

El Tabaquismo en pacientes con otras drogodependencias

Roig Cutillas, Pilar. Sabater Puig, Eulalia. Borràs Cabacés, Tre. Sesmilo Martínez, M^a del Señor. (*) Pinet Ogué, Cristina. ().**

(*) Servicio de Drogodependencias. Hospital Universitario de Sant Joan. Reus. Tarragona. (**) Unitat de Toxicomanies. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Resumen

Se revisa la situación en España del tratamiento del tabaquismo en el ámbito de las drogodependencias desde varios aspectos: marco político global, las unidades especializadas, los centros de drogas que tratan fumadores, la adicción al tabaco de los drogodependientes y de los profesionales, la relación entre tabaco y otras adicciones, los tratamientos psicológicos y farmacológicos del tabaquismo en pacientes con otras drogodependencias. Es preciso modificar las opiniones convencionales de que las personas con trastornos adictivos son incapaces de dejar de fumar y conseguir que el tabaquismo sea foco de atención de las intervenciones terapéuticas de los profesionales.

Situación del Tabaquismo en el marco de las Drogodependencias

En el año 1985 se creó en España el Plan Nacional sobre Drogas. En aquel momento la heroína polarizó los esfuerzos aplicados en materia de drogas y se atribuyó relativa importancia a la prevención del tabaquismo pero no tanto a la atención clínica de las personas que lo padecen. Con el tiempo la prevención y el tratamiento de la dependencia al tabaco ha ido adquiriendo mayor protagonismo.

En 1999 se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas (R.D.: 17-12-99), que permitió la creación de un marco legal de actuación del Plan Nacional sobre Drogas a desarrollar entre los años 2000-2008. Una de las características más destacadas de la Estrategia fue su consideración del fenómeno de las drogas desde una perspectiva global, lo que supuso incorporar todas las sustancias que pudieran ser objeto de uso y abuso, destacando el alcohol y el tabaco.

Algunos de los objetivos específicos que recogió la Estrategia referidos al tabaco fueron:

- * Priorizar la prevención con el objeto de retrasar la edad de inicio al tabaco en 12 meses y controlar la publicidad y promoción del tabaco

- * Desarrollar protocolos de diagnóstico precoz en la Atención Primaria de Salud y programas de educación sanitaria tendentes a la reducción del daño por consumo de tabaco

- * Diversificar la oferta de tratamientos de las redes asistenciales incorporando estrategias para mejorar el abordaje terapéutico de los fumadores (1)

Paralelamente el reciente Plan Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo (2003-2007) ha ampliado los objetivos y estrategias. Entre sus objetivos se encuentra el facilitar el abandono del tabaco, para ello este Plan propone la estrategia de “regular las unidades de deshabituación tabáquica garantizando su acreditación, dotación de medios y de personal multidisciplinar formado y estableciendo criterios de derivación”. El Plan añade que dichas Unidades “tendrán funciones asistenciales, de formación de profesionales sanitarios y de investigación y deberán estar integradas en la red de servicios públicos de salud.” (2)

Las Unidades Especializadas de Tabaquismo

La sociedad demanda una atención sanitaria específica en diferentes áreas y también en ayuda para dejar de fumar. Por ello en los últimos años han surgido clínicas, consultas, unidades o dispensarios especializados en el tratamiento para dejar de fumar tanto en el ámbito público como privado. (3)

La realidad es que en España no existe una reglamentación específica sobre los Unidades Especializadas de Tabaquismo. No sabemos cuántas

unidades son necesarias, cómo se han de organizar, qué prioridades, funciones y objetivos han de tener, cuales han de ser las medidas de control de calidad, qué estudios de coste-eficacia deberían realizar, etc. (4)

En los últimos años se han publicado varias guías clínicas relacionadas específicamente con el tratamiento del tabaquismo (Fiore et al 1996/2000; APA, 1996/91; etc.) y en España diversas sociedades científicas (SEPAR, SEMFYC, SEMERGEN, SEDET) han elaborado un documento de consenso con las recomendaciones para el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo que define un grupo de parámetros clínicos y analíticos que deben ser de obligada referencia en la historia clínica de todo fumador (5) Por otra parte se han empezado a realizar programas postgrado de formación universitaria para obtener títulos de Especialista o Experto en Tabaquismo (U. Complutense Madrid, U. Cantabria, Las Palmas de Gran Canaria, Alcalá de Henares...) Estos esfuerzos en el consenso del tratamiento y las posibilidades de formación universitaria prometen una mejora en la definición del tratamiento especializado en tabaquismo.

