

# TABAQUISMO

DR. DANIEL SEIJAS B.  
PSIQUIATRA.  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA.  
UNIDAD TABACO.  
CLÍNICA LAS CONDES.  
DIRECTOR INSTITUTO CENTROEDUCA.  
seijas@centroeduca.cl

## RESUMEN

*Este artículo es una revisión acerca de los últimos avances y guías clínicas acerca del tratamiento de la dependencia de nicotina y está dirigido médicos de diversas especialidades.*

*La descripción comienza con los aspectos históricos y epidemiológicos del tabaquismo, para desembocar en las definiciones y los aspectos clínicos relevantes acerca de la dependencia de nicotina*

*Se revisan además las diferentes aproximaciones al manejo de pacientes fumadores considerando el modelo de cambio de Prochaska's & Di Clemente, de entrevista motivacional de Millar finalizando en intervenciones mínimas, intermedias e intensivas en el tratamiento de esta dependencia, que los diversos médicos pueden aplicar para tratar sus pacientes.*

*Los diversos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos son considerados con especial énfasis en los hallazgos de las revisiones del Cochrane database review studies y otros trabajos.*

## SUMMARY

*The present article is a review of the latest findings and clinical guidelines regarding the treatment of nicotine dependence, and is addressed to physicians of different specialties.*

*The epidemiological and historical aspects of tobacco dependence are the opening following the definition and clinical aspects of nicotine dependence. The different approaches to deal with smokers are reviewed considering Prochaska's model of change and Millers motivational interviewing ending in minimal and intense interventions that physicians could apply with a triage approach to this addiction.*

*The different pharmacological and non pharmacological treatments are addressed considering the Cochrane database review studies and others.*

*Keywords: Nicotine Dependence, Motivation, Interventions, Novel pharmacotherapies.*

## INTRODUCCIÓN

La evidencia del consumo de tabaco ha sido rastreada hasta la civilización Maya en México (AD 600). Esta droga de la planta nicotiana tabacum es quizás uno de los vegetales más conflictivos del planeta, y su historia está llena de contrastes entre sus defensores y detractores. Luego de la aparición del trabajo epidemiológico de Sir Richard Doll & Hill en 1952 que mostraba claramente la asociación entre tabaco y cáncer, los esfuerzos de la comunidad científica internacional se volcaron a la investigación de esta sustancia.

Fumar cigarrillos fue visto más como un hábito que dependencia, y no fue hasta 1974 que un comité de expertos de la OMS declaró el tabaco como una droga productora de dependencia.

La relevancia del tema de la dependencia de nicotina se hace presente en todas las especialidades de la medicina, pero es en la cardiología donde se ve más representada, toda vez que la principal causa de muerte derivada del tabaco en Chile es por enfermedades cardiovasculares. De este punto se desprende la pertinencia y urgencia de incluir esta temática en este ejemplar de enfermedades cardiovasculares, donde se puede informar que hacer para ayudar a los fumadores y que se hace en Clínica Las Condes al respecto.

## EPIDEMIOLOGÍA

La OMS considera que en el mundo cerca de 1100 millones de personas son fumadoras, siendo mayor el porcentaje de hombres 47%, que el de mujeres 12% (5). En el mundo, un 29% de la población fuma mientras que en las américas el promedio bordea el 30%; en Chile es de un 42,5%.

En Chile más de la mitad de las defunciones anuales se producen por causas relacionadas con el tabaco y en más de un 7% de éstas, la causa fue directamente atribuible al tabaquismo. Los fumadores usan un 50% más de los servicios médicos que los no fumadores aumentando los costos de la salud tanto para el Gobierno, Isapres y el mismo individuo.

