

Actualización Tabaquismo (Segunda entrega)

Tobacco smoking

Karina Bakalar

Resumen

Existen diferentes niveles de intervención en cesación tabáquica, con tasas de efectividad crecientes a medida que se incrementa su complejidad; sin embargo, por su impacto potencial en la salud pública, el consejo breve para dejar de fumar constituye una herramienta fundamental. Debe ser breve, claro, focalizado en los beneficios, personalizado y repetido en los distintos encuentros con el paciente. La intervención breve, cuyo objetivo es favorecer la reflexión en el paciente acerca de la condición de fumador, puede ser implementada por todos los integrantes del equipo de salud a través de la implementación de la estrategia de las cinco "A": averiguar acerca del consumo de tabaco, aconsejar dejar de fumar, apreciar la voluntad para dejar de fumar, asistir para dejar de fumar (brindar tratamiento), y arreglar un seguimiento. En aquellas personas tabaquistas que aún no estén preparadas para dejar de fumar (en etapas pre-contemplativa o contemplativa), la entrevista motivacional a través del sistema de las cinco "R" (relevancia, riesgos, recompensas, resistencias y repetición) nos permitirá ayudar al paciente a avanzar en su etapa evolutiva de la adicción y superar la ambivalencia. El paciente listo para dejar de fumar en el próximo mes comienza a transitar la etapa de preparación; de este primer encuentro con el médico, debería dejar el consultorio con al menos tres herramientas: la fecha de abandono o "día D", las estrategias psicosociales y la farmacoterapia. Pautar un seguimiento con el paciente durante toda la fase de acción es muy importante, y en cada encuentro se debe evaluar si fumó, en qué situación; identificar las situaciones gatillo y aplicación de estrategias; monitorear los síntomas de abstinencia; evaluar el apoyo social y el control ambiental; detectar y neutralizar los pensamientos negativos o que justifiquen fumar; controlar la adherencia a la medicación y el peso; repasar la información clave y acordar el próximo encuentro. La recaída es parte del proceso de cesación tabáquica. Es necesario comunicarlo a los pacientes para que no sea vivida como una frustración, sino como un acercamiento al cese definitivo.

Abstract

There are different levels of intervention in tobacco withdrawal, with increasing success rates as their complexity increases. However, for its potential impact on public health, brief advice to quit is an essential tool. It should be short, clear, focused on the benefits, personalized and repeated during different patient encounters. Brief interventions, which aims to promote reflection on the patient about smoking status, can be implemented by all health team members through the implementation of the strategy of the five "A": find out about smoking patterns, advise to quit, assess willingness to quit, assist quitting (provide treatment), and arrange follow-up. In those smokers who are not yet ready to quit (pre-contemplative stage or contemplative), motivational interviewing through the system of the five "R" (relevance, risks, rewards, resistances and repetition) will allow us to help the patient to advance its developmental stage of addiction and overcome ambivalence. The patient ready to quit in the next month start to cross the preparation stage. During this first meeting with the doctor, the patient should leave the office with at least three tools: the date of withdrawal or "D-Day", psychosocial strategies and pharmacotherapy. To schedule a follow up with the patient throughout the action phase is very important, and each meeting should be an opportunity to assess whether he or she smoked, in what situation, identify trigger situations and implementing coping strategies; monitor withdrawal symptoms, assessing social support and environmental control, detect and neutralize negative thoughts or those that justify smoking, controlling medication adherence and weight, review key information and arrange the next meeting. Relapse is part of the smoking cessation process. It is necessary to inform patients about this, to avoid them to experience it as a frustration, but as an approach to definitive quitting.

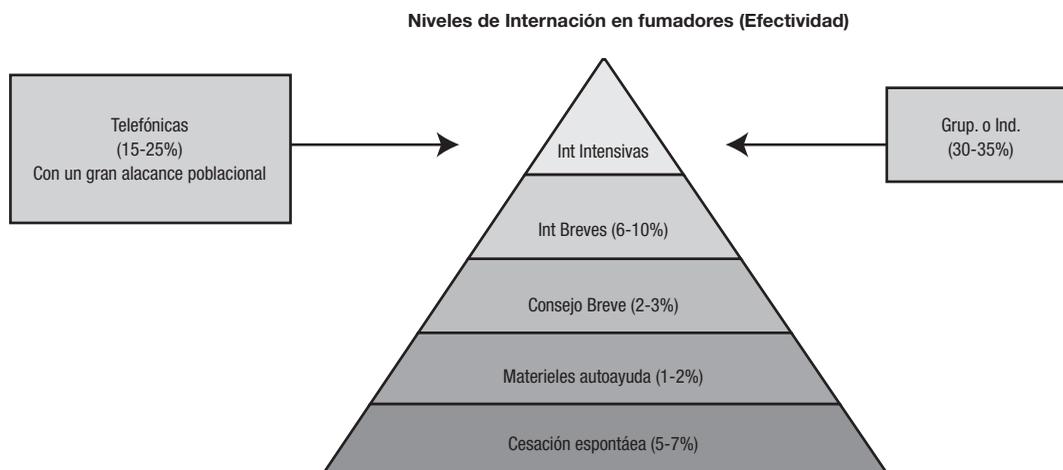
Bakalar K. Tabaquismo (segunda entrega). Evid Act Pract Ambul. Jul-Sep 2013;16(3):98-105.

Niveles de intervención en cesación tabáquica

Existe una amplia gama de intervenciones efectivas para la cesación tabáquica. En la figura 2, se presentan las tasas de cesación anual con cada intervención en una estructura piramidal que permite observar que, a medida que se asciende en la pirámide, las intervenciones son más efectivas pero tienen

menos alcance poblacional, debido la menor proporción de personas fumadoras que pueden acceder a estas. Las líneas de ayuda telefónica constituyen una excepción, ya que tienen alta eficacia y efectividad con un alto alcance poblacional, y por este motivo se están convirtiendo en una de las estrategias centrales de la cesación en múltiples países del mundo.

