

Estrategias para el abandono del tabaco, reducción de alcohol y psicofármacos

Manuel Niño Camacho
Centro Salud de Rota (Cádiz)



31º Congreso Nacional

MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

12 al 14 de junio de 2025

1.- **Deseo intenso o compulsión** para consumir una sustancia

2.- **Disminución de la capacidad para disminuir el consumo**

3.- **Síntomas somáticos al reducir o cesar el consumo** confirmado por la aparición de síntomas o consumo de otras con intención de aliviar o evitar los síntomas

dependencia ?

Diagnóstico de dependencia:

Valorar si están presentes **3 o más rasgos** en los **12 meses previos o de modo continuo:**

4.- **Tolerancia**

5.- **Abandono progresivo de otras formas de placer** y aumento del tiempo necesario para ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos

6.- **Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales:** daños hepáticos (alcohol), estados de ánimo depresivos o deterioro cognitivo (períodos de consumo elevado de una sustancia o secundario al consumo de la sustancia). **Debe investigarse si la persona que consume la sustancia es consciente de la gravedad de los perjuicios o puede llegar a serlo.**

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª edición.
Modificado de OMS⁵.

¿Qué es fumar? Es una enfermedad

➤ Adictiva física y psicológica

➤ **Dejar de fumar aporta:** beneficio a cualquier edad, mejora estado de salud, reduce muerte prematura y aumenta esperanza de vida (hasta una década)

➤ T

➤ Condiciona una conducta aprendida y una dependencia social

Fumador: adoptar una **actitud activa** y consecuente a la hora de dejar de fumar
Requiere **implicación y esfuerzo** (7 de cada 10 fumadores quieren dejar de fumar, muchas lo intentan por si mismas, con ayuda profesional el éxito x 4)

Profesional de la salud :

- **Consejo breve desde AP** aumenta número de intentos y abandonos definitivos (**estrategia coste efectiva y universal**)
- **Plan de abordaje personalizado**
- **Seguimiento programado**

1ª causa (mundial):

Enfermedad
Invalidez
Muerte evitable

España:

- Causa 56.124 muertes/ año
- Fuman diariamente el 19,8% de los > de 15 años
- Problema de primer orden de salud

¿Qué causa el tabaco?

Dejar de fumar supone: superar la adicción mediante:

Intervención farmacológica
Requiere ad
Desaprende

Las intervenciones en tabaquismo:

- **Intervenciones conductuales** (apoyo, orientación, asesoramiento telefónico, materiales de auto ayuda) son **efectivos**
- **Tratamientos farmacológicos son efectivos** (Si se usan fármacos x 2,5 los resultados obtenidos en el abandono del tabaco)
- La **combinación** son más eficientes (NNT 10), consigue más tasas de abandono a largo plazo, más que otras intervenciones preventivas y asistenciales (HTA, Hipercolesterolemia NNT 700)
- Menos de 1/3 usan medicamentos o técnicas conductuales para apoyar los intentos de cese

Dejar de fumar : claves

40% de los fumadores intentan dejar de fumar cada año

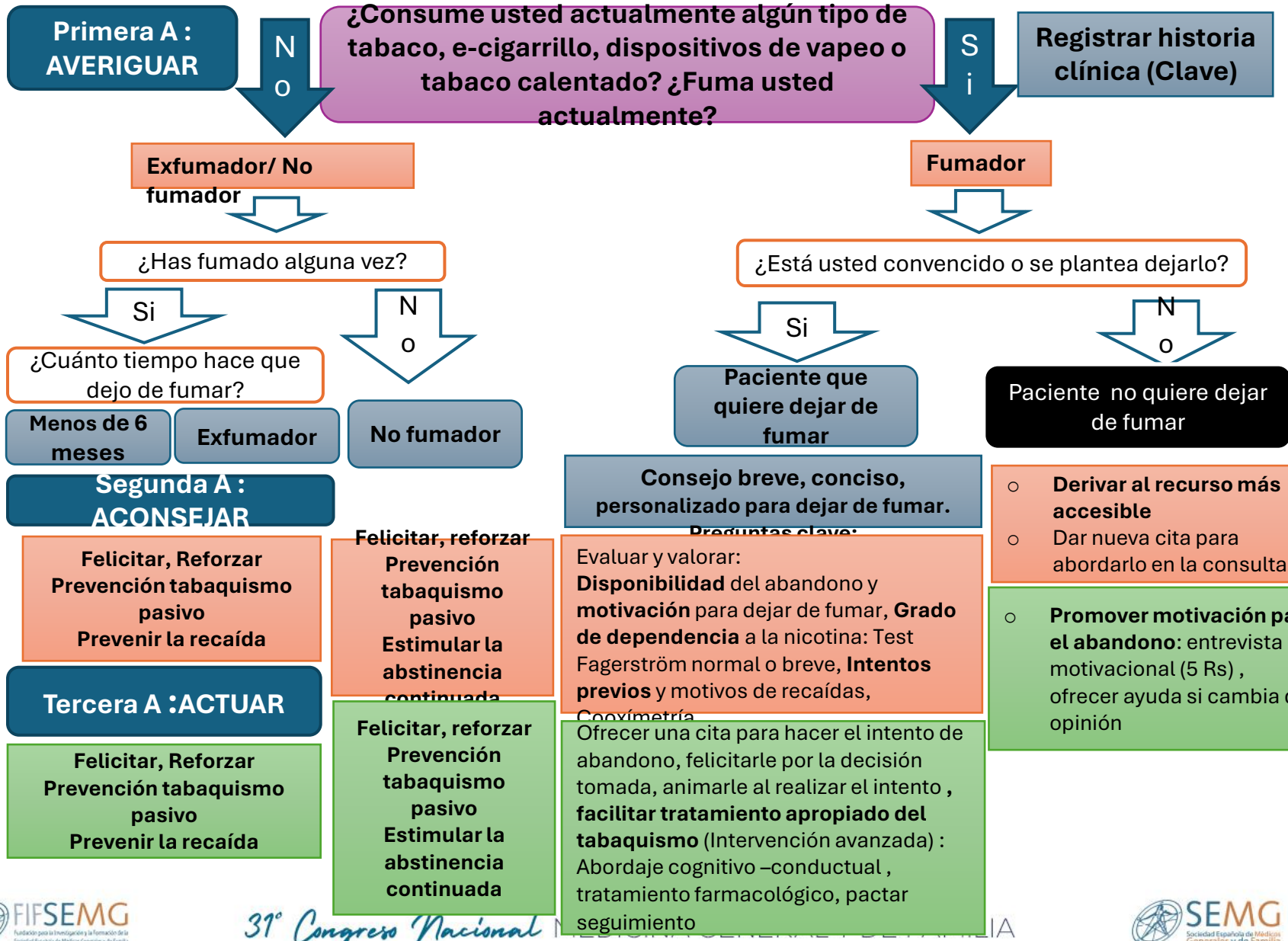
Consejo breve sobre como dejar de fumar : 3“Aes”

