



ACTUALIZACIONES



NUEVAS ESTRATEGIAS EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DEL FUMADOR

Eq. Tte. 1° (M) Laura Roballo

Jefa del Programa de Cesación de Tabaquismo del Hospital Central de las FF.AA.

<https://doi.org/10.35954/SM2007.29.1.7>

INTRODUCCION

A nadie escapa, en el ámbito de los profesionales de la salud, que el tabaquismo es un reconocido factor de riesgo para la salud. A lo largo de más de 5 décadas de investigación científica tal cual hoy la conocemos, se han acumulado cientos de artículos publicados que han añadido información, no solo respecto al daño ocasionado en prácticamente todos los órganos y tejidos del fumador, sino también en relación al daño ocasionado a quienes se exponen involuntariamente al humo del tabaco, los fumadores pasivos.

Es imperativo a la hora de definir estrategias para el control del tabaquismo, tener muy presente la verdadera magnitud del tabaquismo como factor de riesgo para la salud, siendo responsable de una lista de casi 50 tipos de enfermedades, entre las cuales se cuentan tres de las cuatro primeras causas de muerte de nuestro país: enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. El riesgo acumulado de muerte anticipada para un fumador es del 50% (o sea que, uno de cada dos fumadores morirá por causa de su tabaquismo). La mitad de estas muertes ocurrirá en la etapa media de la vida, con una pérdida de 20 a 25 años de vida.

El riesgo acumulado de muerte anticipada para un fumador es del 50%. La mitad de estas muertes ocurrirá en la etapa media de la vida, con una pérdida de 20 a 25 años de vida.

Dejar de fumar constituye la acción más importante en materia de salud, que un fumador puede tomar a lo largo de toda su vida.

Esta evidencia a llevado a que el tabaquismo sea considerado por la OMS como la primera causa de muerte evitable, superando largamente las muertes causados por accidentes de tránsito, suicidios, homicidios, SIDA e incendios, tomados en su conjunto. Se estiman 5.000 muertes por tabaquismo por año en nuestro país. Se considera por lo tanto, que dejar de fumar constituye la acción más importante en materia de salud, que un fumador puede tomar a lo largo de toda su vida.

Sin embargo, a pesar de la sólida evidencia en relación al daño causado por el tabaquismo y el conocimiento médico de las enfermedades tabaco dependientes, las estrategias terapéuticas específicas para facilitar el abandono del tabaquismo que han demostrado eficacia, son poco conocidas por los profesionales de la salud, con un muy bajo porcentaje de aplicación en los usuarios de las instituciones de salud.

Esto en parte puede explicarse por cuanto el concepto de tabaquismo como enfermedad en sí misma es relativamente reciente y muchos profesionales reconocen no haber recibido formación específica sobre tabaquismo. Hace ya más de 10 años que tanto la OMS como la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos han definido al

tabaquismo como una dependencia o adicción al consumo de sustancias psicoativas. Esta condición, la adicción o dependencia a la nicotina, está presente en más del 90% de los fumadores, constituyendo por lo tanto una enfermedad adquirida, crónica, socialmente inducida y de difícil resolución. Aun hoy, a pesar del conocimiento acumulado sobre las características adictivas del consumo de tabaco, algunos profesionales y el público en general, consideran que dejar de fumar es únicamente un problema de voluntad y que valerse de la razón es un elemento suficiente para suspender el consumo, desconociendo las enormes dificultades físicas y psicológicas que debe afrontar el fumador en su proceso de abandono del tabaquismo.

Las chances de lograr la abstinencia cambian sustancialmente en función del recurso terapéutico aplicado: la abstinencia al año es de sólo 1 a 3% en los fumadores que intentan el abandono sin ayuda, se duplica cuando se realiza una intervención mínima efectiva, se duplica nuevamente con el uso de medicación específica y puede alcanzar hasta un 60% cuando se aplican estrategias integrales (medicación, técnicas cognitivo-conductuales y tratamiento en formato grupal).