Figura 2. Efectividad de las diferentes intervenciones para la cesación tabáquica.



* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. karina.bakalar@hospitalitaliano.org.ar

Consejo breve

Dada la gran cantidad de fumadores que visitan al médico y al resto del personal de salud cada año, el potencial impacto en la salud pública del consejo universal para dejar de fumar es muy significativo a pesar de su reducida eficacia. Debe ser firme y claro: "lo mejor que puede hacer usted por su salud es dejar de fumar". Breve, no debe ser un sermón acerca de los daños del tabaquismo, sino focalizado en los beneficios, personalizado y repetido en los distintos encuentros.

Intervención breve

Es una intervención de corta duración, práctica, sencilla y puede ser implementada por todos los integrantes del equipo de salud. Es útil para todas las personas tabaquistas, estén o no preparadas para dejar de fumar. Es el elemento clave en cesación tabáquica; denominada breve por la cantidad del tiempo de contacto con el paciente que implica, y para diferenciarla del simple consejo de dejar de fumar.

El objetivo primordial de la intervención breve es favorecer la reflexión en el paciente acerca de su condición de fumador. Consiste en un mínimo de cuatro consultas, y su duración total no debe ser mayor de 30 minutos; en general, se considera apropiado un promedio de cinco a diez minutos por cada entrevista. En aquellos pacientes que no están preparados para dejar de fumar, la intervención breve ayudará a moverlos hacia etapas de cambio más avanzadas, y a aumentar así el número de intentos de cesación. En aquellos que sí están preparados, la intervención aportará herramientas adecuadas para que puedan lograr una mayor tasa de éxito.

Intervención intensiva

Es la de mayor eficacia en cesación tabáquica y la que posee la mejor relación de costo-efectividad, dado que existe evidencia de que a mayor intensidad de la intervención, mayor tasa de cesación. Consiste en una serie de entrevistas presenciales individuales o grupales, con un elevado tiempo de contacto y efectuadas por profesionales especialmente entrenados en cesación tabáquica.

Manejo del paciente tabaquista

Intervención breve

La guía de práctica clínica elaborada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos recomienda adoptar un enfoque de cinco pasos para la aplicación de intervenciones breves, conocido como las cinco "A":

(1) "Averiguar" acerca del consumo de tabaco. Todos los pacientes que acceden al sistema de salud deberían ser interrogados acerca de si fuman o no, y su estatus tabáquico quedar registrado en la historia clínica.

(2) "Aconsejar" dejar de fumar. El equipo de salud debería brindar consejo antitabáquico a toda la población, y aconsejar su cesación a las personas tabaquistas.

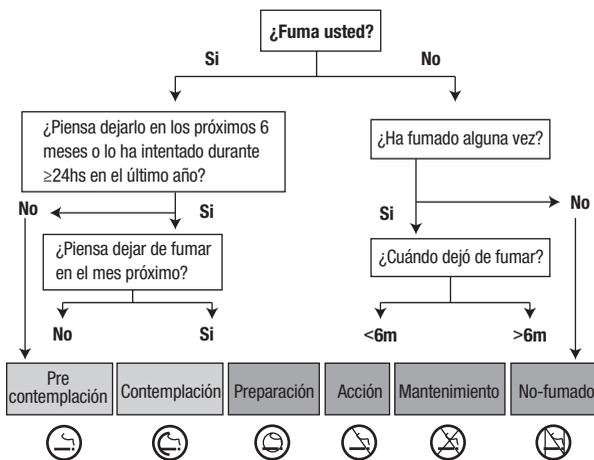
(3) "Apreciar" la voluntad para dejar de fumar. Para saber si el paciente está listo para dejar de fumar, y de acuerdo al modelo transteórico de Prochaska, debemos conocer en qué etapa evolutiva de la adicción se encuentra efectuando tres preguntas (ver figura 3):

- ¿Usted fuma?
- ¿Piensa dejar de hacerlo en los próximos seis meses? o ¿Ha estado sin fumar al menos 24hs en el último año?
- ¿Piensa dejar de fumar en el próximo mes?

(4) "Asistir" para dejar de fumar.

(5) "Arreglar" un seguimiento

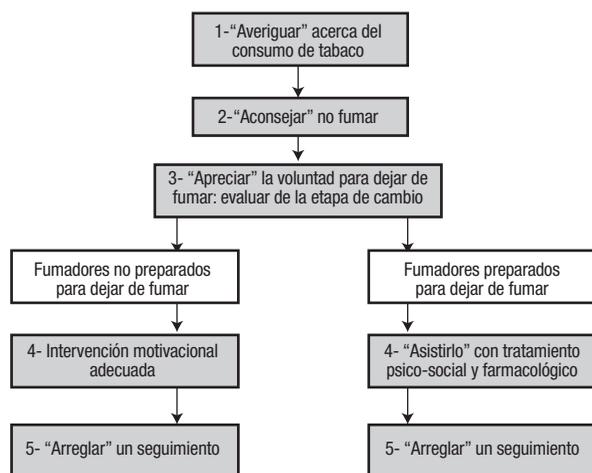
Figura 3. Evaluación de las etapas de cambio.



Los primeros tres pasos (averiguar, aconsejar y apreciar la voluntad del paciente para dejar de fumar) deberían aplicarse a todas las personas que acceden al sistema de salud. Luego se adecuarán los pasos siguientes de acuerdo a la etapa de cambio en que se encuentre el paciente tabaquista (ver figura 4).