La AP representa una excelente oportunidad para identificar fumadores, ofrecer consejo y ayudar en la cesación
¿Por qué?

70% población: acude una vez al año a su médico
 Las personas fumadoras con mayor frecuencia

¿A quién debemos de preguntar en la consulta sobre el consumo de tabaco?

- Pacientes nuevos
- Revisiones pacientes crónicos
- Consultas acerca de como dejar de fumar
- Embarazadas y sus parejas
- Pacientes que han salido del hospital por problemas relacionados con el tabaco
- Antes de una cirugía programada
- Problema de salud reciente



PASO 1. Acogida

- **Motivo de consulta**
- **Entrevista motivacional :**
Comprender al fumador, crear un ambiente de confianza, receptivo para favorecer el cambio, empatía
- **Felicitarle por la decisión tomada:** es la mejor decisión que puede tomar
- **Animarle** a que realice el intento
- **Preguntarle** por las razones para dejar de fumar
- **Reconocer** que dejar de fumar es un proceso difícil
- **Compartir** los beneficios de dejar de fumar
- **Elegir la fecha de abandono**
- **Establecer en que fase se encuentra**

PASO 2. Valoración médica integral

- **Revisión antecedentes médicos** (condiciones relacionadas o agravadas por el tabaco)
- **Enfermedades psiquiátricas y su grado de estabilidad**
- **Alergias**
- **Fármacos que toma el paciente** (valorar posibles interacciones)
- **Examen físico**
- **Cooximetría** (si disponibilidad)

¿Qué
en

Aconsejar
Ofrecer consejo claro, serio, personalizado para el abandono del tabaco, ofrecer nuestra

ayuda
PASO 5 : Seguimiento

- **Mantener contacto continuo con el paciente**
- **Monitorización de su progreso con citas de seguimiento regulares (primera semana y mensualmente hasta llegar al año de abstinencia)**
- **Ajustes y revisión de la efectividad de los tratamientos en base a la respuesta del paciente**
- **Refuerzos positivos (reconocer los logros)**
- **Intervención en caso de recaídas**

PASO 3. Evaluación de hábitos y dependencia

- **Valoración hábito tabáquico:** familiares fumadores, edad inicio , causa del inicio, tiempo hasta convertirse en fumador habitual, tipo de tabaco u otras formas, IPA
- **Valoración ambiente social:** Domicilio/ trabajo, momentos de mayor consumo y con que relaciona el tabaco (café, reuniones)
- **Valorar intentos previos de recaídas**
- **Cuantificar el grado de dependencia :** Test de Fageström

PASO 4 : Recomendación del tratamiento

- **Elaborar un plan de cesación personalizado**
- **Educación y recursos**
- **Apoyo psicológico y conductual**
- **Tratamiento farmacológico**
- **Estrategias de prevención de recaídas**

Recomendaciones de la Guía SEPAR de práctica clínica de tratamiento farmacológico del tabaquismo

La **elección** dependerá de:

- Ausencia de contraindicaciones
- Grado de dependencia y motivación
- Antecedentes patológicos y psiquiátricos
- Intentos previos de abandono
- Tolerancia al tratamiento
- Preferencia del usuario por una u otra modalidad (esto favorece la adherencia al tratamiento).

Excepciones son:

- Embarazo
- Periodo de lactancia
- Adolescencia
- Consumo de menos de 10 cigarrillos al día.

Fármacos	Nivel de evidencia
Vareniciclina, TSN, Bupropion, citisina : fármacos seguros y eficaces para ayudar a dejar de fumar	1 a – b
Bupropion se asocia a mayor número de acontecimientos adversos leves que el placebo	1 a – b
Comparativamente entre grupos:	
Todos los tipos de TSN en monoterapia son de similar eficacia	1 b
La TSN combinada es más eficaz que la TSN en monoterapia	1 a
Vareniciclina es más eficaz que TSN en monoterapia	1 b
Bupropion	1 b
Citisina	2 a
no es superior a TSN combinada	
La eficacia de TSN en monoterapia es similar a la del Bupropion	2 a
Citisina es más eficaz que la TSN en monoterapia	2 a

Se debe recomendar tratamiento farmacológico en todos los pacientes que deseen hacer un intento serio de abandono

Algoritmo tratamiento de inicio

Grupo A : ausencia de intervención previa con fármaco de la dependencia a la nicotina

Valorar grado de dependencia: Test de Fageström

≥ 7

- 1.- VRN + TSN (parches)
- 2.- Citisina*

< 7

- 1.- VRN /TSN combinado
- 2.- Citisina*

Citisina* es la primera opción de tratamiento en los siguientes supuestos:

- 1.- Patologías que dificultan el tratamiento con TSN combinado y vareniclina y efectos secundarios
- 2.- Ausencia de disponibilidad y accesibilidad a la TSN combinado y vareniclina
- 3.- Riesgo de baja adhesión a la TSN y vareniclina
- 4.- Experiencia del prescriptor

Grupo B : recaída tras intervención previa con fármaco de la dependencia a la nicotina

Valorar síndrome de abstinencia

Si

Intensificar asesoramiento psicológico

Tratamiento previo

VRN

VRN + TSN (parches) / TSN combinado

Citisina

Valorar grado de dependencia: Test de Fageström

≥ 7

VRN + TSN (parches)

No

Intensificar asesoramiento psicológico

- 1.- VRN
- 2.- TSN combinado

< 7

VRN /TSN combinado

Algoritmo de tratamiento durante el seguimiento

Fracaso o recaída

VRN + TSN

- Intensificar asesoramiento psicológico
- Valorar fármaco usado

Citisinga
VRN
TSN combinado

¿Presenta síndrome abstinencia?

