

EVALUACIÓN Y MANEJO DEL TABAQUISMO

Introducción

El tabaco se ha asociado a la muerte prematura de alrededor de la mitad de sus consumidores¹. El tabaco mata cada año a más de siete millones de personas en el mundo, más de 6 millones son consumidores del producto y alrededor de 890.000 son individuos no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno². Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que existen en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios^{3,4}.

La epidemiología del tabaquismo en Chile se ha caracterizado por una elevada prevalencia persistente del consumo de tabaco, hábito social ampliamente aceptado que se inicia en la infancia y adolescencia. Esto se traduce en una elevada carga de enfermedad atribuible al consumo directo y a la exposición al humo ambiental de tabaco, con una estimación de más de 16.000 muertes anuales atribuibles a dicho consumo. Las personas fumadoras tienen un mayor riesgo de enfermar y morir, a consecuencia de esas enfermedades, comparado con las personas que no fuman o los exfumadores⁵.

Por otra parte, dejar de fumar tiene beneficios para la salud y mejora la sobrevivencia. Es así como el clásico trabajo de Doll muestra que en la cohorte de médicos ingleses seguida durante 50 años, los fumadores mueren en promedio 10 años antes que los individuos no fumadores y que la cesación del consumo de tabaco a los 60, 50, 40 o 30 años de edad aumenta las expectativas de vida en 3, 6, 9 o 10 años, respectivamente⁶.

En nuestro país, Pichón Riviere y cols. muestran que el tabaquismo es responsable de una importante carga de morbilidad, mortalidad y costos sanitarios. La mayor carga de enfermedad está dada por la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, diversos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares⁷. Su impacto en la mortalidad y en la calidad de vida es responsable en forma directa de la pérdida de 428.588 años de vida y causa el 18,5% de todas las muertes que se producen en el país cada año, muertes que podrían ser evitadas.

En la Tercera Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-17), se observó por primera vez una disminución en la prevalencia de fumadores (tanto hombres como mujeres), además de

una disminución de los fumadores con alta dependencia a la nicotina⁸. Estos resultados están relacionados con la sucesiva implementación de las directrices del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT).

Ayudar a que las personas dejen de fumar es una estrategia esencial en las políticas de salud pública para el control del consumo de tabaco y un imperativo ético para tratar a los fumadores cuando consultan en los servicios de salud. Las políticas de promoción de la cesación tabáquica y tratamiento de la dependencia del tabaquismo son costo-efectivas y tienen un alto impacto sanitario en términos de reducción de la mortalidad^{9,10}. En Chile esto no se ha abordado en la forma de un programa de cobertura nacional, lo que sin duda es un aspecto pendiente por parte del Ministerio de Salud.

Aproximación al paciente fumador

Se debe realizar consejería breve a todo paciente fumador con el que se tenga contacto en los servicios de salud, independiente de la etapa de modificación de conducta en que se encuentre.

Consejería Breve

ABC-D: La consejería breve consiste en realizar el ABC-D y registrar en la ficha clínica^{11,12}.

A: Significa averiguar si el paciente fuma o no, debe hacerse en todo consultante independiente del motivo de consulta.

B: Implica dar un breve consejo firme, personalizado y repetido cada vez que un fumador consulte, en general los pacientes requieren varios intentos para dejar de fumar definitivamente, ej: hablar del mal olor de la ropa, del color amarillo de la piel, dientes y uñas, la producción de arrugas, la sequedad del pelo, infertilidad e impotencia.

C: Cesación del tabaquismo que quiere decir: Referir o tratar.

- **Referir** a consejería telefónica (MINSAL Salud Responde, Teléfono: 6003607777, este número está escrito en los envases de cigarrillos), a un sitio *web*, a un centro que tenga implementado tratamiento de cesación del tabaquismo, o

- **Tratar**

D: Implica derivar siempre, si es que no dispone de tiempo suficiente para realizar el ABC completo, ya que incluso a los fumadores ocasionales les produce daño el cigarrillo.

Tratamiento

(1) Preguntar al paciente si quiere dejar de fumar dentro del próximo mes (sólo si la respuesta es positiva existe la motivación para iniciar el tratamiento).

(2) Objetivar la dependencia a la nicotina. Preguntar cuántos cigarrillos fuma y a qué hora fuma su primer cigarrillo, porque si fuma más de 10 cigarrillos al día o si fuma su primer cigarrillo durante la primera media hora desde que se levanta, el paciente requiere fármacos para tratar la abstinencia de nicotina^{13,14}.