Es importante tener en cuenta que aquellos que se encuentren en la etapa pre-contemplativa o contemplativa, y por lo tanto no estén listos para dejar de fumar, deberían recibir una intervención motivacional antes de intentar comenzar un tratamiento de cesación debido a que, de lo contrario, tienen altas probabilidades de fracasar. Con estos pacientes también es importante arreglar un seguimiento luego de la intervención motivacional. En aquellos pacientes que sí se encuentren preparados se debe continuar con los dos puntos restantes de la intervención breve: asistir y arreglar un seguimiento. Asistir implica brindar tratamiento. La importancia del seguimiento a corto plazo reside en que el 80% de los pacientes que recaen lo hace durante el primer mes.

Figura 4. Resumen de las intervenciones breves. Estrategia de las 5 "A".



Pacientes no preparados para dejar de fumar: entrevista motivacional

Los pacientes que se encuentren en etapa pre-contemplativa o contemplativa pueden beneficiarse de la entrevista motivacional. Una opción es utilizar el sistema de las cinco "R", que propone organizar el trabajo en cinco ejes con el objeto de que el paciente identifique elementos que le sirvan para tomar la decisión de abandonar el tabaco. Este sistema incluye considerar: 1) la relevancia (es decir, la importancia que tiene para él dejar de fumar); 2) los riesgos del consumo; 3) las recompensas o posibles beneficios que obtendrá al dejar de fumar y 4) las resistencias o barreras que le impiden dejar de hacerlo (abstinencia, miedo al fracaso, ganancia de peso, depresión, etc.). La última R corresponde a repetición y se refiere a que el médico deberá utilizar la intervención motivacional en cada consulta que el paciente realice y deberá explicarle que muchos pacientes necesitan varios intentos antes de lograr el éxito.

La forma de abordar estos puntos en la entrevista motivacional es a través de estrategias específicas como las que se describen a continuación:

- Preguntas abiertas (aquellas que no tienen como respuesta un sí o un no). P. ej. ¿Qué le preocupa de fumar en relación con su salud? ¿Qué razones podría tener para dejar de fumar? ¿Y para continuar fumando? ¿Cómo fue que comenzó a fumar? ¿Cómo se ve ahora en relación al tabaco? ¿Cuáles son los aspectos que le gustan de fumar? ¿Cómo se imagina sin fumar? ¿Qué beneficios cree que obtendría? ¿Qué cosas le darían miedo para encarar un tratamiento? ¿Qué ocurrió durante intentos anteriores? ¿Cuál es su temor si deja de fumar? ¿Por qué recayó?

- Reestructuración positiva. Significa destacar los aspectos positivos del paciente. P. ej. "Qué bueno que vino, se nota que se está ocupando de su salud".

- Escucha reflexiva. Se refiere a que el médico pueda escuchar al paciente y juntos puedan reflexionar sobre lo dicho. Por ej: Si el paciente tiene hijos y está avergonzado porque lo ven fumar, el médico puede ampliar el concepto y reflexionar en forma conjunta sobre la fuerza del ejemplo con la acción: "Los hijos de fumadores tienen más posibilidades de ser fumadores en un futuro; la mejor forma de evitar esto es que vean a sus padres sin fumar".

- Favorecer las frases de automotivación. Se trata de que el paciente despegue de la ambivalencia y avance hacia una decisión. Es aconsejable que sea el propio paciente quien exprese los argumentos para cambiar. Para esto es muy útil trabajar sobre el balance decisional, haciéndole escribir al paciente en una hoja los "pros y contras" de fumar y de no hacerlo.

Al final de la consulta se puede hacer una síntesis de los puntos relevantes. Se sugiere evitar la confrontación, que el paciente se coloque en un rol pasivo y el médico en experto, y la culpabilización al paciente por no hacer el tratamiento. También es importante focalizar en los beneficios, y no en los daños.

A veces, cuando los pacientes se encuentran muy resistentes, un recurso que podemos utilizar es relacionar el síntoma que lo trae a la consulta con el tabaquismo (p. ej. "la gastritis se ve favorecida por el tabaquismo, lo mejor que podría hacer para esto es dejar de fumar"), o ponerlo en perspectiva con lo que tiene mayor impacto en su salud (p. ej. "Si bien usted viene por el chequeo y eso es importante, lo más importante para su salud es que deje de fumar").

La tarea del médico cuando el paciente aún no está listo para dejar de fumar es ayudarlo a avanzar en su etapa evolutiva de la adicción, orientarlo para que encuentre en primera instancia

la motivación para hacer el tratamiento y para que reconozca cuáles son las barreras que le impiden seguir adelante. Especialmente en la etapa contemplativa, en la que hay mucha ambivalencia y coexisten sentimientos contradictorios con respecto a los deseos de fumar y la intención de dejar de hacerlo, el médico debe orientar al paciente en la forma de trabajar para superar esa dualidad.

Paciente preparado para dejar de fumar: tratamiento de cesación

El paciente preparado para dejar de fumar responde positivamente a las tres preguntas enunciadas para evaluar la etapa de cambio; está listo para dejar de fumar en el próximo mes. Empieza a transitar la etapa de preparación con el primer encuentro con el profesional, y la finaliza cuando entra en la fase de acción, es decir, el día "D".

Los pasos a seguir son los siguientes:

- 1) Diagnóstico de situación: a través del interrogatorio
- 2) Primeras intervenciones: registro de cigarrillos y motivación
- 3) Estrategias psicosociales: situaciones gatillo y estrategias
- 4) Día D
- 5) Información clave para el éxito
- 6) Farmacoterapia
- 7) Plan de seguimiento

Diagnóstico de situación

Existen varios puntos importantes a tener en cuenta al construir la historia clínica tabáquica. Si bien existen cuestionarios específicos que suelen ser empleados por los especialistas, la evaluación de los niveles de dependencia física por el médico de atención primaria se puede efectuar a través de preguntas como ¿Cuántos cigarrillos fuma por día? ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?

Se debe indagar sobre intentos previos y causas de recaídas, coadicciones (p. ej. consumo de alcohol), comorbilidades psiquiátricas y otras enfermedades o antecedentes que pueden constituir contraindicaciones del tratamiento farmacológico.