Los estudios nacionales indican que el inicio del consumo es a edades cada vez más tempranas. A pesar de que las mujeres se han incorporado al consumo del tabaco después que los hombres, pero mientras

éstos han disminuido su prevalencia, entre las mujeres se aprecia un aumento del consumo, acortándose la brecha histórica que separaba a ambos sexos. Entre 1984 y 2004 se produjo un aumento de 5 puntos porcentuales en el consumo de cigarrillos de las mujeres. De los casi 10 puntos porcentuales que diferenciaban la declaración de consumo de cigarrillos, entre hombres y mujeres en 1998, en seis años esta diferencia se ha reducido a menos de la mitad.

El consumo de tabaco ha causado un aumento considerable de las muertes por cáncer de pulmón, en especial entre mujeres en las últimas décadas.

Un 40 % - 50 % de los chilenos fuma, habiendo aumentado en forma proporcional el número de mujeres que fuman, y de éstos una gran mayoría lo hace con dependencia. Además, solo un porcentaje de entre un 10 %-15 % se declaran como ex fumadores.

El consumo de tabaco ha causado un aumento considerable en la mortalidad por cáncer de pulmón en Chile entre las décadas de los 60 y 80. Lo que más preocupa es el aumento en la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres en comparación con los hombres.

Si bien se observan prevalencias más altas de tabaquismo en las personas con un nivel socioeconómico y educacional elevado, es también en este grupo donde está descendiendo en mayor medida el consumo. Los factores involucrados en predisponer el inicio del consumo de tabaco son llamados **"factores de riesgo"**:

- Padres o hermanos fumadores.
- Haberse embriagado alguna vez.
- Bajo rendimiento académico.
- Tener pololo (a).
- Accesibilidad al tabaco.
- Presencia de un alto número de pares que son fumadores.
- Falta de apreciación del grado de peligrosidad del tabaco.
- Edad menor de 15 años.

Si bien cuantiosos esfuerzos y fondos se han comprometido por años en prevenir el inicio del consumo, la realidad es que aún se está muy lejos de poder incidir en la curva de aumento del consumo. Por ello, los esfuerzos en lograr ayudar a las personas a dejar de fumar se hacen imperiosos, sobre todo en nuestro país.

Un 90% de los fumadores intentan dejar cada año sin ayuda y de ellos un 33% dejan 1-2 días, mientras que sólo un 3% -5% duran un año.

### DEFINICIÓN DE DEPENDENCIA DE NICOTINA

De entre todas las sustancias resultantes del consumo de tabaco, es la nicotina la responsable de producir dependencia, lo cual se hace evidente al considerar el síndrome de privación que padecen los fumadores que intentan dejar de fumar, el cual es aliviado con la sola administración de nicotina pura, sustancia que además es responsable de gran

parte de los efectos farmacológicos derivados de fumar.

### Diagnóstico de dependencia:

El diagnóstico de dependencia de nicotina se establece de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (5), los que son expuestos en la Tabla 1. Al analizar estos criterios queda de manifiesto la necesidad de cumplir con los requisitos de cualquier otra dependencia, esto es la presencia de tolerancia, síntomas de privación y alteraciones conductuales derivadas del consumo descontrolado de la sustancia.

En la práctica clínica se han utilizado escalas destinadas a discriminar la dependencia entre los consumidores de tabaco. Particularmente difundida y útil por su fiabilidad y simplicidad ha resultado el Cuestionario de Dependencia de Nicotina de Fagerström Tabla 2 (6), el que se observa en anexos. En este se da puntaje a una serie de ocho preguntas simples, considerándose dependiente todo sujeto que sume seis o más puntos.