Diversos estudios han señalado que un porcentaje cercano al 70% de los fumadores actuales, desea dejar de fumar. Además, se estima que el 70% de los fumadores, realizará por lo menos una consulta médica en el correr de un año. Por lo tanto, a la luz del conocimiento actual sobre esta patología, estamos en excelente oportunidad de comenzar a cambiar el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente fumador.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica con tendencia a la recaída, para la cual hoy existen tratamientos específicos que posibilitan alcanzar la abstinencia e incluso mantenerla a largo plazo

La mayoría de los fumadores desea dejar de fumar. Las posibilidades de lograr abstinencia al año mejoran sustancialmente mediante la aplicación de estrategias terapéuticas específicas, de un 3 a 6% hasta un 60%.

RECOMENDACIONES

PARA EL ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO DEL PACIENTE FUMADOR

1) ABORDAJE DIAGNOSTICO

La primera definición consiste en establecer el "Estado de Fumador":

- a) **Fumador:** se consideran dos situaciones
 - i. Fumador diario: fuma por lo menos 1 cigarrillo por día
 - ii. Fumador ocasional: no fuma diariamente

- b) **Ex fumador:** cuando no ha consumido ningún cigarrillo en los últimos 6 meses.

- c) **No fumador:** el que nunca fumó o fumó menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

Otra definición importante, porque tiene implicancias para el abordaje terapéutico, es la ETAPA DE CAMBIO en que se encuentra el fumador. Prochazka y DiClemente establecieron en 1983 distintas fases por las que atraviesan los fumadores desde que se inician en el consumo hasta que logran abandonarlo. Estos investigadores definieron 5 fases:

1. **Precontemplación:** en esta etapa el fumador percibe más beneficios que perjuicios en el acto de fumar; no está considerando el abandono y no está receptivo para intentar una cesación. En esta etapa la estrategia debe ser en todos los casos evitar la confrontación y buscar la empatía para introducir ambivalencia. Se buscará trabajar sobre los perjuicios que le ocasiona su conducta de fumar. Esto debe realizarse en forma personalizada, buscando algún elemento que el fumador pueda considerar como una desventaja, no necesariamente en el área de la salud (cuánta plata gasta en cigarrillos, no poder fumar casi en ningún lado, el olor en la casa y la ropa, el daño a su familia, etc)
2. **Contemplación:** en esta etapa el fumador comienza a considerar el abandono y se proyecta dejando de fumar en los próximos 6 meses. Es receptivo a las intervenciones de apoyo para comenzar a ensayar conductas de cambio. Manifiesta ambivalencia. En esta etapa es fundamental reforzar los beneficios que obtendrá al dejar de fumar y brindar información sobre alternativas terapéuticas.
3. **Preparación:** en esta fase el fumador ya está ensayando y preparándose para dejar de fumar (fuma menos cantidad, cambia la marca a un cigarrillo light, hace intentos de abstinencia) y está considerando dejar de fumar en el próximo mes. Está pronto para recibir apoyo y guía en el proceso de abandono. En esta etapa debe brindársele tratamiento de apoyo para la cesación.
4. **Acción:** es cuando el fumador se decide a iniciar la abstinencia. La probabilidad de éxito en esta etapa depende directamente de las intervenciones de apoyo que se realicen. Debe continuarse con las estrategias iniciadas durante la preparación, durante el tiempo necesario para consolidar la abstinencia.
5. **Mantenimiento:** en esta etapa el fumador mantiene la abstinencia, que debe ser total (ningún cigarrillo) en los últimos 6 meses para pasar a la categoría de ex fumador. En esta etapa son muy frecuentes las recaídas, pudiendo reciclarse nuevamente a la abstinencia o volver atrás a cualquiera de las etapas para reiniciar el ciclo. En esta etapa es fundamental hacer un seguimiento y reforzar en cada oportunidad el logro alcanzado.

En general se necesitan varios intentos (5 a 7 promedio) antes de que se alcance la abstinencia, dependiendo de las estrategias de intervención aplicadas. Este aspecto es importante tenerlo presente para evitar frustraciones tanto del profesional que está realizando la intervención, como del fumador que falla en un intento de cesación o que recae luego de haber alcanzado la abstinencia.