Es necesario explorar acerca temores y creencias, además de explicar la naturaleza adictiva de la nicotina y la necesidad de establecer un día "D" e informar al paciente acerca de los tratamientos efectivos disponibles. También hay que trabajar sobre la confianza del fumador en su capacidad para lograr la cesación, ofrecerle ayuda explícitamente y explicarle en qué consiste el tratamiento.

Primeras intervenciones

El registro de cigarrillos ayuda a identificar las situaciones de mayor riesgo de recaída y contribuye a desarticular la automatización del acto de fumar. Se le puede decir al paciente que anote durante una semana la cantidad de cigarrillos que fuma por día, o que elija un día y tome nota de cada cigarrillo y a qué situación lo relaciona.

Se puede indicar al paciente que confeccione un listado de motivos para dejar de fumar durante el período de preparación, e ir reforzando la motivación durante todo el período de acción.

Se sugiere a los pacientes tener el listado a mano, en lugares visibles (p. ej. en la heladera, carteras, etc), ya que durante la abstinencia es muy útil repasarlo en los momentos difíciles. Es más efectivo trabajar la motivación desde los beneficios que desde los daños; con el tiempo se puede ir perdiendo el miedo a los efectos nocivos del tabaco, en cambio los beneficios de la abstinencia siempre estarán vigentes. En los pacientes que aún presentan cierto grado de ambivalencia, la tarea de escribir sus motivos personales para dejar de fumar y para seguir fumando favorece el desplazamiento desde la fase contemplativa hacia la de preparación.

Estrategias psicosociales

El entrenamiento en el desarrollo de estrategias psicosociales es un punto central de las fases de preparación y acción, y cuenta con buen respaldo científico. Definiremos como gatillo a toda situación que dispere ganas irresistibles de fumar; y como estrategia, a la solución anticipada que permita transitar ese momento de ganas de fumar de la manera más favorable posible. Se debe estimular al paciente a identificar las situaciones que le dan ganas de fumar, y ayudarlo a planificar acciones concretas capaces de neutralizar estos pensamientos en cada una de ellas (ver cuadro 4). Se recomienda trabajar en el desarrollo de estrategias antes del día D, para evitar la improvisación y aumentar las posibilidades de éxito. No hay estrategias universales; a modo de ejemplo, se puede sugerir lavarse los dientes con frecuencia, comer chicles, llevarse palitos a la boca, darse baños de inmersión, comer semillas de girasol o de zapallo asadas, y en especial practicar actividad física, que permitirá evitar el aumento excesivo de peso durante el tratamiento de cesación.

Cuadro 4. Ejemplos de situaciones gatillo y las estrategias planificadas para cada una de ellas.

Situaciones gatillo	Estrategias
Al levantarse	Cambiar de rutina: primero bañarse, luego desayunar en otro lugar de la casa, puede cambiar de infusión, etc.
Luego de las comidas	Levantarse de la mesa, lavar los platos, escuchar música, leer.
Café, alcohol	Cambiar el café por otra infusión si le da ganas de fumar al tomar café. En el caso de que sea el mate que le dé ganas, se cambia este por té. Conviene no tomar alcohol porque actúa como desinhibidor, disminuyendo la fuerza de voluntad, y además se asocia fuertemente al cigarrillo.
Ansiedad	Cambiar el foco, salir físicamente de la escena que provoca ansiedad, dar una vuelta a la manzana, hacer ejercicio, efectuar respiraciones profundas.
Eventos sociales	Evitarlos preferentemente durante el período de abstinencia física, o salir de escena frente a una situación que se asocie con ganas de fumar.
Esperas	Tomar agua, chupetines, escuchar música.

Día D

Está descrito que fijar una fecha para dejar de fumar es cuatro veces más efectivo que no hacerlo. El pico de motivación se consigue a las dos semanas en que se pauta una fecha, por eso se sugiere fijarla alrededor de ese momento. No debe ubicarse más allá del mes, ya que se corre el riesgo de que decaiga la motivación, ni tampoco muy cerca, ya que tal vez el paciente no logre prepararse adecuadamente.

Si el paciente lo prefiere puede disminuir progresivamente la cantidad de cigarrillos diarios consumidos hasta el día D pero solo siempre y cuando exista una fecha clara de cesación; no es aconsejable que sea una idea que proponga el médico, ya que el foco de trabajo hasta la fecha de abandono debe estar centrado en elaborar el plan y reforzar la motivación.

Cada paciente puede despedirse del cigarrillo como lo desee. Es conveniente que avise a sus familiares y entorno cercano que está intentando dejar de fumar, y que va a necesitar ayuda; esto refuerza el compromiso. Puede pedir que le tengan paciencia cuando se ponga irritable, que no le convienen cigarrillos o no fumen delante de él si es que lo hacen.

También es útil planificar la agenda de actividades para que no queden tiempos libres.

Información clave para el éxito

Algunos consejos claves para lograr la cesación son: no fumar ni una sola "pitada", recordar que la urgencia ("craving") por fumar cede al cabo de 2 o 3 minutos y se sobrelleva mejor si se aplican las estrategias planificadas con anticipación, no

guardar cigarrillos, evitar el consumo de café y de alcohol, avisar al entorno que se está intentando dejar de fumar, evitar el contacto con fumadores los primeros días de abstinencia, evitar pensamientos negativos como "no voy a volver a fumar nunca más en la vida" y reemplazarlos por la premisa "sólo por hoy", tener en cuenta que el período de abstinencia tiene final, y que la mayoría de los síntomas desaparece a las cuatro semanas del día D.