Si

No

Aumentar dosis de formas lentas y rápidas de Nicotina

VRN + TSN

Fracaso o recaída

¿Presenta síndrome abstinencia?

Si

No

- Intensificar asesoramiento psicológico y VRN + Bupropion. Si no respuesta aumentar duración de VRN

- Intensificar asesoramiento psicológico y VRN + TSN a dosis altas

¿Presenta síndrome abstinencia?

Si

No

VRN + TSN

VRN

Fracaso o recaída

¿Presenta síndrome abstinencia?

Si

No

- Intensificar asesoramiento psicológico y Aumentar dosis de nicotina en formas lentas y rápidas
- Si no respuestas VRN+ TSN. Si no disponibilidad o intolerancia a VRN retratar con TSN combinado

- Intensificar asesoramiento psicológico y Retratar con VRN + TSN
- Si no respuestas VRN+ TSN. Si no disponibilidad o intolerancia a VRN retratar con TSN combinado

Puntos clave

- **Aprovechar todas las oportunidades** en la consulta y estados de máxima predisposición para conseguir mayor eficiencia.
- Todo fumador atendido debe recibir **consejo breve**
- No confiar que el abandono del tabaco es solo posible con fuerza de voluntad
- Todo fumador que solicita ayuda para dejarlo debe ofrecerse **apoyo motivacional-conductual y tratamiento farmacológico**
- **No** esta recomendado el **uso de medicación: contraindicaciones, embarazadas, adolescentes y los fumadores de bajo consumo (< 10 cig. día)**.
- La TSN, citisiniclina, vareniclina, bupropión son fármacos eficaces, seguros y disponibles para ayudar a dejar de fumar.
- Los e-cigs no son seguros, ni ayudan a dejar de fumar (retienen al fumador en su adicción a la nicotina). Lejos de ayudar a controlar la epidemia de tabaco, están ocasionando un repunte de la misma. Incrementan el riesgo de infarto y de enfermedad respiratoria y más si el consumo es dual (60-80% casos)
- La única reducción de riesgos en tabaco es dejar de fumar y de consumir nicotina (en cualquier dispositivo) completa y definitivamente, no dar credibilidad a la literatura o a “expertos” que aconsejan dispositivos electrónicos de nicotina para dejar de fumar o reducir daños
- Ser conscientes de las limitaciones del sistema sanitario en el control del tabaquismo

“Fume menos” no es un consejo sanitario aceptable, salvo en los días previos a la cesación completa.

31 DE MAYO DIA MUNDIAL SIN TABACO

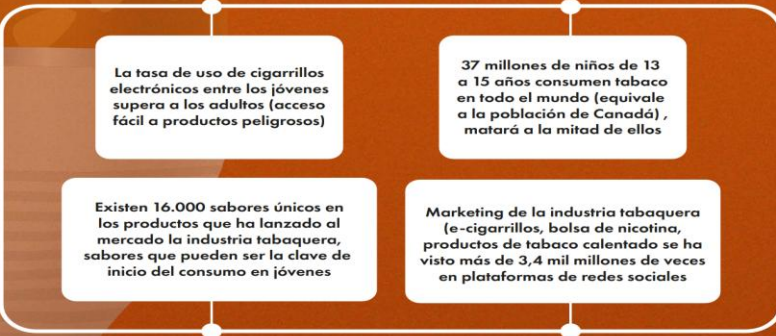
Desenmascaremos su atractivo: las tácticas de la industria con los productos de tabaco y nicotina al descubierto

IMPORTANTE
desvelar las tácticas
engañosas de la industria

Productos llamativos
Intenciones oscuras
Sabores atractivos y aditivos
Diseños engañosos
Marketing glamuroso
Manipulación de los jóvenes

Concienciar a las personas
que la industria.
Abogar por políticas
más estrictas

IMPORTANTE
los objetivos son
parar a la industria



Unámonos y dejémoslo bien claro: no más trucos, no más trampas, exponer mentiras, proteger vidas, no permitamos que la industria del tabaco y la nicotina engañen las personas con sus estrategias

- Empaquetado simple, reduce el atractivo, salva vidas
- Prohibir la publicidad, promoción y patrocinio
- Potenciar la ayuda a los fumadores, dotando a la atención primaria de los medios suficientes
- Espacios libres de tabaco y nicotina. Aire limpio es un derecho de todos, protejamos a las personas
- Prohibir los sabores, hacer que los sabores sean cosa del pasado
- Regular el diseño del producto, menos atractivo, adictivo, tóxico y dañino
- Aumentar los impuestos
- Apoya el abandono del tabaco, rompe el ciclo de la adicción a la nicotina

Estrategias para la reducción de alcohol



Dependencia del alcohol y los problemas que causa su consumo

España:

- Causa prevenible de morbi-mortalidad
- Importante componente social y cultural
- Baja percepción del riesgo asociado
- Implica riesgos al consumidor y daños a terceras personas

De cada 1000 pacientes atendidos en AP:

- 3 son alcohol dependientes
- 1 o 2 de cada 20 presentan consumo de riesgo o perjudicial.

Beber pequeñas cantidades de alcohol durante el embarazo puede tener consecuencias en el embrión y feto.