**TABLA 1. CRITERIOS DE DEPENDENCIA DE NICOTINA (DSM-IV)**

#### A. Al menos tres de los siguientes:

- 1.- A menudo se usa una mayor cantidad o durante un periodo más largo del que la persona se había propuesto.
- 2.- Deseo persistente de usar nicotina o uno o más intentos fracasados por abandonar el consumo o controlarlo.
- 3.- Una cantidad significativa de tiempo destinada a actividades relacionadas con conseguir tabaco o consumirlo.
- 4.- Presencia de síntomas de privación al intentar suspender el consumo de tabaco (horas, días, semanas).
- 5.- Disminución o abandono de actividades sociales, recreativas, deportivas o laborales, debido al consumo de tabaco.
- 6.- Persistencia del consumo pese a conocer los riesgos que el tabaco produce en la propia salud física y/o psicológica.
- 7.- Aumento significativo (mayor al 50%) de la cantidad de nicotina consumida para conseguir el efecto deseado, o disminución del efecto al mantener la misma cantidad.
- 8.- El consumo de tabaco reduce o evita los síntomas de privación.

**B. Algunos síntomas del trastorno han persistido al menos por un mes, o han ocurrido frecuentemente a lo largo del tiempo.**

### CÓMO INTERPRETAR SUS RESULTADOS

#### Resultados de 7 puntos o más:

Indica que se tiene una alta dependencia de la nicotina. Si se quisiera dejar de fumar, el médico debe estar capacitado para ayudar con un programa específicamente diseñado para tratar con el consumo de tabaco, con apoyo farmacológico.

**TABLA 2. CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA (FAGERSTRÖM)**

<b>1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?</b>	
menos de 15	0
de 15 a 25	1
más de 25	2
<b>2.- ¿ Cuán pronto, después de levantarse, fuma usted su primer cigarrillo ?</b>	
antes de media hora	1
más tarde	0
<b>3.- ¿Aspira usted el humo?</b>	
Nunca	0
A veces	1
Siempre	2
<b>4.- ¿Qué marca de cigarrillos fuma?, ¿cuál es la tasa de nicotina de sus cigarrillos?</b>	
Menos de 0,8 mgrs.	0
0,8 - 1,5 mgr.	1
mayor a 1,5 mgr.	2
<b>5.- ¿El intervalo entre un cigarrillo y otro es menor en la mañana que en la tarde?</b>	
Si	1
No	0
<b>6.- ¿Cuál es el cigarrillo que usted considera más importante?</b>	
el primero	1
otro	0
<b>7.- ¿Usted fuma incluso cuando una enfermedad lo obliga a quedarse en cama?</b>	
Si	1
No	0
<b>8.- ¿Es difícil para usted no poder fumar en lugares donde está prohibido?</b>	
Si	1
No	0
<b>PUNTAJE FAGERSTRÖM _____</b>	

### Resultados de 6 o menos:

Indica que se tiene una dependencia más bien moderada o baja. Si se desea dejar de fumar, el médico puede diseñar un programa que se dirija hacia los factores sociales y psicológicos que contribuyen al consumo del tabaco, como así también hacia la dependencia de nicotina que se asocia a él.

### ¿QUÉ SIGNIFICA LA DEPENDENCIA DE LA NICOTINA?

La dependencia de la Nicotina se manifiesta entre otros aspectos como la necesidad fisiológica o deseo (craving) de ingerir nicotina, es decir fumar. La nicotina afecta el ritmo cardíaco, la presión sanguínea e incluso las ondas cerebrales. Puede restringir la circulación, bajar la temperatura de la piel y también alterar otras funciones corporales de importancia.

Cuando se deja de fumar se le está privando de la nicotina al organismo, el que ya se ha habituado a ella. Esto resulta en síntomas incómodos como ansiedad, inquietud, inestabilidad, dolor de cabeza mareos y malestares estomacales que generalmente son lo suficientemente severos como para frustrar las posibilidades de dejar el cigarrillo. Estos síntomas duran menos de cinco semanas.

Si se fuma y se depende del cigarrillo, debe buscarse la ayuda de un médico para intentar dejarlo, a pesar que algunas personas lo hacen espontáneamente sin apoyo.

### Síntomas de Privación:

Los síntomas de privación observados al eliminar el tabaco o al reducir su dosis son completamente atribuibles a la privación de nicotina, lo cual es refrendado por el hecho de que estos síntomas son aliviados mediante la utilización de reemplazo de nicotina farmacológicamente pura.

