

*Gustavo José Staffieri,  
Roberto Coloccini*

**Palabras clave**

Tabaquismo - adicción - morbimortalidad - tratamiento farmacológico - tratamiento no farmacológico.

**Síntesis Inicial**

El tabaquismo es la primera causa evitable de enfermedad y muerte en nuestra sociedad, responsable de más de 40.000 muertes.

A pesar de los peligros para la salud y de la conciencia pública de estos, la prevalencia del consumo de tabaco se mantiene sorprendentemente alta. Por fortuna, existen tratamientos eficaces que pueden aumentar de manera significativa las tasas de abstinencia a largo plazo y disminuir la morbimortalidad de nuestros pacientes.

**INTRODUCCIÓN**

Sabemos que el tabaquismo es la primera causa evitable de enfermedad y muerte en nuestra sociedad, y produce más de 435.000 muertes cada año en los Estados Unidos. A comienzos de este milenio la mortalidad anual por tabaco fue de 4,8 millones de muertes y se estima que llegará a 8 millones en el 2030.

En nuestro país se estima que el tabaco causa más de 40.000 muertes y 824.804 años de vida saludables perdidos. La prevalencia de consumo de tabaco en adultos es cercana a un tercio de la población nacional.

Se sabe, además, que el consumo de tabaco es causa de múltiples enfermedades oncológicas, cardiovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, etc.), complicaciones del embarazo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras muchas enfermedades. Es también el responsable directo del 20% de las muertes por enfermedad cardiovascular en mayores de 65 años y del 45% en menores de 65 años. No solo para pacientes tabaquistas sino para pacientes que inhalan en forma involuntaria el humo del cigarrillo.

A pesar de los peligros para la salud y de la conciencia pública de estos, la prevalencia del consumo de tabaco se mantiene sorprendentemente alta. Una encuesta realizada por el Ministerio de Salud de la Nación mostró que el 33,4% de la población de 18 a 64 años fumaba.

En el tabaquismo se manifiestan muchas características de una enfermedad crónica. Muy pocos fumadores logran mantenerse sin fumar luego de un primer intento de abandono. La mayoría de ellos persiste en el consumo por muchos años y generalmente pasa por períodos de abstinencia y recaídas.

Por lo tanto, debemos considerar al tabaquismo como una enfermedad crónica que a menudo requiere intervencio-

nes repetidas y múltiples intentos de abandono. La adicción al cigarrillo es una dependencia compleja en la que intervienen factores neurobiológicos, sociales y relacionados al comportamiento.

La nicotina tiene capacidad de generar mayor dependencia que el alcohol y los opioides, por lo que los cigarrillos se encuentran entre los productos más adictivos.

Para el tratamiento de la adicción al tabaco es muy importante la participación y el compromiso de los miembros del equipo de salud.

Afortunadamente existen tratamientos eficaces que pueden aumentar de manera significativa las tasas de abstinencia a largo plazo. Se demostró la importancia de combinar la recomendación y el incentivo por parte del médico y el tratamiento farmacológico.

En la actualidad contamos con siete medicamentos de primera línea (5 nicotínicos y 2 no nicotínicos) para ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar:

- Bupropión SR
- Chicle de nicotina
- Inhalador de nicotina
- Pastilla de nicotina
- Espray nasal de nicotina
- Parche de nicotina
- Vareniclina

**TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**

Está demostrado que el consejo de pocos minutos en la consulta médica tiene un impacto del 2% en la tasa de abstinencia a los 6 meses; en cambio, si el paciente lo recibe en casi

todas las consultas, la tasa de abstinencia aumenta al 6%. Esta intervención es la más costo-efectiva que se le puede ofrecer al paciente fumador.

Es, además, muy importante explicarle al paciente que no es cierto que fumar pocos cigarrillos por día sea inocuo (el riesgo de infarto agudo de miocardio aumenta 40% en fumadores de 1 a 5 cigarrillos por día; fumar menos de 10 cigarrillos por día presenta un RR 2,29 para aneurisma de aorta). Por lo tanto, el consejo debe orientarse a la cesación absoluta.