Agresividad
Violencia
Depresión

Neo ORL
Cáncer esófago

Infecciones respiratorias
Anemia
Macrocitosis

Daño hepático

Temblores
Neuropatía

Úlcera
Hemorragia digestiva

Debilidad
Ataxia. Caídas

Neuropatía

Demencia
Encefalopatía

Envejecimiento prematuro
Estigmas enolismo

Miocardopatía
Cáncer mama

Pancreatitis

Malabsorción
Déficit vitaminas

Disfunción eréctil
Síndrome alcohólico-fetal
Menopausia precoz

Patologías asociadas al consumo perjudicial del alcohol

Abstemio/a

Personas que **no han consumido nada** de alcohol en los últimos 12 meses

Consumo de bajo riesgo de alcohol

Consumo promedio que **aumenta la mortalidad**

Limites: **10 gr/ día en mujeres**
20 gr /día en hombres

Consumo de riesgo de alcohol

Consumo que **eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para la salud**, si persiste causa daño para la salud física, mental y consecuencias sociales

Criterios:

- **>2-2,5 UBE/día en mujeres o > 4 UBE /día en hombres**
- **AUDIT : > 5 puntos en mujeres y > 7 puntos en hombres**

Consumo perjudicial de alcohol

Consumo que causa daño a la salud y requiere que el **daño generado** esté ya **presente**

Patrones de consumo de alcohol



Episodios de consumo intensivo de alcohol, atracón o binge drinking

Consumo de **60 g o más (6 UBE en hombres) o 40 g o más (4 UBE en mujeres)**, concentrado en **4 -6 horas durante** la que mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8 g/l)

Fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los que el alcohol supone una prioridad mucho más elevada y cuya característica central es el **deseo de beber alcohol**. Reinicio se asocia con una reinstauración rápida de las características del síndrome

El **consumo de riesgo y/o perjudicial** es muy frecuente y pasa desapercibido en las consultas de AP

Los pacientes suelen ser más receptivos, para el cambio de lo que esperamos los médicos, estamos en una posición privilegiada para producir cambios

El **cribado** es muy importante para la evaluación de estos pacientes, funciona y es de fácil aplicación

La intervención recomendada en AP sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es la **intervención breve (IB)**.

Los MFyC en fases tempranas lo abordamos bajo ciertas condiciones y sino realizar una derivación precoz a pacientes con consumo problemático de alcohol. No siempre los pacientes con consumo de riesgo y perjudicial reciben intervención adecuada

El tratamiento tiene dos fases:

- **Desintoxicación:** abordaje con sedantes
- **Deshabitación:** abordaje con fármacos *anticraving*, interdictores, o ambos.

¿Cómo se hace el cribado del consumo de riesgo o perjudicial de alcohol?

Determinar el nivel de consumo

Tabla 2. Test AUDIT-C

- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
 - (0) Nunca
 - (1) Una o menos veces al mes
 - (2) De dos a cuatro veces al mes
 - (3) De dos a cuatro veces a la semana
 - (4) Cuatro o más veces a la semana
- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
 - (0) Una o dos
 - (1) Tres o cuatro

Tabla 3. AUDIT Completo (Alcohol Use Disorders Inventory Test)

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? <ul style="list-style-type: none"> (0) Nunca <input type="checkbox"/> (1) Una o menos veces al mes <input type="checkbox"/> (2) De dos a cuatro veces al mes <input type="checkbox"/> (3) De dos a cuatro veces a la semana <input type="checkbox"/> (4) Cuatro o más veces a la semana <input type="checkbox"/> | <ol style="list-style-type: none"> ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber consumido mucho el día anterior? <ul style="list-style-type: none"> (0) Nunca <input type="checkbox"/> (1) Una o menos veces al mes <input type="checkbox"/> (2) De dos a cuatro veces al mes <input type="checkbox"/> (3) De dos a cuatro veces a la semana <input type="checkbox"/> (4) Cuatro o más veces a la semana <input type="checkbox"/> |
| <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? <ul style="list-style-type: none"> (0) Una o dos <input type="checkbox"/> (1) Tres o cuatro <input type="checkbox"/> (2) Cinco o seis <input type="checkbox"/> (3) Siete a nueve <input type="checkbox"/> (4) Diez o más <input type="checkbox"/> | <ol style="list-style-type: none"> ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? <ul style="list-style-type: none"> (0) Nunca <input type="checkbox"/> (1) Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> (2) Mensualmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) A diario o casi a diario <input type="checkbox"/> |
| <ol style="list-style-type: none"> ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo? <ul style="list-style-type: none"> (0) Nunca <input type="checkbox"/> (1) Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> | <ol style="list-style-type: none"> ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? <ul style="list-style-type: none"> (0) Nunca <input type="checkbox"/> |

FIGURA 3. CÓMO CALCULAR LA UNIDAD DE BEBIDA ESTÁNDAR UBE

$$\text{Gramos alcohol puro} = \frac{\text{volumen (expresado en cc)} \times \text{graduación} \times 0,8}{100}$$

↓

Unidad de bebida estándar (UBE)
1 UBE = 10 g de alcohol puro

Tabla 4. TIPO DE BEBIDA, VOLUMEN, UNIDADES DE BEBIDAS ESTÁNDARES Y GRAMOS

TIPO DE BEBIDA	CANTIDAD DE BEBIDA	VOLUMEN ALCOHOL %	UBE	TOTAL (G)
----------------	--------------------	-------------------	-----	-----------



¿Qué valor pueden tener las determinaciones analíticas?

Tabla 3. Rendimiento de los marcadores biológicos en pacientes con dependencia del alcohol

Marcador	Material	Período de detección	Sensibilidad	Especificidad
----------	----------	----------------------	--------------	---------------

MARCADORES BIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL

¿Cómo se hace el cribado del consumo de riesgo o perjudicial de alcohol?

