

Repercusión cardiovascular del tabaquismo

José Luis Díaz-Maroto Muñoz

1. Últimas evidencias

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica según queda recogido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Su consumo produce comportamientos adictivos con aparición de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. La deshabituación tabáquica constituye generalmente un largo proceso con frecuentes recaídas en las que la intervención sanitaria protocolizada es eficaz.

El consumo de tabaco está asociado a la aparición de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y oncológicas, entre otras. En un 95% de los casos la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se asocia al uso del tabaco, un 20 a 30% de las muertes coronarias son atribuibles al consumo de esta sustancia y es el agente carcinógeno más frecuentemente asociado al cáncer de pulmón. El consumo de un paquete diario de cigarrillos acorta en 6 años la expectativa de vida, multiplica por 3 las bajas laborales por enfermedad y las alarga en un 15%.

El tabaquismo es un importante factor de riesgo cardiovascular modificable. Contribuye a la arteriosclerosis a través de alteraciones en los neurotransmisores, en la estructura y concentración de las lipoproteínas, facilita la aparición de lesión endotelial, y altera los sistemas inmunitario y de la coagulación.

La acción nociva del tabaco depende de los años de consumo y de la cantidad de cigarrillos fumados, en una relación lineal dependiente de la dosis. Aunque su efecto sobre el sistema cardiovascular está demostrado en ambos sexos, se ha visto que aumenta la morbilidad cardiovascular aún más en la población femeni-

na, en la que anula el efecto beneficioso de los estrógenos. Se ha demostrado también un mayor riesgo de morbimortalidad por cualquier causa y cardiovascular en los fumadores pasivos.

Tanto la simple recomendación de un médico como la de asesores entrenados incrementan el número de personas que dejan de fumar. Los análisis de costes realizados sobre las intervenciones para dejar de fumar muestran que es una de las actividades preventivas con una mejor relación coste-efectividad. Tanto la sustitución de la nicotina en cualquiera de sus formas, como el tratamiento con bupropión aumentan el número de abandonos del hábito. Actualmente no hay evidencia de que un tratamiento farmacológico supere a otro en éxitos, ni de que una terapia combinada sea significativamente más efectiva que otra. Las diferentes guías de consenso dejan libertad al profesional y al paciente para la elección del tratamiento que consideren más adecuado.

La reducción del riesgo coronario de los fumadores se produce en los primeros meses del abandono del tabaco, y este riesgo se iguala al de los individuos no fumadores, en prevención secundaria, en un plazo de 2 a 3 años.

2. Manejo del paciente fumador

Captación

Se debe de preguntar sobre el consumo de tabaco a toda persona que acuda a la consulta de cualquier profesional sanitario y registrarlo en su historia clínica (tabla 53).

Tabla 53. Anamnesis específica del hábito tabáquico

- Cantidad de tabaco consumida en cigarrillos día.
- Años de consumo.
- Intentos previos de abandono del consumo del tabaco (test de Richmond).
- Motivos de las recaídas.
- Grado de motivación del fumador para abandonar la adicción.
- Referencia temporal del consejo antitabaco por parte del personal sanitario para facilitar la reintervención.

Sería conveniente enmarcar el consumo de tabaco en una valoración global del riesgo cardiovascular y en una anamnesis de criterios clínicos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Se considera fumador, según la OMS, a todo individuo que haya consumido al menos un cigarrillo al día en el último mes. En los fumadores debe evaluarse la fase del proceso de abandono del hábito, según muestran la figura 6 y la tabla 54. El consejo antitabaco en fumadores y ex-fumadores se debe reforzar periódicamente, ofreciendo al fumador un seguimiento que sea capaz de ayudarlo en el abandono de la adicción.

En todo paciente dispuesto a abandonar el hábito tabáquico se debe de realizar una anamnesis, una exploración física (tabla 55), una valoración del grado de dependencia nicotínica mediante el test de Fagerström (tabla 56), una estimación de la motivación por medio del test de Richmond (tabla 57) y un análisis de la dependencia psicológica-conductual con el test de Glover Nilson (tabla 58).