Es muy importante en la consulta recabar información acerca del número de cigarrillos consumidos por día, del tiempo que lleva fumando, si tuvo intentos previos para dejar de fumar, tratamientos utilizados, efectos adversos de aquellos y causas de recaída.

Ante un paciente tabaquista se debe evaluar en qué etapa, según el modelo trans-teorético, se encuentra (etapa de precontemplación, de contemplación, de preparación, de acción o de mantenimiento). Los fumadores que no se encuentran en una etapa adecuada tienen alta probabilidad de fracaso si se los induce en forma apresurada a iniciar el tratamiento. Basándonos en lo dicho anteriormente, contamos con dos grupos de pacientes: los que están listos para dejar de fumar y los que todavía no lo están.

Los pacientes que quieren dejar de fumar deben recibir dos tipos de intervenciones: una intervención psicosocial dirigida a tratar la dependencia psíquica y social mediante técnicas cognitivo-conductuales y otra intervención farmacológica para aliviar la dependencia física. Esta última no debe utilizarse como estrategia aislada.

Las intervenciones breves son un conjunto de estrategias efectivas para la cesación que pueden ser brindadas por todo profesional de la salud en la consulta médica. Esas intervenciones están constituidas por 5 componentes fundamentales:

1. Averiguar el status tabáquico.
2. Aconsejar sobre el abandono del hábito tabáquico.
3. Evaluar el nivel de motivación del paciente.
4. Elaborar un programa de tratamiento que incluya fijar una fecha de abandono, proveer intervención psicosocial y, por último, la intervención farmacológica.
5. Tener un plan de seguimiento.

Con respecto al programa de tratamiento, es importante que el paciente proponga una fecha para el abandono. Se recomienda que esa fecha se concrete dentro de los 30 días de la decisión de abandonar el hábito. Además, las posibilidades de éxito son mayores cuando al paciente deja de fumar en forma súbita y no disminuyendo paulatinamente el número de cigarrillos.

Las intervenciones psicosociales son un conjunto de estrategias destinadas a que conozca las características de su adicción, modifique su comportamiento frente a ella y desarrolle habilidades para afrontar la abstinencia mediante un cambio en su estilo de vida. Con respecto a estas

últimas, es importante que el paciente identifique las situaciones de riesgo o gatillo que pueden desencadenar la acción de fumar y que implemente estrategias sustitutivas. Entre las situaciones gatillo más comunes se describen el consumir alcohol, café, estados de angustia, ansiedad o situaciones de stress y estar con otros fumadores. Las estrategias sustitutivas buscan generar el mismo efecto que el cigarrillo, pero con conductas saludables (por ej., ejercicio, técnicas de relajación, masticar chicles o caramelos). Es importante recalcar que la urgencia de fumar cede al cabo de pocos minutos y que las estrategias sustitutivas son clave para superar este momento.

Siempre que sea posible el paciente debe tener acceso a intervenciones intensivas, ya que estas aumentan la tasa de éxito. Pueden ser aplicadas por personal especializado en el tratamiento de esta adicción y tener sesiones individuales, grupales, con seguimiento telefónico o material escrito que aumentan significativamente la tasa de éxito.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Como dijimos antes, en la actualidad contamos con siete medicamentos aprobados para el tratamiento del tabaquismo (5 nicotínicos y 2 no nicotínicos). Otros fármacos han sido estudiados para este tratamiento, pero no demostraron ser efectivos. Dentro de este grupo se encuentran los inhibidores de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la monoaminoxidasa y las benzodiazepinas. En este apartado se describirá la utilidad, indicación y efectos adversos de cada uno de ellos.

Vale recordar la importancia de utilizar el tratamiento farmacológico junto con los consejos para la modificación del comportamiento, ya que la combinación es más efectiva que cada una de las prácticas por separado. La suma de las dos estrategias aumenta un 40% la probabilidad de cesación comparada con el uso de tratamiento farmacológico únicamente. Las tasas de éxito son muy variables en distintos estudios, pero podemos decir que en los pacientes tratados con fármacos, asociado a intervenciones psicosociales intensivas, la tasa de abstinencia es del 60% a los 3 meses.