El comienzo de los síntomas de privación ocurre entre 2 y 12 horas tras el último consumo de tabaco, alcanzando su zenit a los 2-3 días (7). En general duran entre 3 o 4 semanas, tiempo en el que se debe realizar el máximo de apoyo a quienes intentan dejar el consumo de tabaco. Los síntomas de privación más frecuentemente observados se enumeran en la Tabla 3. Es importante hacer notar que a diferencia de otras sustancias que producen dependencia, no se describen síntomas de privación neonatal de nicotina.

### TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE NICOTINA

#### Tratamientos específicos:

#### Técnicas psicoterapéuticas

Existen diversos métodos investigados para dejar de fumar que muestran distinta efectividad en el corto y largo plazo. Así el "consejo médico" o intervención breve de tres minutos durante la consulta habitual demuestra una efectividad a largo plazo, mientras que el "apoyo de consejería" con seguimiento logra una efectividad aun mayor en el largo plazo mientras que la "intervención intensiva individual" logra

**TABLA 3. SÍNTOMAS DE PRIVACIÓN DE NICOTINA**

<p><b>Psicológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad / frustración / rabia (hasta 5 semanas)</li> <li>• Cambios del ánimo</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> </ul>	<p><b>Signos fisiológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de frecuencia cardíaca</li> <li>• Baja en Adrenalina, Noradrenalina y cortisol</li> <li>• Cambios en función endocrina</li> <li>• Constipación</li> <li>• Ulceras bucales</li> <li>• Ganancia de peso (hasta diez semanas)</li> <li>• Aumento de circulación periférica</li> <li>• Cambios en el EEG</li> <li>• Alteraciones del sueño</li> <li>• Sudoración</li> <li>• Aumento de la tos</li> </ul>
<p><b>Síntomas fisiológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga</li> <li>• Cefaleas</li> <li>• Somnolencia</li> <li>• Baja del alerta</li> <li>• Hambre</li> <li>• Urgencias para fumar</li> <li>• Dificultad para concentrarse</li> <li>• Impaciencia</li> <li>• Inquietud</li> <li>• Dolores corporales (mialgias)</li> <li>• Náuseas</li> </ul>	

finalmente un odds ratio mayor que los anteriores con intervenciones de más de 10 minutos por sesión. (ver grafico).

El potencial que presentan los profesionales de salud para dar consejos acerca de los diferentes hábitos de vida es inmenso, más aún en los profesionales de atención primaria en salud. Los pacientes esperan preguntas y consejos acerca del cigarrillo, alcohol, hábitos deportivos, peso, etc. Sin embargo, sólo algunos profesionales declaran hacerlo, aún cuando sus pacientes consulten específicamente por problemas de salud relacionados con los hábitos de vida. Esto es sumamente lamentable al considerar el éxito que logran estos profesionales a través de sencillos consejos. Esto se ve agravado por cuanto los profesionales que fuman en general tienden a preguntar por el tabaco pero no a aconsejar que dejen de fumar en la misma forma que un no fumador o un ex. fumador. Por ello se hace imperioso que los pacientes dejen de fumar, pero cobra aún más relevancia en los médicos que fuman lo dejen también.

En algunos casos de consumo de tabaco, sólo una estrategia de "intervención mínima" puede bastar para lograr una mejoría. Uno de los principales impedimentos para realizar esta intervención radica en la brevedad de las consultas médicas. Una manera de solucionar este problema consistiría en la participación de las enfermeras en la medicina preventiva primaria o la aplicación de protocolos breves con instrumentos preparados ad-hoc que faciliten el trabajo médico.

#### La estrategia de intervención mínima

Consiste en una intervención breve del profesional de salud, durante la consulta médica general, que facilite el dejar de fumar por parte del paciente. Esta intervención va a consistir en la entrega de consejos sencillos, que eduquen, orienten y faciliten la motivación por dejar de fumar.