Paso 1

Preguntar sobre el consumo de alcohol : AUDIT-C: hombre ≥ 5 , mujeres ≥ 4

EL CRIBADO DEL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL DEBE HACERSE:

- ▶ Como parte de un examen preventivo rutinario
- ▶ Antes de prescribir fármacos que interaccionen con el alcohol
- ▶ En respuesta a problemas que pueden estar relacionados con el consumo de alcohol
- ▶ Especial atención en embarazadas, personas que fuman, adolescentes y personas adultas jóvenes

Evaluar el riesgo

CONSUMO DE RIESGO

- Si cumple ALGUNO de estos criterios:
- AUDIT ≥ 8 en hombres y ≥ 6 en mujeres
 - > 4 UBE/día en hombres y $> 2-2,5$ UBE en mujeres
 - > 28 UBE/semana (5 días a la semana) en hombres y > 17 en mujeres
 - > 6 UBE por ocasión en hombres y > 4 en mujeres.
- Consumo intensivo de alcohol o *binge-drinking*

No

Cribado completo

Si

Paso 2a

Determinar el nivel de consumo

AUDIT completo o Cuantificación UBE

Paso 2b

Puntuaciones AUDIT



UBE

Consumo de riesgo
UBE/día: < 4 en hombres
y $> 2-2,5$ en mujeres
UBE/semana: > 28 en hombres
y > 17 en mujeres
UBE por ocasión: > 6 en hombres
y > 4 en mujeres

PASO 3

ACONSEJAR Y AYUDAR

PASO 4

ACORDAR SEGUIMIENTO

Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada 2 años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad

Tras la aplicación del AUDIT o la cuantificación del consumo de alcohol en UBE, ¿Qué tipo de consumo presenta? Si la persona presenta consumo de riesgo de alcohol que debe cumplir los siguientes criterios:

Tabla 4. Zonas de riesgo tras AUDIT, puntuación AUDIT, intervención aconsejada, y qué decir al paciente

Nivel de riesgo	Puntuación AUDIT	Intervención	
Zona I Bajo riesgo o abstinencia	0-5 ♀ 0-7 ♂	Informar y reforzar	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque los niveles actuales de consumo de alcohol están asociados con bajo riesgo, el consumo de alcohol podría aumentar • Informar sobre los límites de consumo de bajo riesgo. Examinar cada 2 años • Unas pocas palabras o información escrita sobre los riesgos de beber alcohol pueden evitar que aumente el consumo en el futuro • Para el cáncer, algunas enfermedades gastrointestinales y lesiones, no existe un nivel de consumo seguro de alcohol. • Si no hay consumo, reforzar esta actitud
Zona II Consumo de riesgo	6-15 ♀ 8-15 ♂	Consejo breve	<p>Aunque puede que las consecuencias negativas para la persona que consume y su entorno no sean evidentes en el momento actual, aumentan las probabilidades de tener problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padecer cáncer, enfermedades crónicas, problemas de salud mental, etc., y/o • Consecuencias sociales y económicas (para la persona que consume y otras): lesiones, violencia, problemas legales, bajo rendimiento laboral o problemas sociales
Zona III Consumo perjudicial	16-19	Educación individual	<p>Estos/as pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ya pueden tener problemas de salud física y/o mental debido al consumo regular de alcohol y/o • experimentan lesiones, violencia, problemas legales, bajo desempeño laboral o problemas sociales debido a la intoxicación frecuente • Probablemente, se encuentran en las fases previas de la dependencia
Zona IV Probable dependencia	20-40	Valorar derivación	<ul style="list-style-type: none"> • Una puntuación ≥ 20 en el AUDIT es indicativa de dependencia del alcohol, aunque puntuaciones menores también pueden significar dependencia • El diagnóstico es un paso necesario tras una alta puntuación

¿Qué tipo de intervención se recomienda sobre la dependencia del alcohol en atención primaria?

- Si la persona es bebedora con **consumo de riesgo** y criterios de **dependencia**, el objetivo debe ser **identificar el grado de conciencia de consumo y el nivel de motivación para alcanzar la abstinencia.**
- Si el **consumo de riesgo o perjudicial es aceptable** conseguir un **pacto de consumo de bajo riesgo**
- Si **hay criterios de dependencia** la única alternativa válida es la **abstinencia completa de alcohol** (grado de recomendación B).

Tabla 4. Estilo de intervención

Utilizar un estilo **empático** y evitar la confrontación

Ofrecer al paciente **alternativas** sobre el mejor modo de hacer los cambios

Enfatizar la **responsabilidad** del paciente para realizar los cambios en la conducta de bebida

Reforzar la **confianza** de los pacientes en su capacidad para desarrollar los cambios necesarios

Pautas de desintoxicación

(7-10 días) en esta fase es preciso apoyo

familiar y baja laboral 7 días

Día	Diazepam 10 mg	Clorazepato 15 mg	Clometiaz ol 192 mg
1	2-1-2	1-1-2	2-2-2
2	1-1-2	1-1-2	2-2-2
3	1-1-2	1-1-1	1-2-2
4	1-1-1	1-1-1	1-1-1
5	1-0-1	1-0-1	1-0-1
6	0-0-1	1-0-1	0-0-1
7	0-0-1	0-0-1	0-0-1

Pautas de deshabituación

(6-12 meses)

Anticraving. De elección: **Acamprosato**, 2 g diarios / 1 año (6 comps. si peso >60 kg), su efecto no es dependiente de la dosis y aumenta los días de abstinencia. Sin riesgos a nivel hepático.

Otros fármacos anticraving: naltrexona oral, nalmefeno

Menos evidencia: topiramato, baclofeno, gabapentina o vareniclina

Aversivos (Interdictores): Disulfiram: sus efectos duran 7 días después de la última dosis. 250 mg al día. Buena evidencia si se supervisa su uso.

Contraindicado en: cirrosis hepática (hepatotoxicidad), insuficiencia respiratoria (depresión respiratoria), cardiopatías (arritmias e hipotensión), epilepsia (convulsiones), insuficiencia renal y embarazo.

Ambos fármacos (anticraving + aversivos) pueden combinarse si no hay respuesta a uno de ellos.