(3) Uso de fármacos

Contraindicaciones:

En los pacientes con antecedentes o sospecha de patología psiquiátrica inestable se debe pedir autorización al equipo de Salud Mental o al psiquiatra para iniciar un tratamiento farmacológico. Las Guías de Práctica Clínica de Tratamiento de Personas con Depresión del Ministerio de Salud, mencionan tres preguntas que pueden ayudar:

¿Se ha sentido cansado o decaído casi todos los días?

¿Se ha sentido triste, deprimido o pesimista casi todos los días?

¿Siente que ya no disfruta o ha perdido el interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

La patología psiquiátrica estable durante tres meses permite el uso seguro de terapia de reemplazo de nicotina, Bupropión y Vareniclina.

Preguntar por antecedente de convulsiones o traumatismo encéfalo craneano, uso concomitante de Nortriptilina o Amitriptilina; en estas condiciones está contraindicado el uso de Bupropión.

(b) Prescribir medicamentos, si esto beneficia al paciente.

(4) Establecer la fecha para dejar de fumar o “Día D”, primer día sin fumar, que debe ser máximo dentro de un mes después de la primera consulta e indicar al paciente que empiece a postergar 10 minutos cada cigarrillo y haga algo que lo distraiga (cambiar de actividad, realizar ejercicio, consumiendo chicles, líquidos, frutas, verduras).

(5) Seguimiento a la semana para evaluar la tolerancia al fármaco, ya sea personal o vía telefónica, y controlar una vez a la semana en tres ocasiones más, ya que los mayores riesgos de recaída son durante el primer mes.

Fármacos

Terapia de reemplazo nicotínico (TRN)

La TRN se puede usar como terapia única, combinar entre sus formas rápidas (chicles) y lentas (parches), o asociar (en general chicles) con otras drogas como Bupropión o Vareniclina. Se sugiere utilizar los parches de nicotina o Bupropión con una forma de administración rápida de TRN para lograr la mayor eficacia. La TRN y Bupropión usados como terapia única son de igual eficacia. Los chicles y parches de nicotina requieren una técnica especial de utilización.

Presentación: Chicles de 2 y 4 mg de nicotina, parches de 7, 14 y 21 mg de nicotina de 24 h de duración, los chicles han estado disponibles en Chile, los parches se han discontinuado intermitentemente, pero estarán nuevamente disponibles en 2018.

Prescripción: La TRN se utiliza a partir del “Día D”. Se emplea entre 5 y 8 unidades de chicles al día según necesidad, en general la dosis es de 2 mg para manejo del “craving” o sensación de urgencia por fumar, los pacientes tienden a usar menos chicles de los que necesitan, por lo que es necesario incentivar el uso. Un cigarrillo es equivalente a 1 mg de nicotina. En caso de los parches, la dosis se titula de acuerdo con el nivel de adicción, el inicio del tratamiento para los que fuman más de 15 cigarrillos/día o encienden su primer cigarrillo dentro de la primera hora del día es con parches de 21 mg/día y se disminuye cada dos semanas no recomendándose su empleo por períodos superiores a las 8 semanas. La TRN está contraindicada en pacientes con inestabilidad hemodinámica o arritmias graves^{9,12,15}.

Si una embarazada desea dejar de fumar y expresa un claro deseo de recibir TRN, se sugiere¹⁶:

- Discutir con ella los riesgos y beneficios asociados (es preferible usar TRN que fumar).
- Se recomienda utilizar TRN sólo si falla la cesación tabáquica con medidas no farmacológicas (terapia cognitiva conductual).
- Utilizar el criterio profesional al decidir si desea ofrecer la prescripción de TRN.
- Si bien no existe consenso en el esquema terapéutico a usar en pacientes embarazadas, expertos internacionales sugieren lo siguiente:

Partir con chicles de nicotina de 2 mg. Si esto no funciona considerar el uso de parches de nicotina de 24 horas de duración que se colocan en la mañana y se retiran en la noche. Si la paciente fuma menos de 10 cigarrillos al día usar 1 parche al día de 7 o 14 mg. Si fuma 10 o más cigarrillos al día partir con 1 parche al día de 14 mg. Evaluar cada dos semanas y considerar la disminución progresiva de los parches de 14 a 7 mg. Emplear este tratamiento por un máximo de 2 meses. Cabe mencionar que solo se justifica mantener los parches de nicotina si la paciente se mantiene sin fumar. Las recomendaciones están basadas en el esquema terapéutico empleado en *The Mayo Clinic Dependence Center, USA* y *Division of Primary Care, University of Nottingham, England*.