Farmacoterapia

La adicción nicotínica tiene tres componentes. Uno es la dependencia física, debida a la neuroadaptación por la administración repetida de esta sustancia. Otro es la dependencia psicológica, relacionada al lugar que ocupa el cigarrillo para cada persona desde la esfera afectiva; y la tercera es la social y conductual, caracterizada por el hábito mecánico y la incorporación del cigarrillo como respuesta automática a determinadas situaciones.

Para el tratamiento de la dependencia psicológica, social y conductual se utilizan las técnicas motivacionales y cognitivoconductuales descriptas. Para la dependencia física exclusivamente, se utiliza la farmacoterapia, cuyo único fin es disminuir los síntomas de abstinencia, sin reemplazar de ningún modo la voluntad del paciente y su decisión de querer dejar de fumar. Está demostrado que el adecuado uso de fármacos duplica o triplica la tasa de cesación al año del día D, y que la mayor proporción de recaídas ocurren a causa de los síntomas de abstinencia durante el primer mes. Por estos motivos, hoy es casi indiscutible la indicación de fármacos en el tratamiento para dejar de fumar en casi todos los pacientes, excepto en mujeres embarazadas y en período de lactancia, en fumadores de menos de 10 cigarrillos por día y en adolescentes.

Al momento de seleccionar la medicación o combinación de medicamentos para un determinado paciente, deberán tenerse en cuenta sus contraindicaciones e interacciones medicamentosas, los costos, la experiencia del paciente en intentos previos, intensidad de su dependencia de la nicotina y si tiene comorbilidades psiquiátricas.

Los fármacos recomendados como primera línea son el bupropion, la terapia de reemplazo de la nicotina y la vareniclina. Hay evidencia de que la clonidina y la nortriptilina también son efectivas, pero su uso es de segunda línea por los efectos adversos a los que se asocian.

Bupropion

Mecanismo de acción. El bupropion es un antidepresivo; si bien no se conoce con certeza su mecanismo de acción, se cree que inhibiría la recaptación de dopamina, noradrenalina y serotonina en el SNC. De esta manera, se incrementaría la concentración de dopamina en el espacio sináptico, con efectos placenteros similares a los que ocurren al inhalar la nicotina del humo del tabaco, a la vez que se produciría una disminución en la intensidad de los síntomas de abstinencia.

Modo de uso habitual. Ver cuadro 5. La dosis de 300mg/día se reserva sólo para situaciones especiales, como depresión activa, alta dependencia física o intención de retrasar el aumento de peso post cesación. Si se toman dos comprimidos diarios, debe haber al menos ocho horas de diferencia entre ambos para disminuir el riesgo de convulsiones, pero tampoco debe demorarse más tiempo para reducir la posibilidad de insomnio. Un horario práctico para indicar es el primer comprimido a las 8 AM y el segundo a las 4 PM.

La duración total del tratamiento es de 7 a 14 semanas.

Interacciones farmacológicas. Por su metabolismo hepático,

a través de enzimas del citocromo P-450, este fármaco tiene múltiples interacciones que se pueden clasificar en cuatro tipos principales:

1) Aumento de los niveles o efectos del bupropion. Se recomienda no usar bupropion en forma concomitante con miconazol o inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). En caso de que el paciente reciba clopidogrel, ticlopidina, valproato, desipramina, doxorubicina, paroxetina y sertralina, se recomienda usarlo con precaución, en dosis bajas, y si es posible bajar la dosis del otro medicamento o suspenderlo transitoriamente.

2) Disminución de los niveles de bupropion. Carbamazepina, nevirapina, ritonavir, fenobarbital, fenitoína, primidona y rifampicina, disminuyen su efecto. Se recomienda tratar de evitar el uso de bupropion si no puede suspenderse el otro medicamento, teniendo en cuenta que no es recomendable aumentar su dosis porque aumentaría el riesgo de intoxicación.

3) Aumento de los niveles o efectos de los otros medicamentos. Bupropion puede aumentar el efecto de atomoxetina y tetrabenazina (drogas usadas en el tratamiento de síndromes de déficit de atención con hiperactividad), nebulolol, antidepresivos tricíclicos y tioridazina (agente antipsicótico), por lo que no se recomienda su uso concomitante. Asimismo, se puede potenciar su acción dopaminérgica si se usa en conjunto con L-Dopa, amantadina o con inhibidores de la monoaminoxidasa-B como selegilina o linezolid; se recomienda en estos casos evitar el uso de bupropion o usarlo con precaución en dosis bajas.

4) Otras interacciones: el bupropion puede disminuir el umbral

convulsivo, al igual que otros medicamentos como la teofilina, los corticoides sistémicos, los hipoglucemiantes, etc. por lo que no se recomienda su uso concomitante. No deben usarse en forma simultánea con tamoxifeno porque disminuye sus efectos terapéuticos.

Precauciones. Se debe recomendar al paciente no conducir vehículos o maquinaria peligrosa y evitar el consumo de alcohol.

Recomendaciones para el manejo de los problemas más frecuentes. Hasta el 40% de los pacientes presentan insomnio. Si se prescribieron dos comprimidos, verificar que la segunda toma sea a las 8 horas de la primera, y no mucho más tarde e iniciar medidas no farmacológicas como ejercicio aeróbico y disminución del consumo de cafeína. Si el problema es intenso y persistente puede requerir la disminución de dosis a un comprimido diario o la suspensión del tratamiento.

La sequedad bucal (10 a 20%) amerita la recomendación de abundante hidratación, caramelos ácidos y la disminución de la dosis a un comprimido diario si se estuvieran consumiendo dos.

Suelen presentarse erupciones cutáneas (1 a 5%) a partir de la segunda semana de uso, de tipo urticarianas. Si la reacción es leve, puede intentarse un tratamiento con antialérgicos durante 24 a 72hs ya que la causa puede no ser el bupropion. Si es persistente, debe suspenderse su uso por la posibilidad de reacciones adversas cutáneas graves.