El test de Fagerström proporciona datos sobre el grado de dependencia a la nicotina que se correlacionan con la intensidad del síndrome de abstinencia. Por ello, en los

Fases de preparación y de acción

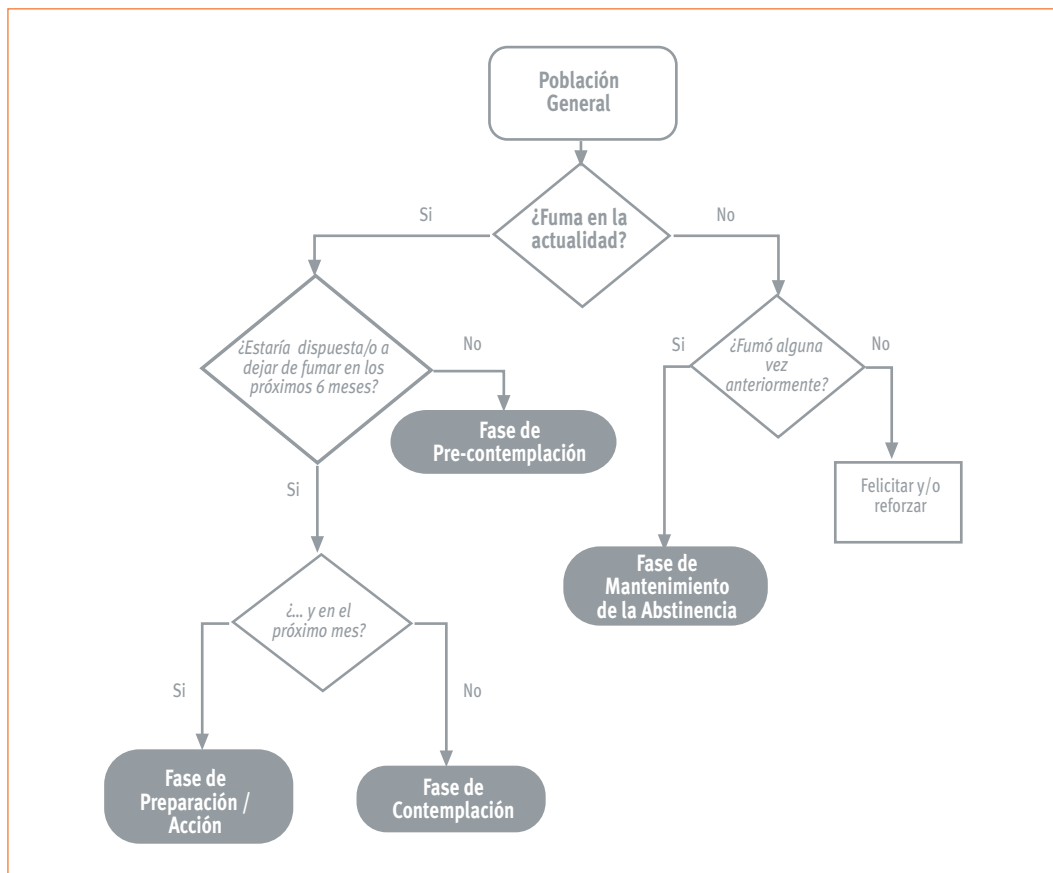


Figura 6.- Fases del proceso de abandono del hábito tabáquico

Tabla 54. Fases del proceso de abandono del hábito tabáquico e intervención recomendada

FASE	PACIENTES A LOS QUE INCLUYE	INTERVENCIÓN
Fase de precontemplación	Pacientes que no piensan dejar de fumar en los próximos 6 meses	Información sobre el tabaco, sus perjuicios y, sobre todo, los beneficios de dejar de fumar; se acompañará de un folleto informativo
Fase de contemplación	Pacientes que piensan dejar de fumar en los próximos 6 meses	Consejo sanitario, información escrita y ayuda sanitaria para dejar de fumar; se entregará una guía para dejar de fumar
Fase de preparación	Pacientes que se plantean dejar de fumar en el próximo mes	Además de las anteriores, se realizará el plan diagnóstico y la oferta terapéutica
Fase de acción	Pacientes que han dejado de fumar en los últimos 6 meses	Confirmación de la abstinencia, congratulación y refuerzo positivo
Fase de mantenimiento	Pacientes que llevan 6 meses sin fumar	Confirmación de la abstinencia, congratulación y refuerzo positivo

pacientes que muestren una puntuación elevada se recomienda la utilización de terapia sustitutiva para intentar el abandono del hábito.

El test de Glover Nilson facilita información sobre el apoyo psicológico que puede ser necesario durante el proceso de abandono.

El test de Richmond permite conocer si el paciente está preparado para hacer un intento serio de abandono. En general, se considera que para incluir un paciente en un programa de tratamiento es necesario que en este test obtenga al menos 9 puntos. Es útil aconsejar

al paciente el ejercicio de plasmar por escrito los motivos para dejar de fumar, las circunstancias que le incitan a hacerlo, e incluso los posibles remedios.