Actualmente la ubicación de este tipo de unidades en España es variada, ya que se pueden encontrar en Centros Asistenciales de Drogodependencias, Centros de Atención Primaria de Salud, Servicios Hospitalarios de Medicina Preventiva, Servicios de Neumología, de Psiquiatría, Servicios de Factores de Riesgo Cardiovascular. Universidades, Ayuntamientos, Centros de Salud Mental, ONG como la Asociación Española contra el Cáncer y en iniciativas privadas de diversa índole.

El tabaquismo en los Centros de Asistencia a Drogodependencias

En el ámbito estatal se desconocen cuantos centros de atención a las drogodependencias incorporan el tratamiento de la dependencia del tabaco a su oferta asistencial. Aunque se está empezando a investigar por parte de alguna sociedad científica. A pesar de que no existe una definición clara sobre el papel de los centros de drogas en el tratamiento del tabaquismo, parece obvio pensar que se deberían considerar como unidades especializadas y dirigirse a aquellos fumadores con dificultades especiales para dejar de fumar. Los centros

de atención primaria y las oficinas de farmacia deberían atender las primeras demandas de ayuda de la población general y habrían de derivar algunos fumadores a las unidades especializadas después de una valoración o de algún intento previo de abandono del hábito tabáquico en sus consultas.

En la Red de Asistencia a Las Drogodependencias de Cataluña en el año 2002 un total de 25 CAS (Centros de Asistencia y Seguimiento) declararon haber iniciado tratamientos por la dependencia del tabaco, lo que representa el 42% de los centros catalanes (6). Respecto a las demandas de tratamiento por otras drogas en términos relativos, el tabaco (9%) ocupa el cuarto lugar después del alcohol (45%), la heroína (20%), la cocaína (17%). La evolución de los inicios de tratamiento, desde 1987 hasta hoy, es la de un claro aumento de los tratamientos de cocaína, descenso de los de la heroína y un mantenimiento de los del alcohol y del tabaco (gráfico 1). Aunque el número de personas de la población general que inicia tratamiento por dependencia del tabaco en los CAS va en aumento (gráfico 2).

Independientemente de que el centro trate o no a fumadores, las ocasiones que los profesionales de drogodependencias tienen de abordar el tabaquismo de sus pacientes es muy elevado. Diversos estudios demuestran que en la población que abusa de sustancias las tasas de prevalencia de tabaquismo no solo son mucho más elevadas que en la población general, donde están disminuyendo, sino que se mantienen estables. Según datos norteamericanos, entre el 70-80% de los usuarios de drogas son fumadores: más del 90% de los pacientes que acuden a tratamiento por alcoholismo fuman, el 82% de los pacientes con dependencia a opiáceos en tratamiento con metadona y el 75% de los que buscan tratamiento para la cocaína. Algunos autores han examinado también la presencia de trastornos por uso de sustancias en las poblaciones de fumadores (7).

En un estudio realizado sobre una muestra de pacientes con otras adicciones que iniciaban tratamiento en centros de drogodependencias de Cataluña (N=246) se observó que el 88% de los pacientes eran fumadores y solo un 4% ex-fumadores (gráfico 3). La media de consumo era de 26 cigarrillos/día, siendo las personas con problemas con el alcohol los que más fumaban con

una media de 30 cigarrillos/día (gráfico 4) (8). Curiosamente se estudió también la prevalencia del hábito tabáquico en los propios profesionales de 45 centros (N=357) y los resultados fueron similares a los de la población general: el 35,30% son fumadores, destacando un numeroso grupo de ex-fumadores, el 32,80%.(9).