### Terapia de remplazo nicotínico

Estimula los receptores nicotínicos del núcleo accumbens y produce liberación de dopamina y una desensibilización paulatina de esos receptores. La utilización de este grupo de fármacos intenta remplazar la nicotina que el fumador recibe con el cigarrillo y permite aliviar el síndrome de abstinencia.

Está recomendado el uso de terapia de remplazo nicotínico en cualquiera de sus presentaciones ya que todas demostraron aumentar de forma significativa la tasa de abstinencia (duplica la tasa de éxito independientemente de la intensidad de la intervención psicosocial provista). Existe un riesgo bajo de desarrollar dependencia a la terapia de remplazo nicotínico, la cual es mayor con el spray nasal y menor con los parches.

Dentro de este grupo contamos con parches de nicotina, chicle de nicotina, comprimidos y spray nasal. Existe además un inhalador de nicotina, pero no contamos con él en nuestro país.

- *Parches de nicotina:* Se presentan en parches de 10, 20 y 30 cm<sup>2</sup>. Liberan aproximadamente 0,7 mg/cm<sup>2</sup>/24 hs. Se recomienda el uso en dosis estándar de hasta 21 mg/d durante 8 semanas. La dosis de inicio depende de la cantidad de cigarrillos que el paciente fuma por día. En pacientes que fuman más de 15 cigarrillos por día se aconseja iniciar con parches de 21 mg/d. La dosis de parches superiores a 21 mg/d solo aumenta ligeramente la eficacia (OR 2,3), por lo que se sugiere su uso en fumadores con alto grado de adicción (fumadores de más de 20 cigarrillos por día y quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos después de levantarse). Estas dosis superiores a 21 mg se logran al usar simultáneamente más de un parche de igual o distinta gradación. Los resultados de un metaanálisis muestran que los parches son más efectivos en varones que en mujeres (OR 1,40 IC 95% 1,02-1,93). Dentro de los efectos adversos contamos con alteraciones del sueño y reacción cutánea en el lugar de colocación del parche. Para disminuir esa reacción no deben colocarse los diferentes parches en el mismo lugar. En caso de insomnio se aconseja retirarlo antes de dormir.
- *Chicles de nicotina:* se presentan en dosis de 2 y 4 mg. Se recomienda la dosis de 4 mg en pacientes que fuman más de 20 cigarrillos por día y los de 2 mg en los que fuman menos cantidad. Está indicada una duración del tratamiento de hasta 6 semanas. Son útiles para reducir el estado de ansiedad (*craving*) ya que provee un rápido remplazo de nicotina. Como efectos adversos, pueden producir: hipo, eructos, dispepsia y dolor en articulación temporomandibular. Se debe consumir 1 chicle cada una o dos horas, hasta 24 chicles por día.
- *Comprimidos de nicotina:* también se prestan en dosis de 2 y 4 mg y se deben utilizar durante 12 semanas. Se debe indicar 1 a 2 comprimidos cada 1 o 2 horas. Están descritos como efectos adversos: pirosis, náuseas, hipo, úlceras en boca, cefalea, dolor de garganta o boca y tos. No se deben masticar ni tragar, deben disolverse en la boca.
- *Spray nasal:* Está contraindicado en pacientes con hiperreactividad bronquial severa. Cada disparo suministra una dosis de 0,5 mg. Se indica la realización de uno o dos disparos en cada fosa nasal (1 mg por cada dosis) cada hora, hasta un máximo de 3 dosis por hora o 40 dosis por día. Dentro de los efectos adversos se describe la irritación nasal, sobre todo en los primeros días.

El uso de terapia de remplazo nicotínico debe hacerse con precaución en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica (angina de pecho inestable, dentro de las 2 semanas posteriores a un infarto agudo de miocardio) o arritmias graves. No se asoció a mayor incidencia de eventos cardiovasculares o mortalidad y se demostró que los beneficios de

la cesación son superiores a los riesgos. No se recomienda su uso en adolescentes y mujeres embarazadas.