Finalmente, en los diagnósticos a realizar en todo fumador, debe evaluarse el GRADO DE DEPENDENCIA. Para ello se utilizan diversos métodos, siendo el más frecuente la aplicación del Test de Fagerström, en el cual se realizan 6 preguntas con distintas opciones de respuesta, asignándole un puntaje a cada una y un puntaje final. De una manera práctica, puede aplicarse un test abreviado realizando tres preguntas sencillas al fumador:

- 1) ¿cuántos cigarrillos fuma por día?
- 2) ¿cuánto tiempo demora en fumar el 1er cigarrillo después que se despierta?
- 3) ¿qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar?

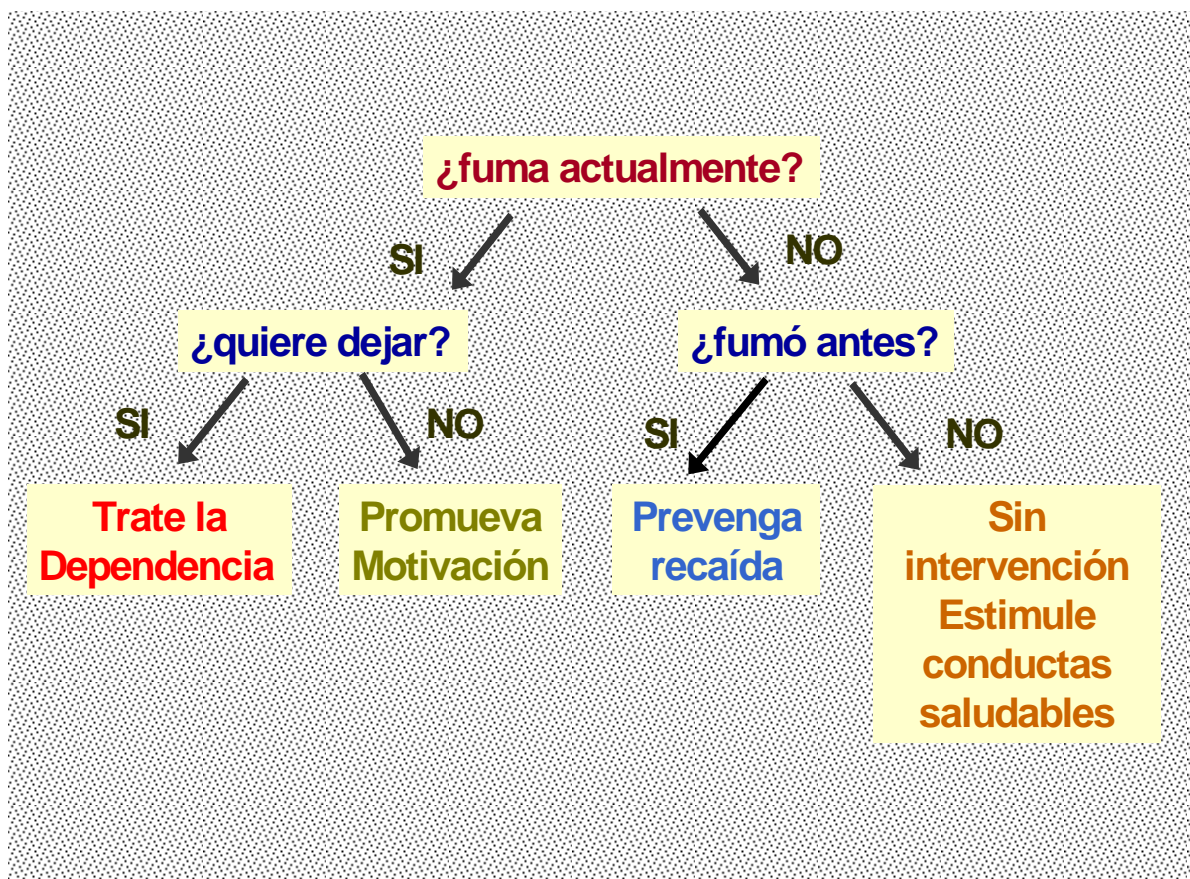
Si contesta que fuma más de 20 cigarrillos por día, el primero lo fuma antes de 5 minutos y el que más le costaría dejar es el 1º de la mañana, estamos frente a una dependencia severa a la nicotina.

