

Los parches de nicotina. ¿Son realmente útiles?

E. Monsó

Servicio de Neumología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Desde hace varias décadas sabemos que el tabaquismo es la pandemia más importante de la segunda mitad del siglo xx. La publicación de los documentos Brown y Williamson, informes internos de uno de los más importantes fabricantes de cigarrillos del mundo, ha evidenciado que la industria tabaquera conoció los efectos del tabaquismo sobre la salud antes que el colectivo médico, pero no hizo pública esta información¹. Los documentos Brown y Williamson muestran claramente que la industria del tabaco no sólo conocía a principios de los años setenta el efecto carcinógeno del humo del tabaco, sino también del poder adictivo de la nicotina. De hecho, la dependencia a la nicotina es uno de los principales determinantes del patrón de consumo de tabaco y de la dificultad en dejar de fumar.

La nicotina es una sustancia extraordinariamente adictiva a la que se desarrolla progresivamente tolerancia, de manera que al cabo de algunos años del inicio del hábito tabáquico el fumador llega a una pauta de consumo regular que lo mantiene con una nicotemia por debajo de la que le causa síntomas de intoxicación y por encima de la que le determina la aparición del síndrome de abstinencia. Así, en la mayoría de casos el fumador desarrolla un cierto grado de dependencia a la nicotina, que se manifiesta como una tendencia a fumar más por la mañana, y muy especialmente en la hora inmediata al despertar, cuando los niveles de nicotina en sangre son muy bajos después de la abstinencia nocturna. El cuestionario de Fagerström es muy útil para cuantificar el grado de dependencia a la nicotina de un fumador. Está constituido por preguntas planteadas de una manera fácilmente comprensible, y la información que se obtiene con este cuestionario autocontestable estima la intensidad del síndrome de abstinencia a la nicotina que aparecerá al suprimir súbitamente el consumo de tabaco².

El tratamiento sustitutivo con nicotina se ideó a partir del momento en que quedó claro que el síndrome de abstinencia a la nicotina disminuía sensiblemente la

probabilidad de éxito de un intento de dejar de fumar, con la hipótesis de que la supresión de la inquietud, la dificultad de concentración y la irritabilidad que se asocian al momento en que se deja de fumar aumentarían la probabilidad de abandono del hábito tabáquico. El chicle de 2 mg de nicotina se ha mostrado claramente eficaz como método de deshabitación tabáquica, ya que incrementa la proporción de abstinentes al año del abandono en los pacientes que lo utilizan dentro de un programa de deshabitación tabáquica. Tonnesen et al³ hallaron un incremento de abstinentes del 16% al año en los sujetos que utilizaban chicle de 2 mg de nicotina frente a los que empleaban chicle de placebo. El chicle de 2 mg de nicotina, no obstante, no se ha mostrado superior al chicle de placebo en todas las circunstancias, ya que cuando ha sido usado en asistencia primaria sin seguimiento del paciente durante la utilización del tratamiento no siempre ha obtenido una proporción de abstinencias superior al placebo⁴, muy probablemente porque el grado de cumplimiento de la terapia es muy bajo cuando no hay control médico en las semanas inmediatas a la indicación^{5,6}. El chicle de 2 mg de nicotina así mismo se ha mostrado poco eficaz en el tratamiento de fumadores con elevada dependencia a la nicotina, que sólo consiguen abstinencias superiores al 35% al año del abandono cuando utilizan chicle de 4 mg de nicotina^{7,8}.

La introducción de la terapia sustitutiva con nicotina suministrada por medio de un parche cutáneo ha mejorado los resultados obtenidos con el chicle de nicotina. Al ser una forma de tratamiento de administración más sencilla no depende tanto de la monitorización del grado de cumplimiento de la terapia para conseguir una proporción elevada de éxitos. Un metaanálisis de la efectividad del parche de nicotina que analizaba a 5.098 pacientes mostró un 27% de abstinencias a los 6 meses del abandono en los individuos tratados con principio activo frente a un 13% en los sujetos tratados con placebo. La utilización del parche de nicotina triplicaba la probabilidad de continuar sin fumar a los 6 meses del abandono del hábito, sin que existieran diferencias entre los pacientes tratados con parche de nicotina durante 16 y 24 horas al día. Así mismo, el tratar a los enfermos durante más de 8 semanas no se mostró como un factor determinante para incrementar la proporción de éxitos⁹.

Correspondencia: Dr. E. Monsó.
Servicio de Neumología. Hospital Germans Trias i Pujol.
Apdo. de Correos 72. 08916 Badalona. Barcelona.

Recibido: 12-3-96; aceptado para su publicación: 19-3-96.