Se ha visto que la sola entrega de apoyo y guía es sumamente valioso en la cesación de fumar. Es por esto, que el consejo entregado por el profesional general de salud, puede ayudar a que muchas personas dejen de fumar. En este punto es de suma importancia que estos profesionales (médicos generales y enfermeras) tengan los conocimientos básicos de la dependencia de nicotina para orientar a sus pacientes. En el siguiente cuadro se observa la utilidad diferencial de las diversas intervenciones para ayudar a dejar de fumar, en que desde intervenciones de tres o más minutos ya muestran utilidad para que los pacientes dejen de fumar.

El profesional de atención en salud puede basarse en los siguientes aspectos durante su intervención:

- Indagar rutinariamente acerca del hábito de fumar.
- Informar acerca de los peligros que involucra el fumar (para sí y los otros).
- Ayudar a reconocer todos los beneficios del dejar de fumar (físicos y sociales).
- Apoyar en el sentido que es posible dejar de fumar.
- Educar acerca de la dependencia a la nicotina.
- Apoyar la decisión de dejar de fumar "para siempre" y "de golpe".

Este tipo de intervención, que es principalmente de tipo educativa-motivadora, no implica mayores recursos, conocimientos y capacitación. Es necesario que los profesionales de atención primaria tengan un buen conocimiento acerca de los peligros que involucra fumar y los beneficios de abandonar el hábito. La información que se entrega es verbal, aunque podría apoyarse en folletos propios de prevención primaria.

#### Intervención básica más reemplazo de nicotina

En algunos casos la intervención del médico general no basta para de-

jar de fumar. Algunas personas aceptan los consejos y están motivados, pero encuentran que es difícil o lo han intentado previamente sin lograr éxito, y necesitan un apoyo mayor. Este tipo de estrategia requerirá la implementación de mayores recursos, humanos y económicos, y también requerirá entrenamiento y capacitación (educación y manejo de técnicas específicas de cesación).

Esta intervención entrega los elementos básicos para lograr una estrategia para dejar de fumar, y es acompañada por una técnica específica, ya sea con los chicles o parches de nicotina o fármacos. El profesional de salud debe ayudar a establecer el proceso básico para dejar de fumar:

- Diagnóstico de la dependencia de nicotina.
- Establecimiento del día de inicio.
- Insistencia en el abandono total y no gradual.
- Prescripción y explicación del uso de la técnica de tratamiento (parche), u otros fármacos.
- Planificación del tratamiento.
- Apoyo posterior y seguimiento.

Para este nivel de intervención, los profesionales deben contar con conocimientos acerca de la naturaleza del fumar y las características del proceso de cesación. En este nivel es aconsejable algún tipo de capacitación, teórica y práctica (videos, observación de experiencia clínica, breve taller de trabajo). Se requerirá sesiones adicionales de apoyo para reforzar la abstinencia, así como para supervisar la utilización adecuada de los métodos de reemplazo de nicotina y otros fármacos.

### Intervención Intensiva más reemplazo de nicotina y técnicas cognitivo conductuales

Una intervención más intensiva, con el apoyo de técnicas de tratamiento y técnicas cognitivo-conductuales, ya es una intervención específica y más especializada para dejar de fumar, y como tal, requiere de una preparación y capacitación especial. Esta intervención es la que efectuamos en la Unidad de Tabaco de Clínica Las Condes que deriva finalmente en un tratamiento que puede realizarse individualmente, en grupos o en forma hospitalizada, y requiere del cumpli-