Otros síntomas que se presentan con frecuencia (mareos, vértigo, cefaleas, trastornos de la acomodación visual, palpitaciones y sensación de agitación motriz) pueden manejarse con medidas no farmacológicas o disminución de la dosis a un comprimido diario, aunque su persistencia puede requerir la suspensión del fármaco.

Cuadro 5. Fármacos utilizados para la cesación del tabaquismo.

Fármaco	Dosis	Ventajas	Efectos adversos	Contraindicaciones
Terapias de reemplazo o sustitución nicotínica	Se inician a partir de la fecha de abandono, no antes.	Pueden combinarse con otras TRN.	Deben utilizarse con prudencia en pacientes coronarios luego del episodio agudo. Pueden iniciarse cuando el paciente esté compensado. Embarazo y lactancia.	
Chicle de nicotina, Pastilla de nicotina	Unidades de 2 mg o 4 mg (para fumadores de más de 25 cig/día o que fuman el primero antes de los 30 minutos de levantarse) Dosis habitual: 1 unidad por hora (a demanda en tratamiento combinado, máximo 24 unidades por día)	Útiles principalmente en tratamiento combinado, como rescate.	Dispepsia, hipo, pirosis.	Problemas dentales o de mandíbulas.
Parche de nicotina	Unidades de 7, 14 y 21 mg de nicotina (10, 20 y 30 cm ² respectivamente) Esquema habitual: 4 semanas de 30 cm ² 2 semanas de 20 cm ² 2 semanas de 10 cm ²	Aplicación diaria, duración 24 horas. Pocos efectos adversos, sencillo para el paciente.	Irritación local. Lenta liberación de nicotina. Su uso nocturno puede producir alteraciones del sueño.	Dermatosis extensas.
Espray de nicotina	Iniciar con una aplicación en cada fosa nasal por hora (equivale a 1mg) y ajustar según necesidad (dosis máxima: 5 aplicaciones/hora o 40mg/día)	Dosis flexible. Rápida absorción y acción. Como monoterapia, especialmente útil en pacientes con dependencia severa.	Irritación nasal y ocular (transitorias). De las TRN, la presentación más asociada a dependencia. Alto costo.	Rinitis alérgicas graves. Hiperreactividad bronquial.
Inhalador bucal de nicotina	Cartucho 4mg para inhalaciones frecuentes durante 20 minutos. Dosis habitual: 6 a 16 cartuchos por día.	Dosis flexible. Rápida absorción y acción.	Irritación bucal y respiratoria (transitorias)	

Bupropion	150 mg monodosis diaria (máximo 300 mg/día en dos tomas) Se inicia 7 a 10 días antes del Día D	Facilidad de uso. Combinable con TRN. Puede retardar el aumento de peso post cesación.	Insomnio, boca seca. Convulsiones.	Absolutas: Epilepsia o convulsiones previas, bulimia o anorexia, insuficiencia hepática severa, uso de IMAO 14 días previos, abstinencia aguda de benzodiacepinas o alcohol. Relativas: Desmayos, accidentes vasculares previos, abuso de alcohol, consumo de fármacos que bajan el umbral convulsivo (Ej. ISRS, ATC, insulina, SU, tramadol, etc.), embarazo y lactancia, depresión, enfermedad bipolar.
Vareniclina	Días 1 a 3: 0,5 mg Días 4 a 7: 0,5 mg c/ 12 horas A partir del día 8 (Día D) 1 mg c/12 horas (con las comidas)	Agonista parcial del receptor nicotínico.	Náuseas. Intentos de suicidio en pacientes con comorbilidad psiquiátrica severa. Cefalea. Alteraciones del sueño	Antecedentes psiquiátricos, especialmente depresión.

Abreviaturas: TRN: terapia de reemplazo nicotínico; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ATC: antidepresivos tricíclicos; SU: sulfonilureas.

Terapia de reemplazo de la nicotina (TRN)

Mecanismo de acción. Los sustitutos nicotínicos proveen nicotina al cerebro en picos plasmáticos más bajos que por inhalación de humo del tabaco, y de esta manera aminoran los síntomas de abstinencia. No se recomienda su uso antes de dejar de fumar sino a partir de la fecha de abandono. Además de no ser efectivo, su uso precesación incrementa los costos, lo que disminuye significativamente su costoefectividad.

Contraindicaciones. Embarazo y lactancia (la nicotina es un agente de riesgo clase D de la FDA) e hipersensibilidad a la Nicotina o a algún componente del producto. Deben ser utilizados con mucha precaución en pacientes con infarto de miocardio reciente (últimas dos semanas), arritmias severas o angina de pecho inestable.

Interacciones farmacológicas. Puede aumentar los efectos de bloqueo aurículoventricular e incremento de la frecuencia cardíaca provocados por la adenosina (antiarrítmico utilizado por vía endovenosa en urgencias).

Parches de nicotina

Modo de uso habitual. El parche se debe adherir sobre la piel, en algún sitio de la cintura hacia arriba, desprovisto de vello, como los brazos, hombros y tórax (se deben evitar las mamas y las zonas de pliegues). Es aconsejable colocarlo por la mañana y cambiarlo por uno nuevo cada 24hs, alternando el sitio de aplicación con el objetivo de disminuir la irritación cutánea. Los pacientes se pueden bañar y practicar natación con el parche.

La dosis de nicotina es variable según el tamaño del parche (ver cuadro 5), y la duración total del tratamiento es de ocho semanas.

Precauciones: se aconseja retirar el parche durante la realización de una resonancia magnética ya que se han reportado quemaduras leves por su componente metálico.

Recomendaciones para el manejo de los problemas más frecuentes. En caso de irritación de la piel (5%) se puede usar crema de hidrocortisona al 1% cada 12 hs; es importante verificar que el paciente alterne diariamente el sitio de aplicación para prevenir este problema. La mala adherencia del parche se resuelve con la colocación de un refuerzo de cinta adhesiva hipoalérgica. Si se presenta insomnio, inicialmente se indican medidas no farmacológicas, y eventualmente se puede aconsejar despegar el parche al acostarse, o si hay disponibilidad, usar parches de 16 hs de duración.