De todos los criterios empleados para evaluar el grado de dependencia, el indicador más sensible no es el número de cigarrillos que fuma sino cuánto tiempo tarda en fumar el primer cigarrillo del día. Cuanto menor el intervalo, mayor la dependencia.

2) ABORDAJE TERAPÉUTICO

El objetivo terapéutico final debe ser siempre la cesación completa del consumo de tabaco, ya que no existe ningún nivel seguro de consumo.

Se plantea el siguiente algoritmo para el abordaje sistemático en atención primaria:



PRINCIPIOS DE LA TERAPEUTICA

- 1) El tabaquismo es una enfermedad crónica que frecuentemente requiere intervenciones reiteradas
- 2) Los tratamientos actuales pueden producir abstinencia prolongada o aún permanente
- 3) Todo paciente fumador debe recibir información sobre el daño ocasionado por el tabaco y consejo para dejar de fumar (nivel de evidencia A) y esto debe realizarse sistemáticamente en cada consulta y de modo personalizado
- 4) A todo paciente se le debe ofrecer por lo menos uno de los tratamientos que han demostrado efectividad (nivel de evidencia A)
- 5) Hay una estrecha relación entre la intensidad del consejo y su efectividad (nivel de evidencia A)
- 6) El consejo y las terapias comportamentales se comprobó que son especialmente efectivas y deberían usarse con todos los pacientes que intentan la cesación (nivel de evidencia A)
- 7) Actualmente existen numerosas farmacoterapias eficientes; excepto en presencia de contraindicaciones deberían emplearse con todos los pacientes que intentan el abandono del tabaquismo (nivel de evidencia A)
- 8) Los tratamientos de la dependencia al tabaco son costo efectivos (nivel de evidencia A)

RECURSOS TERAPEUTICOS

Se dispone de dos tipos de recursos terapéuticos:

- I. Tratamientos cognitivo-conductuales
- II. Fármacos

Estos recursos a su vez pueden aplicarse en 3 niveles de intervención

- a) intervención mínima
- b) intervención integral
- c) intervención intrahospitalaria

Intervención mínima

Los pilares de esta estrategia son los denominados “ases de la intervención”:

AVERIGÜE – ANIME – AYUDE. El tiempo necesario para aplicar la misma suele ser de 3 minutos.

El consejo médico de 1 a 3 minutos debe aplicarse de modo sistemático en cada consulta (nivel de evidencia A)

Averigüe: todo paciente que acude a la consulta debe ser interrogado sistemáticamente sobre su tabaquismo consignando en la historia su estado de fumador, etapa de cambio y nivel de dependencia.

Anime: a todo fumador se lo debe alentar para el abandono del tabaquismo. Este consejo debe realizarse con firmeza y simpatía, buscando la empatía con el paciente y personalizando el mensaje de acuerdo a la patología de base o síntomas que presente vinculados a su tabaquismo. El consejo de “dejar de fumar” es el elemento fundamental de la intervención y debe incluir información haciendo hincapié en los elementos a favor de dejar más importantes para el paciente (mejoría en la calidad de vida, mayor autoestima, mejor relación con su familia, menos enfermedades, etc) Una frase que podría ser de utilidad sería “Como su médico, me preocupa su salud y le recomiendo que se proponga dejar de fumar tan pronto le sea posible”

Ayude: si el paciente quiere dejar, debe recibir apoyo con los tratamientos que han demostrado eficacia. Para ello se lo puede citar para una intervención integral donde reciba el asesoramiento adecuado o derivarlo a los centros especializados en estos tratamientos.

Intervención integral

Implica más tiempo y mayor compromiso del profesional. Se deben dedicar consultas específicas de al menos 15 a 20 minutos para aplicar los recursos terapéuticos disponibles, ya sea tratamiento cognitivo-conductual y / o fármacos.