Seguimiento de la deshabituación

- Después de la fase de desintoxicación, **primera visita al mes**, posteriormente cada **3 meses** durante **el primer año**.
- El **segundo año** cada **6 meses**. A partir de aquí puede ser suficiente un contacto anual.
- Durante esta **fase de seguimiento** puede ser muy útil la utilización de pruebas analíticas (VCM y GGT y desialotransferrina principalmente) en los pacientes que previamente las tuvieran alteradas.
- Su descenso nos confirmará que el paciente mantiene realmente su abstinencia, y en ocasiones podrá servirle de estímulo y refuerzo positivo.

Resultados esperables de la deshabituación

Los **seguimientos prospectivos** de los pacientes tratados arrojan **resultados terapéuticos satisfactorios** entre el 40 y el 60% de los casos, evaluándolos a los 12 y 24 meses.

Los resultados obtenidos en el curso del primer año tienen una gran tendencia a permanecer estables a lo largo del tiempo.

Las tasas de remisión se sitúan en el 53% a los 5 años y en el 37% a los 10 años de iniciado el tratamiento.

Gual A, Lligoña A, Costa S, Segura L, Colom J. Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. Resultados a 10 años de un estudio longitudinal prospectivo de 850 pacientes [Long term impact of treatment in alcoholics. Results from a 10-year longitudinal follow-up study of 850 patients]. Med Clin (Barc). 2004 Sep 25;123(10):364-9.

Tabla 7. Papel clave de la Atención Primaria en la atención a la persona dependiente del alcohol

Identificación de pacientes que sufren dependencia

Intervención en la derivación de pacientes que la precisen, para que esta sea más eficaz

Apoyo a la persona a lo largo del proceso

La depresión y la ansiedad van, a menudo, de la mano de la dependencia del alcohol. Los estudios muestran que las personas que dependen del alcohol tienen dos o tres veces más probabilidades de sufrir depresión o ansiedad durante su vida. Al abordar los problemas con la bebida, es importante buscar también tratamiento para cualquier problema de salud, incluyendo los de salud mental, que lo acompañe

Coordinación con los diferentes recursos sanitarios ambulatorios (centro de atención a drogodependientes) necesarios en muchas ocasiones para la desintoxicación, la deshabituación, y la rehabilitación

A nivel laboral, se puede ayudar orientando al paciente en cómo conseguir el reciclaje necesario para su reincorporación al mercado laboral o la promoción profesional, coordinándose con los diferentes recursos psicosociales

Considerar darle una baja laboral si la precisa durante su proceso de desintoxicación

Conocer diferentes asociaciones de ayuda mutua y colaborar con ellas

Lucha contra la culpa y la discriminación del paciente dependiente del alcohol

Fuente: elaboración propia

Criterios de derivación a un centro especializado

- **Patología psiquiátrica grave asociada al hábito enólico.**
- **Antecedentes de intentos fallidos de desintoxicación.**
- **Disfunción familiar importante que haga recomendable la intervención de otros especialistas.**
- **Falta de apoyo sociofamiliar.**
- **Posibilidad de que el paciente presente delirium tremens.**
- **Incumplimiento de la pauta terapéutica establecida.**

Estrategias para la reducción de psicofármacos (benzodiazepinas)

!Creo que mi paciente es dependiente de las Benzodiazepinas!

Prevalencia :

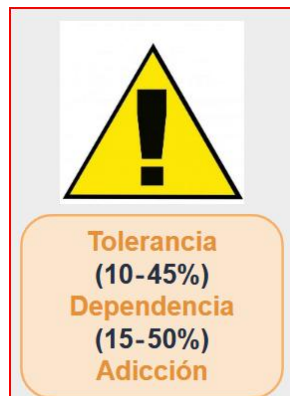
- A. 1/10 personas lo consumen a diario
- B. 7/10 personas consumidoras son mujeres (64%)
- C. 1/2 de las personas son > de 65 años
- D. 82% están en edad de conducir
- E. España: **líder mundial** del consumo de BZD
- F. **Consumo crónico** es un problema de salud pública

- El uso de **BDZ** para la ansiedad e insomnio, no asociado a trastorno mental grave (**no es un tratamiento de por vida, no tratar más de 4 semanas**)
- En ocasiones a corto plazo, pueden **crear dependencia** y otros problemas



¿Cuál es el beneficio de usar BZD en el insomnio o la ansiedad?

- 1 / 13 personas, tendrá 1 despertar menos durante la noche y 25 min más de sueño.
- El 66% manifiestan no dormir pese a utilizarlas.
- 1 / 5 ó 6 personas, reducirán a la mitad su ansiedad



¿Cuánto es el perjuicio que pueden ocasionar las BZD?

- Deterioro cognitivo → 50-60%
- Caídas y fracturas → 40-60%
- Neumonías → 52%
- Mortalidad a los 30 días → 22-32%
- Alzheimer → 43-51%
- Dificultad de pensamiento → 10-30%

¿Qué puedo hacer en mi consulta diaria?

Desprescribir las benzodiazepinas

¿Cómo podemos ayudar a nuestros pacientes?

- **Informar: inconvenientes y alternativas** de las BZD (independiente si desean o no dejar de tomarlas)
- **No se trata de desprescribir BZD**, sino **mejorar el conocimiento** de los **pacientes**
- **Generar conciencia** de los **problemas de seguridad** derivados de su uso crónico
- **Sensibilizar a la población** que no



¿Ha pensado que el uso a largo plazo de los tranquilizantes que toma genera problemas?

Busque un momento en el que se encuentre con ánimo para dejarlo poco a poco y evitar un síndrome de abstinencia.

Le dejo esta información para que vaya pensando en todo esto.

¿Qué podemos hacer para ayudar a nuestros pacientes?