Por tanto las personas drogodependientes son fumadoras con altos grados de dependencia nicotínica para los cuales es preciso diseñar estrategias de cesación adecuadas, para obtener la máxima efectividad posible. Los profesionales de drogas tienen un importante papel a la hora de hacer intervenciones dirigidas a la reducción del daño relacionada con el tabaco.

El tratamiento del tabaquismo en adictos a otras sustancias

La cesación tabáquica no ha sido un foco de atención en las intervenciones clínicas realizadas en la población adicta a otras drogas. Aunque es conocido que muchos pacientes que se encuentran en programas de tratamiento de drogas ilegales o de alcohol están interesados en dejar de fumar.

En un estudio de seguimiento realizado en un centro norteamericano a 272 pacientes que comenzaron un programa de tratamiento para abuso de sustancias, se observó que todos los pacientes alcohólicos, el 72% de los cocainómanos y el 70,5% de los heroínómanos evidenciaron su interés en dejar de fumar, encontrando que el 50%, el 52% y el 42% respectivamente pensaban que sería bueno hacerlo a la vez que comenzaba el tratamiento para dejar otras adicciones (10)

La posibilidad del tratamiento simultáneo del tabaquismo y de las otras adicciones abre un debate en torno a la siguiente cuestión: ¿dejar de fumar puede precipitar las recaídas en los pacientes que están tratándose por alguna adicción? Hay evidencias que muestran justamente lo contrario. Dejar de fumar puede proteger contra las recaídas en drogas de abuso. La supresión del consumo no interfiere en la recuperación de otra dependencia química siempre que se recomiende a estos pacientes las terapias consideradas de primera línea, tanto psicológicas como farmacológicas adecuadas (11)

Tabaco y alcohol

Dentro de las drogodependencias el campo mejor estudiado es el de la relación de la nicotina con el alcohol. Ambas dependencias se presentan concomitantes con mucha frecuencia. La relación entre antecedentes de tabaquismo y abuso de alcohol es tan importante que el tabaquismo severo puede ser utilizado como marcador de problemas con el alcohol y viceversa. La relación es bidireccional y dosis dependiente. El consumo de alcohol suele preceder a una recaída en el tabaco, y los alcohólicos activos suelen fracasar en los tratamientos del tabaquismo (12)

Las consecuencias para la salud de los pacientes con dependencia del alcohol son graves ya que son más propensos a morir por alteraciones relacionadas con el tabaco, como cáncer de pulmón y alteraciones cardiovasculares. En comparación con los fumadores no dependientes del alcohol presentan niveles de dependencia a la nicotina más elevados ya que fuman más cigarrillos y sufren síntomas de abstinencia más intensos

De diversos estudios (13) se extraen las siguientes conclusiones respecto al tratamiento del tabaco y del alcohol:

- * Las personas con antecedentes de alcoholismo sin problemas actuales de consumo consiguen las mismas tasas de éxito en los tratamientos del tabaco que la población general. * La abstinencia del tabaco no aumenta la recaída en el alcohol

- * Un estudio demuestra la eficacia del bupropión similar a la población general.

- * Diversos estudios plantean datos contradictorios de eficacia de Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN).

- * La terapia cognitivo-conductual se sabe particularmente útil

- * El abordaje secuencial o simultáneo es discutible

Tabaco y cannabis

Según un estudio australiano (14) existe una clara asociación entre el uso regular de tabaco y el consumo de cannabis: entre las personas que no habían fumado

cannabis en el año previo, solo fumaban tabaco el 20%, en cambio entre los consumidores de cannabis con criterios de dependencia fumaban tabaco el 70% e incluso entre los consumidores de cannabis no dependientes también había una elevada prevalencia de fumadores, siendo del 50%.

A pesar de las altas tasas de tabaquismo en esta población, existen pocos datos sobre la cesación tabáquica. Se ha estudiado que el consumo de tabaco afecta negativamente el tratamiento de la dependencia al cannabis y al contrario también ocurre, se ha observado que cualquier grado de consumo de cannabis en el mes previo a la cesación tabáquica empeora las tasas de abstinencia.