## Bupropión de liberación prolongada

El bupropión de liberación prolongada es un antidepresivo con eficacia probada por varios metaanálisis para el tratamiento del tabaquismo (los OR para cesación son cercanos a 2). Actúa inhibiendo la recaptación de dopamina y noradrenalina en el núcleo accumbens y la descarga de neuronas noradrenérgicas en el locus caeruleus. Actúa, además, como inhibidor funcional de los receptores colinérgicos nicotínicos. No se conoce completamente el mecanismo de acción que contrarreste la abstinencia. La vida media del fármaco es de 20 horas y se metaboliza en el hígado por la vía del citocromo p450. Su eficacia es comparable a la del remplazo nicotínico. Un metaanálisis, que incluyó 24 estudios, reportó que su uso duplica las posibilidades de abstinencia respecto al placebo a más de 5 meses. Es efectivo también para limitar la ganancia de peso asociado a la cesación.

Se debe iniciar el tratamiento al menos una semana antes del día en que el paciente deja de fumar y se finaliza entre las 7 y 9 semanas. No se requiere disminución progresiva de la dosis al finalizar. La dosis recomendada es entre 150 y 300 mg/d.

Está contraindicado en pacientes con epilepsia, menores de 18 años, embarazadas, con antecedentes de traumatismo de cráneo grave, tumor cerebral y consumo concomitante de inhibidores de la monoaminooxidasa (hasta 14 días luego de la suspensión). Se recomienda usarlo con precaución en pacientes que presenten situaciones que predispongan a las convulsiones (alcoholismo, antecedentes de accidente cerebrovascular, suspensión brusca de benzodiazepinas, diabéticos tratados con hipoglucemiantes orales) o en pacientes que reciben medicación que disminuya el umbral convulsivo (teofilina, antipsicóticos, antidepresivos o corticoides sistémicos).

Dentro de los efectos adversos se describen boca seca, cefalea y alteraciones del sueño. El efecto adverso más grave es la aparición de convulsiones, que se producen en 1 de cada 1000 pacientes.

## Vareniclina

La Vareniclina es un agonista parcial del receptor nicotínico y le permite competir contra la fijación de nicotina de los receptores del área tegmental ventral del encéfalo.

Demostó mayor eficacia que placebo y bupropión en estudios doble ciego y que la terapia de remplazo nicotínico en un estudio abierto.

La dosis estándar de 2 mg/día presenta un RR de 2,31 (IC 95% 2,01 – 2,66) y la dosis de 1 mg/día RR de 2,09 (IC 95% 1,56 – 2,78) para cesación a más de 6 meses de seguimiento. El OR para cesación al mes ha sido informado como 3,16 (IC 95% 1,94 – 2,62).

Se debe iniciar el tratamiento con una dosis de 0,5 mg/d por 3 días y luego 0,5 mg cada 12 hs. por 4 días. Posteriormente, continuar con 1 mg cada 12 hs. por 12 semanas. Se debe iniciar el tratamiento una semana antes de la fecha fijada para abandonar el cigarrillo. Se puede considerar el uso de 1 mg/d para disminuir las náuseas y el insomnio.

Entre los efectos adversos podemos considerar: náuseas (es el más frecuente con una incidencia del 28%) las cuales disminuyen a la semana de iniciado el tratamiento, insomnio (15%), constipación y vómitos.

Se han descrito casos de depresión, trastornos de la conducta e ideación suicida, por lo que se recomienda preguntar al paciente acerca de antecedentes psiquiátricos y el seguimiento de la aparición de alteraciones del ánimo.

## Bibliografía sugerida

1. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de salud de la Nación Argentina. 2011. En: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/info-equipos-de-salud/pdf/guia-practica-tratamiento-adiccion-tabaco-2011.pdf>
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Primer Encuesta nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación; 2005. En: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/info-equipos-de-salud/pdf/encuesta-2005-enfr.pdf>.
3. World Health organization, WHO report on the global tobacco epidemic: implementin smoke-free environments. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2009 En: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>
4. Guía de Tratamiento del tabaquismo. Sociedad española de neumología y Cirugía Torácica. En: [http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08\\_sp.pdf](http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating_tobacco_use08_sp.pdf)
5. Alejandro Videla, Brunilda Casetta, Fernando Verra. Tabaquismo e hipertensión. En: Tratado de Mecánica Vasculare hipertensión Arterial 1ª edición. Buenos Aires: Editorial Inter- Medica 2010.