- **Abandono progresivo (10-25% cada 1-2 semanas)**
- Advertirle del **síndrome de abstinencia**
- **Valorar sus síntomas**, mantener dosis 1-2 semanas, hasta desaparición y continuar con reducción lenta
- **Adecuar el ritmo** de la desescalada al paciente. **No tener prisa**
- **Asegurar buena adaptación** a la desprescripción
- **Seguimiento** del paciente cada 2-3 semanas

EJEMPLO DE PAUTA PARA LA RETIRADA DE LAS PASTILLAS PARA DORMIR

>Te recomendamos que sigas esta pauta bajo la supervisión de un profesional sanitario<

SEMANAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1 y 2 <i>Comienzo</i>	●	●	●	●	●	◐	●
3 y 4	●	◐	●	◐	●	◐	●
5 y 6	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
7 y 8	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
9 y 10	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
11 y 12	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
13 y 14	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
15 y 16	◐	○	◐	○	◐	○	◐
17 y 18	◐	○	○	◐	○	○	◐
19	○	○	○	◐	○	○	○
20	○	○	○	○	○	◐	○
21	○	○	○	○	○	○	◐
22	○	○	○	○	○	○	○

● Dosis entera ◐ Mitad de la dosis ◑ Un cuarto de la dosis ○ No tomar

La experiencia refleja que **1/4-5** pacientes es capaz de **abandonar las BZD a los 6-12 meses.**

¿Qué podemos hacer para ayudar a nuestros pacientes?

Estrategias para la desprescripción en atención primaria: sustitución de BZD de v. m. corta/media por DIAZEPAM

Cambiar medicación a la dosis diaria **equivalente de diazepam**.

→ Tomar la **dosis por la noche** preferentemente.

2. **Reducir** la dosis de diazepam unos **2,5 mg cada 15 días**.

→ **Si síntomas de abstinencia:** mantener dosis hasta desaparición. Evitar volver a subir la dosis.

→ Si es necesario reducciones quincenales de menor dosis. **Mejor más lento que demasiado rápido**

El tiempo necesario para llegar a la **suspensión completa** puede **variar desde 4 semanas hasta > 1 año**

Hipnóticos: dosis equivalentes a 5mg de diazepam

Principio activo (Marca comercial más conocida)	Semivida de eliminación (h)	Dosis equivalentes aproximadas a 5 mg diazepam
--	--------------------------------	---

BZD Acción ultra corta (<6h)

Bentazepam (Tiadipona®)	2,2-4,5	12,5 mg
Brotizolam (Sintonal®)	4-8	0,25 mg
Midazolam (Dormicum®)	1,5-2,5	7,5 mg
Triazolam (Halcion®)	1,5-5	0,25 mg

BZD Acción corta- media (6-24h)

Alprazolam (Trankimazin®)	12-15	0,5 mg
Bromazepam (Lexatin®)	8-32	3-6 mg
Flunitrazepam (Rohypnol®)	15-24	0,5-1 mg
Loprazolam (Somnovit®)	4-15	0,5-1 mg
Lorazepam (Orfidal®, Placinoral®)	10-20	0,5-1 mg
Lormetazepam (Noctamid®)	10-11	0,5-1 mg

BZD Acción Larga (>24h)

Clobazam (Noiafren®)	10-50	10 mg
Clorazepato dipotásico (Tranxilium®)	30-100	7,5 mg
Diazepam (Valium®)	30-100	5 mg
Flurazepam (Dormodor®)	47-100	7,5-15 mg
Ketazolam (Sedotime®)	50-100	7,5 mg

Hipnóticos-Z

Zaleplon (Sonata®)	1,3	10 mg
Zolpidem (Stilnox®, Dalparan®)	2,4-3,2	10 mg
Zopiclona (Limovan®, Datolan®, Siaten®, Zopicalma®)	3,5-6	7,5 mg

¿Qué podemos hacer para ayudar a nuestros pacientes?

Estrategias para la desprescripción en atención primaria: sustituir BZD por **PREGABALINA**

Durante las 2 primeras semanas:

- Mantener dosis de BZD.

- Añadir pregabalina 75 mg:

0 - 0 - 75 mg (1ª sem)

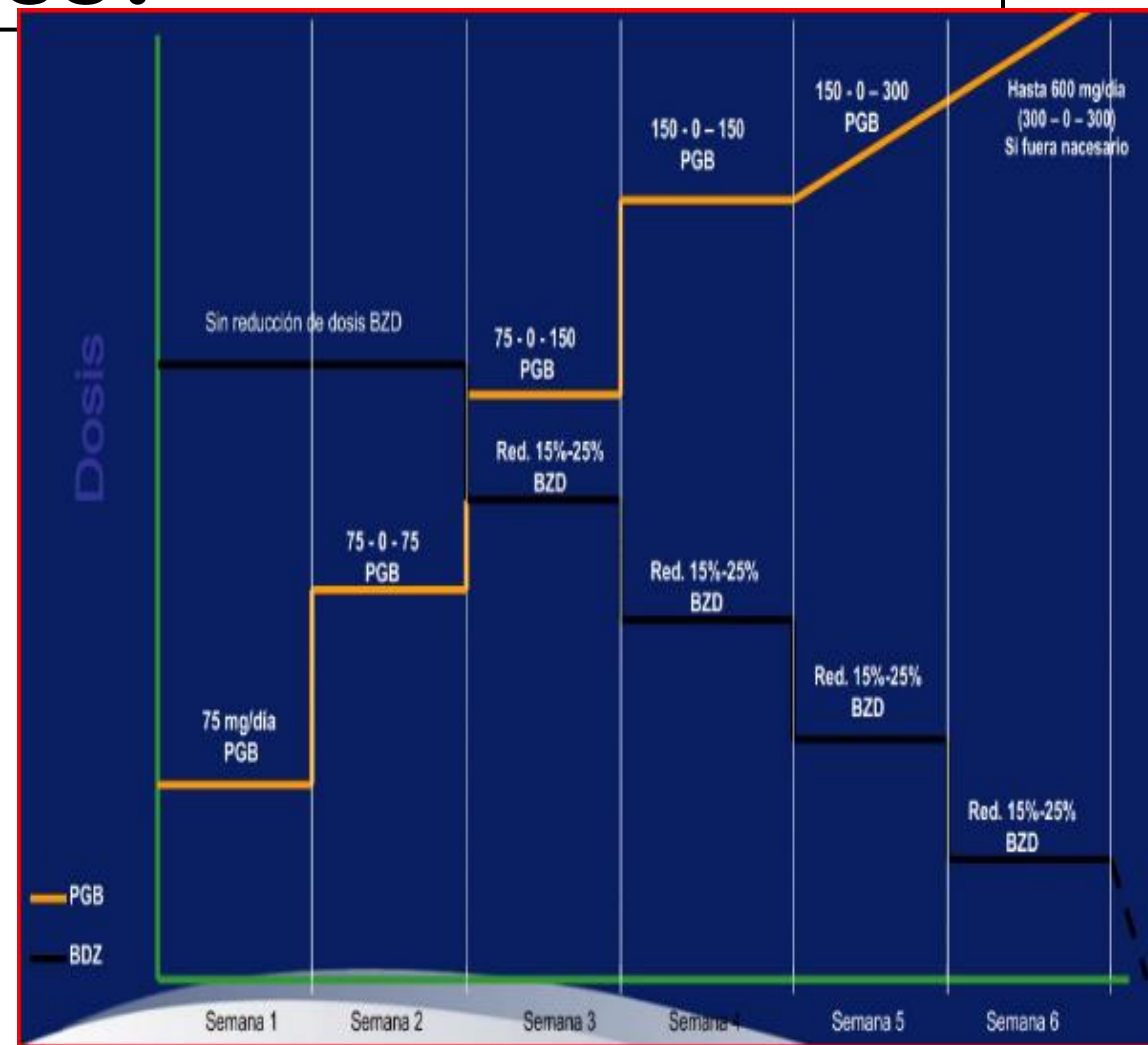
75 mg - 0 - 75 mg (2ª sem)