Tabaco y cocaína

El uso de cocaína junto al de tabaco se ha comprobado que aumenta considerablemente el riesgo cardiovascular, por ello es muy importante el tratamiento del tabaquismo en estos pacientes. Además los cocainómanos que fuman tabaco respecto los cocainómanos que no fuman tienen más riesgo por diversas razones que se han observado: consumen más cantidad de cocaína, durante más días y tiene una mayor probabilidad de utilizar la vía inyectada o fumada en lugar de la esnifada.

Los patrones de uso de ambas sustancias se correlacionan, incluso en estudios de laboratorio se demuestran que los estimulantes como la cocaína o la anfetamina pueden aumentar el consumo de nicotina. También es conocido que dejar de fumar ayuda a disminuir el consumo de cocaína y viceversa, el cese de cocaína conlleva una disminución en el consumo de tabaco.

Tabaco y opiáceos

Los patrones de uso de la nicotina de los adictos a opiáceos en tratamiento de mantenimiento con metadona son los que más se han estudiado y se ha observado que son diferentes a los patrones de la población general: existe una mayor prevalencia de tabaquismo entre mujeres que entre hombres, presentan las peores tasas de cesación estudiadas con un 12% y tiene un mayor número de intentos de abandono del hábito tabáquico.

La severidad de la dependencia a la nicotina, desde el no consumo, consumo leve y severo, se mostró como un predictor de consumo de cocaína y heroína.

Los pacientes que están en programas de mantenimiento con metadona están en fase de preparación para el abandono del tabaco con mayor frecuencia que los que tienen un consumo de drogas ilegales por vía intravenosa. Los consumidores de drogas y en concreto los de opiáceos muestran gran interés en dejar de fumar cuando entran en tratamiento en centros de drogodependencias. Los pacientes con mayor predisposición a dejar el tabaco son aquellos que están en programas de mantenimiento con metadona, tienen más de 35 años y no presentan historia reciente de abuso de alcohol.

En los últimos años, se muestran evidencias de que la naltrexona, antagonista opiáceo de uso terapéutico en la adicción a la heroína, puede tener también un papel en la cesación tabáquica. Se ha demostrado que aumenta el tiempo de latencia del consumo del primer cigarrillo de la mañana y que disminuye el número de cigarrillos por día y la satisfacción durante el consumo disminuyendo por tanto el nivel de nicotinemia.

Tratamientos psicológicos

Los tratamientos psicológicos para la adicción a la nicotina actualmente consensuados son los que incluyen el procedimiento de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1992), el modelo de los estadios de cambio (Prochaska y Diclemente, 1983), la prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985) y los numerosos programas multicomponentes (Arnedillo, 1998; Becoña, 1993; Lando, 1977; Pomerleau, 1974; Scharwz, 1987; etc.) que llevan años utilizándose. El problema de la comorbilidad, en el que dos o más trastornos se interaccionan como el tabaquismo y el alcoholismo por ejemplo, abre todo un campo nuevos de tratamiento (15). Es necesario diseñar programas de cesación tabáquica específicos para la población adicta a otras sustancias, ya que muestran características particulares como el mayor grado de dependencia a la nicotina y la potenciación de las repercusiones sobre la salud del consumo conjunto de tabaco con otras sustancias tóxicas. Es importante tener en cuenta todas las conductas, desencadenantes y factores facilitadores del consumo de varias sustancias para desarrollar un abordaje global.