En esta fase, además del apoyo psicológico, se debe ofertar tratamiento farmacológico siempre y cuando no existan contraindicaciones, al menos en los fumadores de más de 10 cigarrillos día, ya que diferentes estudios han demostrado que se triplica la probabilidad de éxito, especialmente en pacientes con depen-

Tabla 55. Anamnesis y exploración recomendadas al comienzo del proceso de abandono del tabaco

Historia de tabaquismo (tabla 53)
Hábitos de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos alimenticios - Hábito intestinal - Patrón de descanso
Actitud y autoestima: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la autopercepción de la imagen corporal - Equilibrio emocional
Exploración física: <ul style="list-style-type: none"> - Índice de masa corporal - Presión arterial - Auscultación cardíaca y pulmonar
Pruebas complementarias ocasionalmente pertinentes: <ul style="list-style-type: none"> - Cooximetría de aire espirado - Análisis de sangre - Espirometría

SEMERGEN DoC

Documentos Clínicos SEMERGEN

dencia moderada-alta. Son útiles los sustitutos de la nicotina, en forma de chicles, comprimidos, spray nasal o parches, y el bupropión. Sus formas de uso y sus características quedan reflejadas en las tablas 59 y 60.

Fase de mantenimiento

El paciente que inicia el proceso de abandono del tabaco debe de ser atendido periódicamente, al menos en la primera semana,

Tabla 56. Test de Fagerström para la valoración del grado de dependencia a la nicotina

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 5 minutos • De 6 a 30 minutos • De 31 a 60 minutos • Más de 60 minutos 	<p style="text-align: right;">3 2 1 0</p>
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine)?	<ul style="list-style-type: none"> • SÍ • NO 	<p style="text-align: right;">1 0</p>
¿Qué cigarrillo le desagradaría más dejar de fumar?	<ul style="list-style-type: none"> • El 1º de la mañana • Cualquier otro 	<p style="text-align: right;">1 0</p>
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 10 • 11-20 • 21-30 • ≥ 31 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3</p>
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	<ul style="list-style-type: none"> • SÍ • NO 	<p style="text-align: right;">1 0</p>
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	<ul style="list-style-type: none"> • SÍ • NO 	<p style="text-align: right;">1 0</p>

≤ 3puntos: Baja dependencia a la nicotina

4-6 puntos: Dependencia moderada

≥ 7puntos: Alta dependencia a la nicotina

Fuente: Fagerström KO. Measuring degree of addiction to tobacco smoking with reference to individualization for treatment for smoking cessation. *Addict Behav* 1978;34:235-341.

Tabla 57. Test de Richmond para la valoración del grado de motivación

<p>¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?</p> <p>No: 0 puntos Sí: 1 punto</p>
<p>¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?</p> <p>Nada en absoluto: 0 puntos Algo: 1 punto Bastante: 2 puntos Muy seriamente: 3 puntos</p>
<p>¿Intentará usted dejar de fumar en la próximas dos semanas?</p> <p>Definitivamente no: 0 puntos Quizás: 1 punto Sí: 2 puntos Definitivamente sí: 3 puntos</p>
<p>¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?</p> <p>Definitivamente no: 0 puntos Quizás: 1 punto Sí: 2 puntos Definitivamente sí: 3 puntos</p>

Puntuación menor o igual a 6: Baja motivación

Puntuación con valores entre 7 y 9: Moderada motivación

Puntuación igual a 10: Alta motivación



Tabla 58. Test de Glover-Nilson en su versión resumida para la valoración de la dependencia psicológica-conductual

	Nada 0	Algo 1	Moderado 2	Mucho 3	Muchísimo 4
1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí					
2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar					
	Nunca 0	Raramente 1	A veces 2	A menudo 3	Siempre 4
3. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?					
4. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?					
5. ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?					
6. ¿Cuándo se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?					
7. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?					
8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?					
9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?					
10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?					
11. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro o a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?					

Las preguntas 1, 4 y 5 miden dependencia psicológica.

La pregunta 11 mide dependencia social.

Las preguntas 2, 3, 6-10 miden dependencia gestual.

Puntuación de 0-11: Dependencia conductual leve

Puntuación de 12-22: Dependencia conductual moderada

Puntuación de 23-33: Dependencia conductual severa

Puntuación de 34-44: Dependencia conductual muy severa

SEMERGEN DoC

Documentos Clínicos SEMERGEN

al mes, a los 3 y 6 meses del inicio del abandono. En todas las visitas el paciente debe de sentirse amparado y ser reforzado positivamente. Algunos pacientes, pese a estar motivados, por sus características propias o por sus antecedentes tienen mayor dificultad para dejar de fumar o precisan un seguimiento más estrecho. Los criterios de derivación a unidades especializadas de tabaquismo quedan reflejados en la tabla 61.