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

Consiste en acciones específicas en las que se instruye al fumador para que paulatinamente adquiera habilidades en el cambio de su conducta. Estas acciones son de gran ayuda sobre todo para el manejo de los automatismos y condicionamientos característicos de esta adicción.

Los folletos de autoayuda pueden ser de utilidad para guiar al paciente en los cambios conductuales.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico triplica el % de abstinencia al año comparado con el abandono espontáneo. Existen dos tipos de tratamientos farmacológicos que han demostrado eficacia con niveles de evidencia de tipo A:

- 1) Tratamientos de sustitución nicotínica
- 2) Bupropión

Recientemente se ha incorporado un nuevo fármaco que ha demostrado una eficacia ligeramente superior al bupropión, que es el varenicline.

TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN NICOTÍNICA (TSN)

En nuestro país disponemos de dos modalidades de TSN:

- a) Chicles de nicotina
- b) Parches de nicotina

Chicles de nicotina

Están compuestos por resinas de intercambio iónico que contienen 2 mg de nicotina (hay de 4 mg no disponibles aún en nuestro medio) que se libera al masticar el chicle. La posología puede ser a demanda (cada vez que el fumador tiene deseos de fumar) o consumo programado, siempre buscando sustituir cigarrillos. El máximo por día no debe superar las 20 piezas.

Es importante instruir al paciente sobre el uso correcto de los chicles, remarcando la importancia del

mascado intermitente para permitir la absorción de la nicotina a través de la mucosa de la boca. Si se realiza un masticado continuo la nicotina es deglutida dando lugar a irritación de garganta y síntomas gastrointestinales. No deben ingerirse alimentos ni bebidas 15 minutos antes y mientras se usan.

Se recomienda comenzar su uso cuando el paciente se está preparando para dejar de fumar (etapa de preparación) y mantenerlos durante la abstinencia, con un plazo de hasta 6 meses.

Los efectos adversos más frecuentes son irritación de garganta, náuseas, dolor mandibular y palpitaciones.

Parches de nicotina

Los parches de nicotina se presentan en tres tamaños y concentraciones diferentes: 30, 20 y 10 cm² conteniendo 21, 14 y 7 mg de nicotina respectivamente, para aplicación durante 24 horas (hay de 16 horas para retirar en la noche, no disponibles en nuestro medio). Se aplican sobre piel libre de vello corporal, limpia y seca en la mañana para retirarlos al día siguiente, rotando la aplicación de los mismos. Deben usarse cuando el paciente inicia la abstinencia y el tamaño del parche a emplear dependerá del grado de dependencia al iniciar el tratamiento:

- a) más de 20 cigarrillos/día, comenzar con 21 mg durante 4 semanas
- b) Menos de 20 cigarrillos/día, comenzar con 14 mg durante 4 semanas
- c) Se continúa bajando el tamaño del parche cada 4 semanas

Se ha visto que el tratamiento de ocho semanas con parches es tan eficaz como en períodos más prolongados. La duración del tratamiento promedio es de 2 a 3 meses pudiendo prolongarse.

Los efectos adversos más comunes son locales a nivel de la zona de aplicación (dermatitis).

Contraindicaciones generales de uso:

Hipersensibilidad, embarazo, lactancia, niños, patología cardiovascular severa no controlada.

Contraindicaciones particulares:

- Chicles: trastornos de la articulación de la mandíbula, lesiones orofaríngeas, prótesis dentarias.
- Parches: afecciones dermatológicas

Bupropión

Es un psicofármaco que se caracteriza por la inhibición selectiva de la recaptación neuronal de dopamina y noradrenalina, generando un aumento en las concentraciones de estos dos neurotransmisores. Aunque no está muy claro el mecanismo de acción, se supone que imita el efecto de la nicotina disminuyendo el deseo de fumar y atenuando los síntomas de abstinencia.

Se inicia el tratamiento con 1 comprimido por día hasta el 6º día, con el paciente fumando. A partir del 7º día se comienza con dos comprimidos por día, administrados en dos tomas separadas con un intervalo no menor a 8 horas inter dosis.