Goma de mascar o chicle de nicotina

Modo de uso habitual. Requiere una adecuada técnica de uso, que se debe explicar al paciente. Se debe masticar el chicle muy lentamente, pocas veces, hasta percibir un sabor similar al de la pimienta en la lengua; luego se lo deja estacionado entre los dientes y la mejilla hasta que desaparezca ese sabor, para, entonces, volver a masticar. Se debe repetir la operación durante aproximadamente 30 minutos y luego descartar el chi-cle. Se debe evitar el consumo de bebidas 15 minutos antes y hasta 15 minutos después del uso del chicle, ya que pueden alterar la acidez de la cavidad oral y disminuir el efecto del medicamento. Ver cuadro 5.

El tiempo total de tratamiento es de tres meses, aunque son frecuentes la subutilización y la baja adherencia por las dificultades en su uso y el alto costo de la monoterapia.

Recomendaciones para el manejo de los problemas más frecuentes.

Puede presentarse un síndrome ácido sensitivo por el efecto irritativo de la nicotina sobre la mucosa gástrica; en estos casos se deben evitar los alimentos y bebidas que favorezcan la acidez, así como el exceso de masticación del chicle, que también puede asociarse a dolor mandibular (recordar a los pacientes que se debe masticar pocas veces).

Comprimidos disolubles de nicotina

Los comprimidos disolubles o caramelos tienen las mismas indicaciones y recomendaciones que el chicle, excepto por que no se deben masticar, romper ni tragar. Solo se mantienen en la boca hasta disolverlos, y podrían usarse en pacientes con prótesis dentarias. Son más fáciles de usar y más tolerables que el chicle. Ver cuadro 5.

Spray nasal de nicotina

Modo de uso habitual. Se aplica con la cabeza levemente inclinada hacia atrás (ver cuadro 5). El tiempo de tratamiento es de 3 a 6 meses.

Precauciones. Es el sustituto de nicotina con mayor potencial adictivo; entre 15% y 20% de los pacientes utilizan el espray por mayor tiempo que el recomendado, aunque esto no se ha asociado a un aumento del riesgo de enfermedades. Recomendaciones para el manejo de los problemas más frecuentes. Para la irritación nasal se recomienda repasar la técnica adecuada y recordarle al paciente que habitualmente este síntoma disminuye con el tiempo.

Inhalador bucal de Nicotina

Modo de uso habitual. La absorción de la nicotina se realiza en la mucosa orofaríngea (ver cuadro 5), y la duración del tratamiento es de 3 a 6 meses.

Recomendaciones para el manejo de los problemas más frecuentes. Recordar al paciente que la irritación bucal y respiratoria habitualmente disminuye con el tiempo.

Vareniclina

Mecanismo de acción. Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos, y se postula que tiene efectos agonistas y antagonistas a través de los cuales produce tanto disminución de la intensidad del síndrome de abstinencia como del efecto de recompensa percibido por el acto de fumar.

Modo habitual de uso. Se inicia siete días antes de la fecha de abandono, en dosis escalonada y hasta completar 12 semanas (ver cuadro 5).

No se conocen interacciones farmacológicas significativas.

Precauciones. No existen estudios que avalen su uso durante el embarazo y la lactancia, y es un agente de riesgo clase C de la FDA. Se debe aconsejar al paciente no conducir vehículos o maquinaria peligrosa durante los primeros 14 días, hasta verificar el efecto de la medicación en la atención y los reflejos, y no se recomienda su uso en pilotos de aviones y choferes profesionales. Tampoco está recomendado el uso de vareniclina en pacientes con patología psiquiátrica severa, por haberse observado un aumento del riesgo de suicidio en este grupo. A pesar de que un metanálisis reciente no encontró diferencias significativas en la tasa de eventos cardiovasculares en pacientes que recibieron este fármaco en comparación con quienes no lo recibieron, por el momento se sugiere usarlo con precaución en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, al igual que en aquellos con insuficiencia renal.

Recomendaciones para el manejo de los problemas más frecuentes. El 30% de los pacientes sufre náuseas, habitualmente leves o moderadas, que suelen ser transitorias. Se aconseja tomar el comprimido con las comidas, metoclopramida y/o disminuir la dosis a 1mg al día si es necesario. Otros efectos adversos frecuentes son los sueños anormales (13%) y la constipación (9%), que pueden mejorar al disminuir la dosis de vareniclina a 0,5 mg con desayuno y cena.

Terapia Combinada

No se utiliza de rutina, y se reserva para los casos de dependencia severa a la nicotina o de recaídas reiteradas con el uso apropiado de monoterapias. Si no se cumplen estos criterios, la terapia combinada se desaconseja por aumentar el costo y la posibilidad de efectos adversos, lo que modifica negativamente la ecuación costo/beneficio. Las combinaciones posibles son el parche de nicotina con chicles, comprimidos o spray nasal de nicotina usados como rescate, o bien parche de nicotina con bupropion.

Grupos Especiales

Embarazo y lactancia. Debe considerarse a la farmacoterapia como un último recurso, evaluando rigurosamente el balance riesgo/beneficio. El bupropion y la vareniclina son drogas de riesgo clase C de la FDA, y no deberían recomendarse debido a la falta de evidencia sobre su seguridad en este grupo. Los pocos estudios realizados para evaluar eficacia de la farma-

coterapia en la cesación tabáquica durante el embarazo emplearon TRN, con resultados contradictorios. Si se decide indicar medicación, debería optarse por la nicotina (droga clase D), en parches de 14mg (20 cm²) adheridos a la piel durante 16 horas al día (se debe retirar durante la noche), y a partir del segundo trimestre del embarazo.

