Realizar una revisión del tratamiento (farmacológico y no farmacológico) más efectivo.

-Conocer la administración adecuada del tratamiento farmacológico.

**Hipótesis**

¿Cuál es la forma más segura y eficaz para dejar de fumar? ¿Qué papel tiene la enfermera en la deshabituación tabáquica?

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Revisión sistemática de la literatura mediante búsqueda en bases de datos científicas: PUBMED, MedLine Plus, y revistas electrónicas como ELSERVIER. Descriptores smoking cessation y treatment tobacco.

Artículos que estuvieran almacenados en alguna de estas bases, que estuvieran estructurados de forma adecuada, y que trataran sobre los 3 fármacos más utilizados en deshabituación tabáquica para poder realizar la comparación. Hemos consultado artículos en inglés y en español.

La enfermera en Atención Primaria tiene principalmente un papel preventivo. Atención Primaria es una gran oportunidad para captar a pacientes fumadores y comprobar en qué fase de deshabituación tabáquica se encuentran según Proschaska y Diclemnte.

La consulta de deshabituación tabáquica puede ser llevada por el personal médico o de enfermería, aunque el tratamiento farmacológico debe de ser prescrito por un facultativo. Se recomienda que la realice aquel personal sanitario que se encuentre preparado y que tenga una buena relación terapéutica con el paciente.

En 2002 se publicó el primer documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. El tratamiento más efectivo es la combinación de terapia cognitivo conductual más el tratamiento farmacológico que precise el paciente; grado de evidencia tipo A.

**Terapia cognitivo conductual**

La terapia psicológica consiste en modificar la conducta del fumador de manera que sea capaz de sustituir y suprimir el impulso adquirido de fumar. La más utilizada es la cognitivo-conductual, busca la modificación de la conducta mediante un refuerzo positivo.

Para el abordaje en consulta existen las siguientes estrategias:

La intervención mínima no farmacológica. Se caracteriza por ser de una duración menor de 10 minutos, con un número de sesiones menor a 4 y con un tiempo total dedicado a la intervención inferior a 30 minutos.

La intervención intensiva es aquella que en cambio dura más de 10 minutos por sesión, de más de 4 sesiones y un tiempo total superior a 30 minutos.

La entrevista motivacional, es aquella que trata de ayudarle a desarrollar sus propias habilidades, para animarle a que cambie su estilo de vida no saludable.

En la terapia individual se establece una primera visita de contacto con el paciente, se recogen los datos clínicos, el paciente decide la fecha en la que dejará de fumar y se le prescribe tratamiento farmacológico.

A lo largo del seguimiento se analizan la aparición de síntomas del síndrome de abstinencia, la forma de superar situaciones de riesgo y la tolerancia al tratamiento farmacológico. La estructura de las sesiones y el número e intervalo entre ellas se realizará de forma individualizada según las necesidades.

Tratamiento farmacológico:

Tratamiento sustitutivo de nicotina TSN:

Administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo del cigarrillo, y en una cantidad que fuera suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero que fuera insuficiente para crear dependencia. La administración se hace por vía oral, si se trata de chicles de nicotina, inhalador bucal, caramelos de nicotina; por vía transdérmica: parches de nicotina, y por vía nasal si se utiliza el spray nasal.

La concentración plasmática de nicotina nunca alcanza a los niveles que se obtienen cuando se fuma un cigarrillo.

Se consideran con bajo grado de dependencia a los fumadores que consumen menos de 20 cigarrillos diarios o que fuman su primer cigarrillo 30 min después de levantarse.

Por el contrario, los que consumen 20 o más cigarrillos o que fuman su primer cigarrillo antes de los 30 min de levantarse tienen alto grado de dependencia.

Este tratamiento tiene una eficacia alrededor de 30-35% al cabo de 1 año de seguimiento.

Los chicles de nicotina es una pieza de goma de mascar que contiene 2 ó 4 mg de nicotina. Mediante la masticación, la nicotina es liberada al interior de la cavidad bucal donde es absorbida a través de la mucosa para alcanzar la sangre, y desde allí estimular los receptores nicotínicos de las membranas de las neuronas.

La pieza se debe masticar lentamente, y cuando el fumador sienta un sabor fuerte dejará de masticar y guardará el chicle entre la mejilla.