Recientemente se ha publicado un estudio comparativo de la eficacia de dos tratamientos de cesación tabáquica para pacientes adictos a drogas (16). Ambos eran tratamientos multicomponentes que combinaban diferentes técnicas. En el primer tratamiento se incluyó el contrato de contingencias (acuerdos para controlar el deseo de fumar y consecuencias de cumplimiento) y el entrenamiento en prevención de recaídas (respuestas de afrontamiento conductual y cognitivas). En el segundo se añadió un entrenamiento para generalizar las habilidades adquiridas respecto al tabaco a los otros tóxicos que consumían. Respecto a la abstinencia tabáquica, ambos tratamientos tuvieron el mismo éxito, 12 % y 10% respectivamente a los 12 meses. En contra de lo que cabía esperar la abstinencia a los otros tóxicos, fue más elevada con el primer tratamiento, 40% y 20% respectivamente. Los autores advierten que los contenidos de los programas pueden ejercer un impacto potencial negativo en el tratamiento de otras sustancias y hipotizan sobre que dejar de fumar no es necesariamente un marcador de éxito en el tratamiento de otras sustancias. Concluyen que es posible implantar programas intensivos de tratamiento del tabaco para esta población.

Tratamientos Farmacológicos

Un estudio sobre bupropión (inhibidor de la recaptación neuronal de catecolaminas que aumenta la concentración de noradrenalina y dopamina) en pacientes con antecedentes de alcoholismo o depresión demuestran su eficacia ya que se obtiene tasas de abstinencia de un 24,4% a los 12 meses (17)

No hay estudios de eficacia y seguridad de bupropión en fumadores alcohólicos crónicos ni en los que están en tratamiento de deshabituación alcohólica que desean dejar de fumar. De hecho esta contraindicado ya que el uso abusivo de alcohol o la interrupción repentina predispone a un umbral de convulsiones más bajo. Si existe una causa justificada por la que el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo potencial de convulsiones que puede producir el tratamiento con bupropión, la dosis máxima ha de ser de 150 Mg. en lugar de 300 Mg. que es la dosis habitual.

Se han realizado estudios sobre la eficacia en otras adicciones como en pacientes que consumen cocaína,

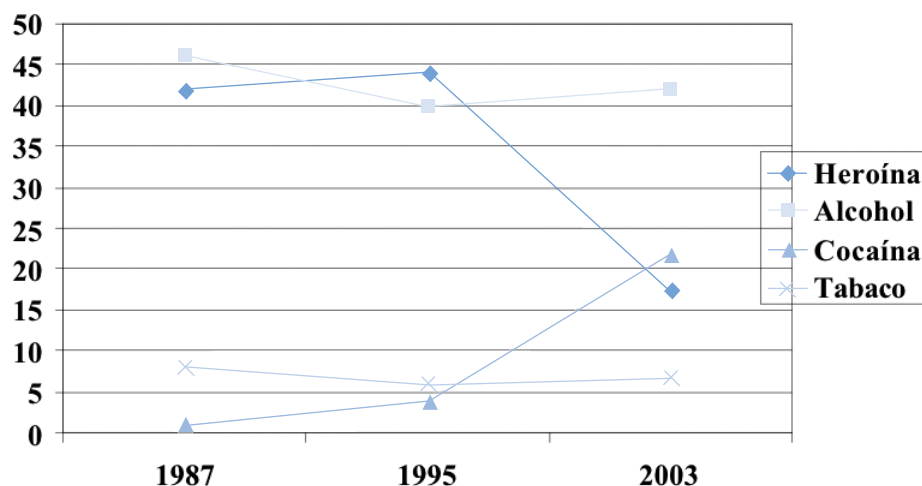
marihuana y anfetaminas y tampoco se ha observado una clara eficacia por tanto su indicación para estas adicciones no está autorizada en España.

Se revisaron diversos estudios (18) sobre Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) combinada con estrategias para dejar de fumar en personas con trastornos adictivos entre 1991 y 2001 (cuadro 1), que incluían tanto muestras clínicas como comunitarias. Las tasas de abandono oscilaban entre un 7% y un 60% después del tratamiento y entre un 13% y un 27% a los 12 meses. Estos estudios no son lo suficientemente uniformes como para permitir un metaanálisis, son revisiones o artículos de discusión o se basan en evidencias anecdóticas.

De los hallazgos de los diferentes estudios se deduce que la actitud de los profesionales que trabajan en drogodependencias es muy importante. El entrenamiento del personal es una inversión que resulta rentable. Además dejar de fumar por parte del personal puede aumentar su interés en proporcionar apoyo a los pacientes fumadores.