Bupropión

La presentación de Bupropión es de 150 mg (administración dos veces al día) y 300 mg (liberación sostenida se puede tomar 1 vez al día)^{9,12,15}. Se indica iniciar el tratamiento una semana antes del prefijado “Día D” (primer día sin fumar) en la forma de 150 mg en la mañana por 3 días, luego 150 mg por 2 veces al día, última dosis a las 15-16 horas o antes, para minimizar el riesgo de insomnio (30-40%). Se recomienda emplear durante 2 a 3 meses, aunque podría ser durante más tiempo si el paciente lo solicita o requiere para mantener la abstinencia. Está contraindicado en pacientes con antecedentes de convulsiones, tumores del sistema nervioso central, traumatismo encéfalo craneano, bulimia, anorexia o trastorno bipolar, también está contraindicado su empleo en combinación con inhibidores de la MAO. No se recomienda su empleo en el embarazo ni

lactancia. Puede ser usado en conjunto con inhibidores de la recaptación de la serotonina. En adultos mayores se recomienda reducir dosis a 150 mg al día, al igual que en pacientes con problemas de tolerancia al fármaco.

Vareniclina

Los pacientes con mayor dependencia a la nicotina son los que más se beneficiarían del uso de Vareniclina^{9,12,15}. En su inicio, una semana antes del “Día D” se usa una tableta de 0,5 mg en la mañana por 3 días y luego 0,5 mg cada 12 horas del blíster de inicio y luego de una semana se pasa al blíster de mantención, cuyas tabletas son de 1 mg y se usan cada 12 horas en el desayuno y la cena durante 2-3 meses o incluso durante períodos más prolongados. Es el medicamento de primera línea más efectivo, es seguro, tiene escasos efectos adversos (náuseas, que aparecen inicialmente y luego se atenúan), se usa en pacientes con clearance de creatinina mayor a 30 ml/min, no se puede usar en el embarazo, la lactancia ni en adolescentes menores de 18 años. Se puede reducir dosis a la mitad en los pacientes con problemas de tolerancia al fármaco. No se ha demostrado aumento significativo en el número de casos de ideación suicida en comparación con placebo¹⁷.

Los programas multidisciplinarios de cesación de tabaco son los más exitosos a largo plazo¹⁸. Estos programas combinan la terapia cognitiva-conductual con terapia de reemplazo de nicotina y farmacológica, de requerirla. Los programas de cesación del tabaco están disponibles en el sistema público y privado de salud en nuestro país.

Referencias

1. World Health Organization. Tobacco Atlas, Dr. Judith McKay and Dr. Michael Eriksen. 2002, 2009, 2015.
2. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. N Engl J Med 2014;370:60-8.
3. World Health Organization, Media Centre, Tobacco, Fact Sheet Nr 339, Updated May 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

4. World Health Organization. Informe sobre el control del Tabaco en la región de Las Américas, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2016.
5. Patel MS, Steinberg MB. In the Clinic. Smoking cessation. Ann Intern Med 2016;164(5): ITC33-48.
6. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.
7. Pichon-Riviere A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematsu LM, Pinto M, et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. Rev Panam Salud Pública 2016;40:213-21.
8. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-17. <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017>
9. Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, Including pregnant women: A review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2015;163:608-21.
10. Pavié J. Consejería breve en tabaquismo. Boletín Hospital Viña del Mar 2015;71(2):58.
11. New Zealand Smoking Cessation Guidelines, Wellington: Ministry of Health, August 2007. ISBN 978-0-478-19169-1
12. Guías Chilenas de Práctica Clínica de Tratamiento del Tabaquismo, 2017. Rev Chil Enferm Respir 2017;33:163-255.
13. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3:235-41.
14. Fiore M. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2008 May.
15. Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. Lancet 2008;371:2027-38.
16. Cerda J. Cesación de tabaquismo en embarazo. Rev Chil Enferm Respir 2017;33:239-41.

17. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, Ascher J, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387:2507-20.
18. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Mar 24; 3:CD008286.