Efectos adversos de los chicles de nicotina son la irritación orofaríngea, la pirosis y el dolor de la articulación temporomandibular.

La TSN tiene pocas contraindicaciones: fumadores con cardiopatía isquémica de menos de 4 semanas de evolución y en sujetos con arritmias cardíacas graves. Valorar su utilización en embarazadas y mujeres lactantes.

Comprimidos para chupar: contienen 1 o 2mg de nicotina. Dosis 1 comprimido cada hora mientras el sujeto este despierto durante 6-8 semanas.

Parches de nicotina: Hay 2 tipos de parches, de 24h y de 16h que se deben de utilizar cuando el sujeto este despierto.

El parche debe ser adherido a una zona limpia de la piel, sin vello, en las extremidades superiores o en el tronco. El parche será colocado todos los días en el momento de levantarse y se retirará ese mismo día al acostarse, si el parche fuese de 16 horas, o al día siguiente al levantarse, si fuese de 24 horas. Es recomendable cambiar todos los días el sitio de colocación del parche para evitar la aparición de efectos adversos locales.

Recomendaciones:

Los parches de nicotina deben ser utilizados en fumadores con leve-moderada dependencia física por la nicotina. En fumadores con dependencia severa (7 ó más puntos en el test de Fagerström), conviene utilizarlos a dosis altas y en combinación con los chicles de nicotina.

Los parches de nicotina deben ser utilizados durante un periodo no inferior a 6-8 semanas y no superior a 12.

Los parches deben ser utilizados a dosis altas durante las primeras 4-6 semanas. En el caso de parches de 16 horas, la dosis alta recomendada es de 25 mg /día; esta dosis se consigue con la utilización conjunta de un parche de 15 mg más otro de 10. Para el parche de nicotina de 24 horas la dosis alta es de 21 mg/día. 3, 4,5

Bupropion:

Actúa a nivel del núcleo accumbens inhibiendo la recaptación neuronal de dopamina; este efecto explicaría la reducción del craving que los fumadores experimentan cuando lo utilizan.

El Bupropion a dosis de 300mg tiene una eficacia alrededor del 30-35%,

Los principales efectos adversos de bupropión son insomnio, cefaleas, temblor y, en ocasiones, reacciones cutáneas leves de hipersensibilidad.

Está contraindicado en sujetos con epilepsia u otros trastornos convulsivos, en la anorexia nerviosa y en la bulimia.

No obstante, esta es una recomendación consistente con calidad de evidencia moderada.3, 4,5

Vareniclina:

La vareniclina es un nuevo fármaco de reciente introducción en España que ha sido aprobado por la Agencia Europea del Medicamento como tratamiento específico para dejar de fumar.

Es un fármaco que, como el bupropion, requiere prescripción médica para que se dispense en las oficinas de farmacia, aunque no se encuentra financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Actúa como agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. Por ser un agonista tiene la capacidad de estimular el receptor nicotínico y por ello es capaz de controlar el craving y el síndrome de abstinencia. Pero, por ser un antagonista, es capaz de bloquear los efectos que la nicotina produce sobre el receptor.

Facilita que las recaídas que pueda padecer no se acompañen de sensación placentera y recompensa, y por ello este fármaco ayuda a evitar que una recaída se convierta en fracaso.

La tasa de cesación del hábito tabáquico es del 30-35% al cabo de un año de seguimiento.

Otra de sus características es que se elimina casi en su totalidad a través de la orina sin metabolización hepática, ello hace que no presente problemas de interacción con otros medicamentos.

La Cochrane Library ha realizado, que la utilización de vareniclina en un intento por dejar de fumar multiplica por tres las posibilidades de éxito al cabo del año de seguimiento.

Durante la primera semana los sujetos podrán fumar y deberán utilizar el fármaco a dosis de 0.5 mg una vez al día, durante los tres primeros días y después a dosis de 0.5 mg dos veces al día hasta completar la primera semana. Pasado este tiempo, el sujeto deberá abandonar el consumo de tabaco y comenzar a utilizar el fármaco a dosis de 1 mg dos veces al día hasta completar doce semanas de tratamiento.

Los efectos adversos más frecuentes son las náuseas, flatulencia, insomnio y sueños anormales.