Consideramos a un paciente ex-fumador cuando lleva un año sin fumar, y recaída cuando la persona vuelve a fumar al menos un cigarrillo al día. Si aparece ésta debemos analizar con el paciente el motivo y el momento en el que ha ocurrido y valorar de nuevo el inicio en la fase de cambio.

Tabla 59. Sustitutos de nicotina

	CHICLES DE NICOTINA	COMPRI- MIDOS DE NICOTINA PARA CHUPAR	SPRAY NASAL DE NICOTINA	PARCHES DE NICOTINA DE LIBERACIÓN SOSTENIDA DURANTE 24 HORAS	PARCHES DE NICOTINA DE LIBERACIÓN SOSTENIDA DURANTE 16 HORAS
Contraindicaciones	Infarto reciente de menos de 4 semanas de evolución, arritmias cardíacas graves, angina inestable, hipertensión arterial maligna grave				
Dosificación	2-4 mg/2 horas hasta un máximo de 60 mg/día durante 12 semanas. Reducir paulatinamente a partir de la 6ª semana.	2 mg/1-2 horas. Dosis diaria de 1 a 2 comprimidos. Es posible doblar la dosis en fumadores muy dependientes. Mantener el tratamiento 3 meses y reducir paulatinamente.	1 pulverización en cada fosa nasal cuando se tenga el deseo de fumar. No administrar más de 6 pulsaciones a la hora ni más de 80 pulsaciones al día. Mantener el tratamiento 3 meses y reducir paulatinamente.	En fumadores de más de 30 cigarrillos día, 1 parche de 30 mg. Cada 4 semanas reducir 10 mg. Los fumadores de 10 a 20 cigarrillos día comenzarán directamente por la dosis de 20 mg.	En fumadores de más de 30 cigarrillos día, 1 parche de 15 mg. Cada 4 semanas reducir 5 mg. Los fumadores de 10 a 20 cigarrillos día comenzarán directamente por la dosis de 10 mg.

Tabla 60. Características y forma de uso del bupropión

Tipo de fármaco	Antidepresivo de segunda generación. Disminuye el deseo de fumar y el síndrome de abstinencia
Posología	1 comprimido de 150 mg por la mañana durante los primeros 6 días. Posteriormente 1 comprimido por la mañana y otro al mediodía 9 semanas. Se debe comenzar el tratamiento 1 semana antes de dejar de fumar.
Efectos secundarios	Insomnio, cefalea, estreñimiento, anorexia, urticaria, hipertensión arterial y convulsiones.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al bupropión, antecedentes de epilepsia, bulimia o anorexia nerviosa, trastorno bipolar, cirrosis hepática, tratamiento con IMAO.

Tabla 61. Criterios de derivación de pacientes fumadores a las unidades especializadas de tabaquismo

- Fumadores que han realizado en el pasado serios intentos de abandono del tabaco, que fueron correctamente tratados por un profesional sanitario, y fracasaron.
- Fumadores con cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
- Fumadores con arritmias cardíacas o hipertensión arterial no controlada.
- Fumadores con patología crónica no controlada.
- Fumadoras embarazadas o en período de lactancia.
- Fumadores con enfermedades psiquiátricas.

Lectura recomendada

- Alonso S, Díaz-Maroto JL, Almonacid C, Cisneros C, Ramos A, Jiménez CA. Abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo desde Atención Primaria. SEMERGEN 2000;26:399-407.
- García J, López V, Romero D, Cruz JM. Tabaco y enfermedades cardiovasculares. Libro blanco sobre tabaquismo en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Barcelona: Glosa, S.L.;1998.p.31-41.
- Grupo de Trabajo del Tabaco. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo: 2002-2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;2001.
- Guía de Actuación para el Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria del Área 3 de la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto Madrileño de Salud;2003.
- Jiménez CA, Perelló O, Alonso S, et al. Diagnóstico del Tabaquismo. Documento técnico de salud pública n.º 60. Madrid: CAM. Consejería de Sanidad 2000;21-29.
- Jiménez CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Prev Tab 2002;4(3):147-155.
- Society for Research on Nicotine and Tobacco, World Bank, Center for Disease Control and Prevention, WHO, Cochrane Group. A database and educational resource for treatment of tobacco dependence: Disponible en URL: <http://www.treatobacco.net>