En la 3ª semana comenzar a reducir BZD y seguir aumentando pregabalina:

75 mg - 0 - 150 mg (3ª sem) o

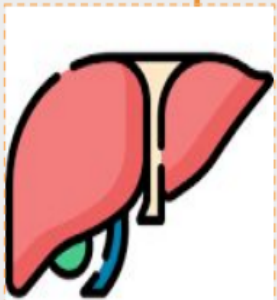
75 mg - 75 mg - 150 mg

De forma que **semanalmente se va reduciendo BZD (15 a 25%) hasta suspender** y se puede ir **aumentando gradualmente pregabalina** hasta máximo de 300 mg-0-300 mg (600 mg/día)



¿Qué podemos hacer para ayudar a nuestros pacientes?

Estrategias para la desprescripción en atención primaria: sustitución de BZD de vida media corta/media por DIAZEPAM



ADVERTENCIA en insuficiencia hepática:

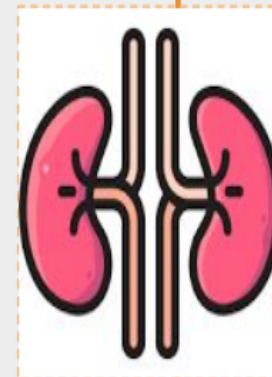
Sustituir diazepam por alternativa sin metabolitos activos, como el **oxazepam**.

Inconveniente: vm más corta (5-10 horas).

Equivalencia: 15 mg Oxazepam= 5 mg Diazepam.

Otras BZD metabolismo no hepático:
Lorazepam y Temazepam.

Estrategias para la desprescripción en atención primaria: sustitución de BZD por PREGABALINA



ADVERTENCIA en insuficiencia renal:

Ajuste de dosis según Cl_{cr}:

Aclaramiento de Creatinina (A _{cr}) (ml/min)	Dosis Diaria Total de Pregabalina*	
	Dosis inicial (mg/día)	Dosis máxima (mg/día)
≥60	150	600
≥30 - < 60	75	300
≥15 - < 30	25 - 50	150
<15	25	75

¿Qué podemos hacer para ayudar a nuestros pacientes?

ABORDAJE PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVO-

CONDUCTUAL

Las técnicas para el manejo de la ansiedad:

- Controlando sus preocupaciones y miedos
- Mediante técnicas de distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas
- Sustituyéndolos por modos más racionales de pensamiento.
- Ayuda a entender problemas complejos desglosándolo en partes más pequeñas, utilizando métodos tales como:
 - **Técnicas de relajación/ respiración**
 - **Entrenamiento autógeno**
 - **Reestructuración cognitiva**
 - **Detención del pensamiento**
 - **Resolución de problemas**

Recursos de OMS "En tiempos de estrés haz lo que importa" Herramientas a nuestras disposición

Os presentamos la Guía ilustrada "En tiempos de estrés, haz lo que importa", un recurso de apoyo para manejar el estrés y hacer frente a la adversidad, publicada por la Organización Mundial de la Salud en abril de 2020.

Parte 1. Poner los pies en la tierra

Para poner los pies en la tierra durante las tormentas emocionales debes darte cuenta de tus pensamientos y sentimientos; bajar el ritmo y conectar con tu cuerpo, con la ayuda de ejercicios de estiramientos y respiración; y luego, volver a centrarte y conectar con el mundo que te rodea.



Vídeo 1. Poner los pies en la tierra



ACCESO A LA GUÍA ILUSTRADA COMPLETA [PDF]

APAGA TU CIGARRO,
NO APAGUES TU VIDA



PROBLEMAS CON EL ALCOHOL

¿Por qué genera adicción??



En los adolescentes afecta los procesos cognitivos y formación del cerebro

Afecta a hombres y mujeres

(a nivel adicción)



De todas las drogas disponibles el alcohol es la que causa mayores problemas de salud.



Genera enfrentamientos violentos y afecta la vida social del consumidor



Causa efectos negativos a largo plazo en diferentes órganos del cuerpo.

Generar conciencia de su abuso y sensibilizar a la población