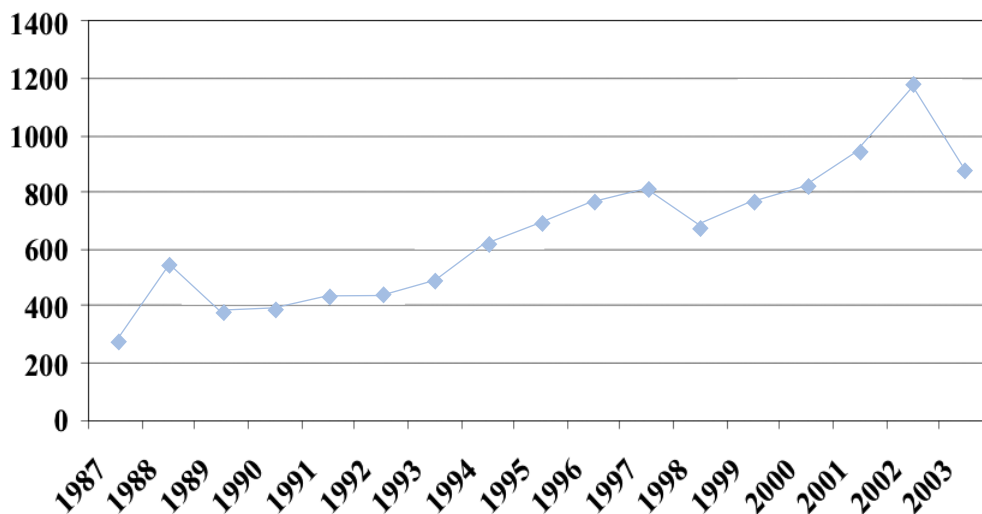
Es preciso modificar las opiniones convencionales de que las personas con enfermedad mental o trastornos adictivos son incapaces de dejar de fumar. Los clínicos deberían ser más directos al preguntar a sus pacientes sobre su interés en dejar de fumar y tener en cuenta que las intervenciones breves pueden incrementar el número de personas que dejan de fumar aunque el proceso tienda a ser más largo.

GRAFICO 1: EVOLUCION DE LOS INICIOS DE TRATAMIENTO POR DROGA PRINCIPAL(%). CATALUÑA 1987-2003



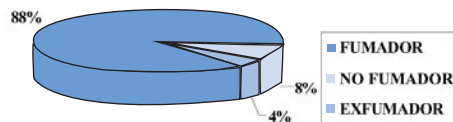
Fuente: Informes anuales del Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya. DGDS. Generalitat de Catalunya

GRAFICO 2: INICIOS DE TRATAMIENTO POR DEPENDENCIA DEL TABACO. CATALUÑA 1987- 2003



Fuente: Informes anuales del Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya. DGDS. Generalitat de Catalunya

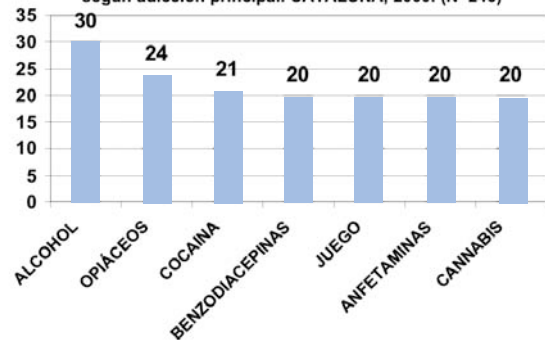
GRAFICO 3: Hábito tabáquico en pacientes con otras adicciones. Cataluña, 2000 (N=246)



Media: 26 cig./día

Fuente: Prevalencia del hábito tabáquico en pacientes con otras adicciones. Grupo de trabajo sobre tabaco de la Coordinadora de CAS. XXVIII Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol. Santander, Abril de 2001.

GRAFICO 4: Media de consumo de nº de cig/día según adicción principal. CATALUÑA, 2000. (N=246)



Fuente: Prevalencia del hábito tabáquico en pacientes con otras adicciones. Grupo de trabajo sobre tabaco de la Coordinadora de CAS. XXVIII Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol. Santander, Abril de 2001.