Arch Bronconeumol 1996; 32: 435-436



Este metaanálisis también analizó la intensidad del seguimiento del paciente en las semanas inmediatas al abandono, mostrando claramente que el control periódico que se ofrece en una consulta médica o de enfermería es suficiente para conseguir una proporción de éxitos aceptable, sin necesidad de sesiones intensas de terapia de grupo. Esta última es útil en ciertos casos, pero no es aceptada por la mayoría de pacientes que entran en un programa de deshabitación tabáquica, que tienen dificultades para asistir periódicamente a sesiones de grupo en horarios prefijados¹⁰. El seguimiento del enfermo en la consulta médica o de enfermería durante las semanas inmediatas al abandono es, no obstante, fundamental, ya que incrementa la proporción de éxitos y permite identificar la infradosificación del tratamiento sustitutivo con nicotina, si aparece síndrome de abstinencia, o la sobredosificación si el sujeto presenta síntomas de intoxicación¹¹.

En los últimos años se han realizado algunos avances en el estudio de la adecuación de la dosis de nicotina administrada en el tratamiento sustitutivo de cada paciente, ante la evidencia de que los fumadores con dependencia elevada a la nicotina presentan a menudo síndrome de abstinencia cuando reciben un tratamiento sustitutivo convencional. La medición de los niveles plasmáticos de cotinina en estos sujetos ha evidenciado que a menudo el nivel conseguido con el tratamiento sustitutivo es inferior al habitual del paciente durante su época de fumador. Algunos grupos de investigación han tratado a estos enfermos con dosis de nicotina superiores a las convencionales, para determinar si este aumento de la dosis se asociaba a un incremento en la proporción de éxitos conseguida. La European Respiratory Society está realizando actualmente el estudio multicéntrico europeo CEASE, en el que participan centros españoles de Madrid, Igualada y Badalona, siendo uno de los objetivos del estudio el determinar la eficacia de las dosis elevadas de nicotina administrada como parche en los grandes fumadores. Dos estudios han confirmado que el conseguir un nivel plasmático de cotinina similar al del paciente antes del abandono del hábito, utilizando una dosis de nicotina superior a la convencional en el tratamiento sustitutivo, disminuye la aparición de síndrome de abstinencia e incrementa la proporción de éxitos al finalizar el tratamiento^{12,13}. Sin embargo, este incremento de eficacia no resulta evidente al cabo de un año del abandono del hábito, y el uso de una dosis elevada de nicotina en el tratamiento sustitutivo se asocia a un aumento de la frecuencia de efectos secundarios¹³. Así, el incremento de la dosis de nicotina administrada en forma de parche puede ser una opción para los fumadores con dependencia elevada a la nicotina, fracasos previos y un nivel plasmático de cotinina por debajo del basal, pero esta aproximación terapéutica no debe gene-

ralizarse hasta que su utilidad y seguridad queden definitivamente fijadas.

El parche de nicotina es un instrumento muy útil para dejar de fumar complementario al consejo médico. El tratamiento con parche de nicotina puede ser prescrito y controlado en la consulta externa de neumología, sin que ésta deba dotarse de una infraestructura específica para ello. El simple seguimiento del paciente en las semanas inmediatas al abandono por medio de visitas periódicas permitirá ajustar correctamente la dosis de nicotina utilizada, e incrementará la proporción de abstinencias a largo plazo. En resumen, una forma de combatir la pandemia de tabaquismo con nuestro grano de arena diario.

AGRADECIMIENTO

Financiado parcialmente por FISS 93/0/105.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glantz SA, Barnes DE, Bero L, Hanauer P, Slade J. Looking through a keyhole at the tobacco industry. The Brown and Williamson documents. *JAMA* 1995; 274: 219-224.
2. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addiction* 1991; 86: 1.119-1.127.
3. Tonnesen P, Fryd V, Hansen M, Halsted J, Gunnarsen AB, Forchammer H et al. Effect of nicotine chewing gum in combination with group counseling on the cessation of smoking. *N Engl J Med* 1988; 318: 15-18.
4. Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. *N Engl J Med* 1995; 333: 1.196-1.203.
5. Johnson RE, Stevens VJ, Hollis JF, Woodson GT. Nicotine chewing gum use in the outpatient care setting. *J Fam Pract* 1992; 34: 61-65.
6. Monsó E, Rosell A, Pujol E, Ruiz J, Fabregat A, Morera J. Intervención mínima sobre el tabaquismo en la consulta neumológica extrahospitalaria. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 12-15.
7. Herrera N, Franco R, Herrera L, Partidas A, Rolando R, Fagerström KO. Nicotine gum, 2 and 4 mg, for nicotine dependence. A double-blind placebo-controlled trial within a behaviour modification support program. *Chest* 1995; 108: 447-451.
8. Ling Tang J, Lae M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *BMJ* 1994; 308: 21-26.
9. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA* 1994; 271: 1.940-1.947.
10. Fiore MC, Novotny TE, Pierrce JP. Methods used to quit smoking in the United States: do cessation programs help? *JAMA* 1990; 263: 2.760-2.765.
11. Sachs DPL. Nicotine withdrawal medications. *Tobacco control* 1993; 2 (Supl): 42-47.
12. Dale LC, Hurt RD, Offord KP, Lawson GM, Croghan IT, Schroeder DR. High-dose nicotine patch therapy. Percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995; 271: 1.353-1.358.
13. Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, Hurt RD, Offord KP, Croghan IT et al. Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. *JAMA* 1995; 274: 1.347-1.352.