Seguridad del fármaco:

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) hizo públicas en 2007 las conclusiones en relación a la aparición de síntomas depresivos en algunos fumadores que tomaban vareniclina para dejar de fumar.

Recomendaciones

- Utilizarse exclusivamente bajo prescripción médica.

- Debe tenerse especial precaución en pacientes con alteraciones psiquiátricas subyacentes. Existe la posibilidad de que cualquier paciente, desarrolle síntomas depresivos, alteraciones graves de la conducta e ideación suicida.

Todos los pacientes en tratamiento con este medicamento deben ser informados al respecto.

- En el caso de que en un paciente en tratamiento con vareniclina aparezca cualquiera de esas alteraciones debe suspenderse el tratamiento inmediatamente. 3, 4,5

**» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Aproximadamente el 24% de la población fuma a diario. Atención Primaria es la entrada al Sistema Sanitario, y la consulta de enfermería un buen escenario para realizar una intervención mínima para dejar de fumar.

Tras realizar la historia tabáquica del paciente y conocerle como fumador podemos realizar una intervención más intensiva. En la que podemos comenzar la terapia cognitivo conductual y valorar la necesidad de tratamiento farmacológico según se adapte mejor a la situación del paciente. Tras la revisión bibliográfica hemos observado que tanto la TSN, como el Bupropión o la Vareniclina son fármacos seguros y con una efectividad bastante similar. Es muy importante utilizar el tipo de fármaco adecuado según el grado de adicción a la nicotina y el grado de motivación del paciente para dejar de fumar.

Paciente con test de Fagerström >7 sería recomendable utilizar Vareniclina o Bupropion o TSN a dosis altas. Los resultados siempre son mayores si se combina con la terapia cognitivo conductual.

**» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Todos los tratamiento farmacológicos deben de ser lo suficientemente seguro, el beneficio al administrar ese tratamiento debe superar al riesgo. Tras la revisión bibliográfica, el TSN es el tratamiento más seguro, ya que se contraindica en tan solo dos circunstancias; como el IAM en las últimas 4 semanas o sujetos con arritmias graves. El Bupropión está contraindicado en más situaciones: epilepsia u otros trastornos convulsivos, en la anorexia nerviosa y en la bulimia.

La Vareniclina es un fármaco nuevo que en muchas circunstancias no ha sido lo suficientemente estudiado. Debe de tenerse una precaución especial en los pacientes que han tenido o puede tener una patología psiquiátrica subyacente. Aunque se han realizado algún ensayo clínico con pacientes que presentan esquizofrenia y los resultados de eficacia eran similares a la de los pacientes sin patología psiquiátrica.

En general, los fármacos para la deshabituación tabáquica son lo suficientemente seguros,

**» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Tras esta revisión bibliográfica, y la conclusión de que aproximadamente el 30-35% de los pacientes que comienzan un tratamiento de deshabituación tabáquica al año de la intervención, ya no fuman; sería interesante continuar esta línea de investigación y combinarlo con un plan estandarizado de enfermería.

Realizar un estudio prospectivo de seguimiento de una cohorte en el que se selecciona una muestra de pacientes fumadores, y a los que se les administre el tratamiento farmacológico más adecuado para ellos; más una serie de intervenciones estructuradas. Estas intervenciones estarían basadas en metodología enfermera (NANDA, NIC, NOC). Muy interesante sería seguir a los pacientes según su necesidad y reevaluar a los 6 y 12 meses para comprobar si han finalizado el proceso.

**» BIBLIOGRAFÍA.**

1. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>
2. A. Ochoa-Prieto, R. Aurrecochea-Corral, P. Llanderas-López. Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. Resultado de 5 años de intervención en un centro de salud. Semergen. 2010;36(7):377385
3. J. García-Galbis Marín, M. Leal Hernández, F. Hernández Menarguez y J. Abellán Alemán. Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. Pag 4-5, 2012.
4. José-Luis Díaz-Maroto Muñoz. Carlos A. Jiménez Ruiz. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. del Sistema Nacional de Salud. Volumen 32, Nº 3/2008.
5. Carlos A. Jiménez-Ruiz, Juan Antonio Riesco Miranda, Ángela Ramos Pinedo Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. Arch Bronconeumol. 2008;44 (4):213-9.