CUADRO 1: ESTUDIOS SOBRE TSN+ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR EN PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS (1991-2001)

Estudio	N	Intervención	Tasa abandono posttto.
Hughes	315	chicle nicotina	7%(alcohol)-19%
Hurt y cols	101	psicoeducación prev. recaídas chicle nicotina	21,6% (11,8% 12 m)
Martin y cols	205	Consejo conductual cc + ejercicio cc + e + chicle nicotina	31% 60% 52% (27% 12 m.)
Saxon y cols	49	Parche de nicotina	14,3%
Campbell y cols	48	T grupo pers/pac Parche+ seg. Tel.	17,5%

Fuente: Nady el-Guebal, M.D. et al. Estrategias para dejar de fumar en personas con enfermedad mental o trastornos por adicción. Psychiatric Services (de. Español). Abril 2003. Vol 2, nº1

Bibliografía:

- 1.- Robles, G. : Tabaco y Plan nacional sobre Drogas. *Prev Tab* 2001; 3(supl. 1): S1-S2.
- 2.- *Rev. Esp. Salud Pública* 2003, Vol 77, Nº 4
- 3.- Pardell, H. et al . Manejo del fumador en la clínica. *Ars Medica*. 2002
- 4.- Solano Reina, S.; Jiménez Ruiz, C.A.: Las Unidades Especializadas de tabaquismo y sus áreas de influencia. *Prev. Tab* 2001; 3(2):55-57
- 5.- Jiménez Ruiz, C.A., Barrueco Ferrero, M. et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Prev. Tab*. 2002; 4(3): 147-155.
- 6.- Informe anual del Sistema de Información sobre drogodependencias en Cataluña. 2002. DGDS. Generalitat de Catalunya
- 7.- Breslau N, Andreski P, Kilbey MM: Nicotine dependence in an urban population of young adults: Prevalence and co-morbidity with depression, anxiety and other substance dependencies. *NIDA Res Monograph* 1991; 105: 458-459
- 8.- Grupo de trabajo de tabaco de la Coordinadora de CAS de Cataluña. Barcelona. Prevalencia del hábito tabáquico en pacientes con otras adicciones. XXVIII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Santander, Abril de 2001.
- 9.- Grupo de trabajo de tabaco de la Coordinadora de CAS de Cataluña. El hábito tabáquico en los profesionales y el ámbito laboral de los CAS. IV Jornada de Trabajo: La Intervención en Tabaquismo en Cataluña, ¿qué hacemos, a dónde vamos?. Barcelona, Noviembre de 2002.
- 10.- Sullivan MA, Covey LS: Current perspectives on smoking cessation among substance abusers. *Current psychiatry Reports* 2002; 4: 388-396
- 11.- Fiore MC, Bailey WC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. *Clinical Practice Guideline*. US. Department of Health and Human Services, Public Health Service. June 2000.
- 12.- Hughes JR, Francis RJ. How to help psychiatric patients stop smoking. *Psychiatric Services* 1995; 46:435-436
- 13.- Pinet, M^aC; Gurrea, A. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. En *Tratado del Tabaquismo*. Jiménez Ruz, C A; Fagerström, K O. Aula Médica. Madrid, 2004. P 165-181
- 14.- Degenhard L, Hall W: The relationship between tobacco use, substance-use disorder and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Nicotine Tobacco Res* 2001; 3: 225-234.
- 15.- Becoña, E. El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. Colegio Oficial de Psicólogos.
- 16.- Burling TA, Burling AS, Latini D. A controlled smoking for substance-dependent inpatients. *J Consult Clin Psychol*. 2001 Apr;69(2):295-304
- 17.- Hayford KE, Patten CA, Rummans TA et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism *Br J Psychiatry*. 1999 Feb;174: 173-8
- 18.- Nady el-Guebaly, M.D. et al. Estrategias para dejar de fumar en personas con enfermedad mental o trastornos por adicción. *Psychiatric Services (de Español)*. Abril 2003. Vol 2, nº1