Menores de 18 años. Si bien la TRN es segura en adolescentes, actualmente se recomienda enfatizar en las intervenciones psicosociales debido a que la escasa evidencia disponible ha demostrado que la farmacoterapia no es efectiva para la cesación tabáquica en este grupo etario.

Pacientes con enfermedad cardiovascular. La TRN es segura en pacientes con enfermedad cardiovascular crónica. En pacientes con eventos cardiovasculares agudos (angina inestable e infarto agudo de miocardio en las dos semanas previas) puede utilizarse con precaución, y se recomienda un seguimiento cercano de los pacientes, especialmente cuando son externados luego del evento ya que al regresar a un ámbito menos protegido aumentan las posibilidades de recaída. Está documentado que el uso de la TRN en pacientes con eventos agudos no se asocia a un aumento del riesgo de nuevos eventos y sí aumenta las posibilidades de que los pacientes dejen de fumar y aumenten su sobrevida.

El bupropion no está contraindicado en pacientes con enfermedad cardiovascular. La indicación de vareniclina debe ser precedida de una cuidadosa evaluación del balance riesgo/beneficio, debido a que, si bien existe evidencia contradictoria, podría incrementar el riesgo cardiovascular.

Pacientes con enfermedad psiquiátrica (incluyendo el abuso de sustancias). Se les debería ofrecer farmacoterapia, ya que ha demostrado ser efectiva.

Seguimiento del paciente en fase de acción

En esta etapa, que inicia con el día D y finaliza seis meses luego, es muy importante acordar un seguimiento con el paciente para maximizar las posibilidades de éxito. Debe realizarse al menos una entrevista durante la primera semana posterior al día D, y otra al mes.

En cada encuentro deben abordarse los siguientes puntos: detección de recaídas (si fumó, en qué situación); identificación de situaciones gatillo y aplicación de estrategias; monitoreo de síntomas de abstinencia (se le debe recordar al paciente que los deseos intensos de fumar duran pocos minutos y la abstinencia física finaliza entre las 6 a 8 semanas); evaluación del apoyo social y control ambiental; detección y neutralización de pensamientos negativos o que justifiquen fumar (recomendar al paciente que piense "sólo por hoy"); refuerzo positivo (preguntar al paciente si se está recompensando a sí mismo); confección de una lista de ventajas de la abstinencia y repaso de la lista de motivos para no fumar; control de la adherencia a la medicación y el peso; y, finalmente, repaso de información clave (¡No a la primera pitada!) y programación de la nueva cita.

Es muy importante tener en cuenta que la recaída es parte del proceso de cesación tabáquica. Es necesario avisar los pacientes que la mayoría de los fumadores tiene varios intentos, y explicarles que la recaída no debe ser vivida como una frustración, sino como un acercamiento al cese definitivo. También hay que analizar dónde estuvo el error, para que no vuelva a repetirse en el próximo intento.

Problemas frecuentes de la cesación tabáquica

Pacientes que fuman ocasionalmente o consumen menos de diez cigarrillos por día. Este grupo está expuesto también a los

daños del tabaquismo y se le debe ofrecer intervenciones no farmacológicas para dejar de fumar. No hay evidencia que avale el uso de farmacoterapia en este grupo. De utilizarse, se recomiendan los chicles o comprimidos de 2mg de nicotina a demanda o parches de nicotina a una dosis inicial de 14 mg diarios.

Pacientes que se presentan a la visita habiendo dejado de fumar. Se debe indicar farmacoterapia sólo dentro de los dos meses desde la fecha de abandono del tabaco, y con TRN, ya que el inicio de acción es inmediato.

Pacientes que fuman algún cigarrillo y luego continúan con el tratamiento de cesación. En estos pacientes no hay que suspender el tratamiento farmacológico; se debe analizar en qué

situación se produjo la recaída y reforzar positivamente la motivación para continuar con el tratamiento, recordándoles que no deben fumar ni una pitada.

Pacientes que comienzan a fumar nuevamente. Es necesario reevaluar a estos pacientes para determinar si están dispuestos a volver a poner un día D. Si la respuesta es positiva, es aconsejable trabajar sobre la ambivalencia y la motivación antes de establecer una nueva fecha de cesación. Si el paciente aún no está listo para comenzar nuevamente el tratamiento de cesación, se lo puede citar para efectuar una entrevista motivacional.

Recibido el 31/12/2012 y aceptado el 01/03/2013

Bibliografía recomendada

- Abrams DB, col. The Tobacco Dependence Treatment Handbook: a guide to best practices. New York: The Guilford Press; 2003.
- Bakalar Karina. Tratamiento del Tabaquismo. Buenos Aires. Del Hospital Ediciones; 2012 (en prensa)
- Calvo Fernández JR, López Cabañas (editores). El tabaquismo. Las Palmas, España: Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2003.
- Chapman S, Mackenzie R (2010). The global research neglect of unassisted cessation: causes and consequences. PLoS Med 7(2):e1000216. Accedido el 18 abril 2010. Disponible en: www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000216
- Control del Tabaco. Organización Panamericana de la Salud, 2011. Accedido el 05 abril 2012. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/Tabprincipal.htm>
- Fiore MC y col. Treating tobacco use and dependence 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Accedido el 21 de junio 2012. Disponible en: www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf
- Gonzalez D, Rennard SI, Nides M, et al. Efficacy of varenicline, a 42 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs. placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. JAMA 2006;296:56-63.
- Guía de tratamiento de la Adicción al tabaco. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2005. Accedido 05 abril 2012. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/TRATADICCIONTABACO1.pdf>
- Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós;1999.
- Prochaska J, Hilton J. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. BMJ 2012; 344: e 2856
- Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Manual de Capacitación del Equipo de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2008. Accedido el 08 abril 2012. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/temas/tabaco01/>