El mantenimiento continúa con 2 comprimidos por día, debiendo buscarse una fecha para iniciar la cesación de tabaco hacia la segunda semana de tratamiento. En el contexto de tratamientos en grupos bajo supervisión de especialistas en tabaquismo, la administración puede prolongarse al iniciar el tratamiento en la etapa de contemplación. El tratamiento se mantiene promedialmente entre 7 y 9 semanas luego de alcanzar la abstinencia, pudiendo prolongarse hasta los 6 meses e incluso 1 año. Esto ha demostrado que previene y retrasa las recaídas además de controlar la ganancia de peso que ocurre frecuentemente al dejar de fumar.

Los efectos adversos más frecuentes son sequedad bucal e insomnio. Se han reportado convulsiones con una frecuencia de 0,01% en pacientes con factores de riesgo predisponentes a las mismas o cuando se administran dosis mayores a las recomendadas.

Las contraindicaciones de uso son: antecedentes de epilepsia o convulsiones, hipersensibilidad, TEC

severo o tumores del SNC, deshabituación de alcohol o abandono de benzodiazepinas, anorexia-bulimia, cirrosis hepática, administración concomitante de IMAOs y embarazo o lactancia.

Vareniclina

En los estudios clínicos disponibles hasta la fecha la vareniclina ha demostrado eficacia ligeramente superior a la sustitución nicotínica o el bupropión para lograr abstinencia al año. No existen estudios comparativos del uso de vareniclina aislada versus bupropión combinado a sustitución nicotínica ni estudios de eficacia del uso de vareniclina combinada con bupropión.

Vareniclina es un agonista y antagonista competitivo de los receptores nicotínicos a nivel del sistema nervioso central. De esta manera determina una atenuación en los síntomas de abstinencia y un cambio en la percepción del placer al fumar, por lo que se pierde el reforzamiento positivo de la conducta de fumar, facilitando la transición hacia la abstinencia.

La dosis recomendada es de 0,5 mg por día durante los 3 primeros días, aumentando a 0,5 mg dos veces por día a partir del 4º día y hasta el 7º. La dosis de mantenimiento a partir del 8º día es de 1 mg dos veces por día. Los estudios clínicos han demostrado eficacia para alcanzar y mantener la abstinencia en regímenes de administración hasta 12 semanas o hasta 24 semanas. Los efectos adversos reportados más frecuentes fueron náuseas, cefaleas, insomnio y pesadillas, aunque rara vez requirieron la interrupción del tratamiento. En pacientes que no toleran la dosis habitual de mantenimiento o portadores de insuficiencia renal, se recomienda una dosis de mantenimiento de 0,5 mg dos veces por día.

Vareniclina no posee interacciones medicamentosas relevantes ni contraindicaciones de uso salvo embarazo y lactancia. Dado su mecanismo de acción agonista de los receptores nicotínicos, no debe emplearse en combinación con sustitutos nicotínicos.

CONCLUSIONES GENERALES

- 1) El tabaquismo es una enfermedad en sí misma, de carácter adictivo en la mayoría de los fumadores, con tendencia a la recaída y bajas tasas de abstinencia librada a su evolución natural.
- 2) El tabaquismo conlleva un muy alto riesgo de morbimortalidad por lo que dejar de fumar se considera la acción más importante en materia de salud que un fumador puede adoptar a lo largo de toda su vida.
- 3) Existen tratamientos efectivos y costo efectivos que poseen altas tasas de abstinencia cuando se aplican por personal capacitado, por lo que deberían ofrecerse siempre estas alternativas terapéuticas al fumador.

REFERENCIAS

- 1) "Treating tobacco use and dependence. A Clinical Practice Guideline". U.S. Department of Health and Human Services 2000. CDC
- 2) "Evidence based recomendations on the treatment of tobacco dependence. European Partnership to reduce tobacco dependence. WHO/OMS 2001.
- 3) La Epidemia de Tabaquismo. Los Gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud, 2000, Pub. Cient. N° 577.
- 4) Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de políticas para dejar de fumar y tratamiento de la dependencia al consumo de tabaco. 2003.
- 5) Tonstad et al. for the Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA. 2006: 296:64-71.