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Comparación	N Trials	N Participantes	Pooled OR* (95% CI)
<b>Consejo médico</b> <sup>1</sup>			
Breve vs no aconsejar	17	> 13,000	1.74 (1.48 - 2.05)
Intensivo vs consejo mínimo	15	> 9,000	1.44 (1.24 - 1.67)
<b>Consejería Individual</b> <sup>2</sup>			
Vs intervención conductual mínima	17	> 6,000	1.56 (1.32 - 1.84)
<b>Terapia de counseling</b> <sup>3</sup>			
Vs auto ayuda	16	> 4,000	2.04 (1.60 - 2.60)
Vs no intervención	7	815	2.17 (1.37 - 3.45)
<b>Consejería Telefónica activa</b> <sup>4</sup>	13	>16,000	1.56 (1.38 - 1.77)
<b>Auto ayuda</b> <sup>5</sup>	11	>13,000	1.24 (1.07 - 1.45)



## EFFECTIVIDAD AUMENTA CON MAYOR INTENSIDAD DE TRATAMIENTO

Nivel de Contacto	Estimated Odds Ratio (95% CI)	Estimated Abstinence Rate (95% CI)
<b>No Contacto</b>	1.0	10.9
<b>Mínima Consejería</b> (menos de 3 minutos)	1.3 (1.01, 1.6)	13.4 (10.9, 16.1)
<b>Baja Intensidad Consejería</b> (3 a 10 minutos)	1.6 (1.2, 2.0)	16.6 (12.8, 19.2)
<b>Alta Intensidad Consejería</b> (más de 10 minutos)	2.3 (2.0, 2.7)	22.1 (19.4, 24.7)

1. Fiore MC, et al. Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. US Department of Health and Human Services. Public Health Service; June 2000. Available at:

[www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm).

miento de diferentes partes:

- Diagnóstico de la dependencia.
- Diagnóstico de motivación y expectativas.
- Entrevista motivacional.
- Establecimiento del día de inicio (día "D").
- Insistencia en el abandono total y no gradual.
- Prescripción y explicación del uso de la técnica de tratamiento (parche, o chicle, vareniclina, bupropión, nortriptilina, etc.).
- Planificación del tratamiento.
- Trabajo de pensamientos automáticos.
- Trabajo con pensamientos trampa.
- Técnicas de relajación.
- Técnicas de manejo de ansiedad.
- Prevención de recaídas.
- Apoyo posterior y grupos de seguimiento.

En primer lugar es necesario determinar si el paciente tiene interés en dejar de fumar. El profesional debe acoger cuidadosamente la respuesta del paciente, pues el paciente puede tener interés, pero esperar una curación mágica (por hipnosis o laserterapia u otras), por ejemplo, o creer que será incapaz de hacerlo y por ello no intentarlo. Estas verbalizaciones ayudarán a identificar las motivaciones, expectativas y racionalizaciones que hace el paciente en relación al fumar. En esta fase es muy importante la entrega de educación respecto al fumar (peligros), y cobra importancia la implementación de una entrevista motivacional.

La exploración de las razones que tiene cada persona para dejar de fumar, orienta la ayuda y apoyo, permitiendo que la información y los consejos sean adecuados a cada persona. Se debe llegar con un acercamiento positivo que ponga énfasis en los beneficios de dejar de fumar, tanto como en los peligros de seguir haciéndolo. Para algunos pacientes, recuperar el gusto o el olfato, y las ventajas sociales pueden ser más importantes que las razones netamente médicas. También es importante incrementar la conciencia de "fumador pasivo", es decir, de los daños que están provocando sobre otros, sus familias, hijos.

Es importante promover la autoconfianza y autoeficacia. Los fumadores pueden desconfiar en su capacidad de dejar de fumar, o haber tenido intentos previos fallidos. Muchas personas suelen referir que no tienen voluntad y responsabilizan el fumar a un mal hábito personal. En este punto, la información acerca de la dependencia a la nicotina es de gran importancia.

Una intervención intensiva requiere de una estrategia planificada, es decir, establecer una fecha límite (día de inicio) para dejar de fumar. En general, las evidencias señalan que es mucho más efectivo dejar de fumar abruptamente, que de manera gradual. Además de establecer la fecha, se requieren otros pasos importantes como identificar situaciones donde se hará difícil el no fumar y lograr una planificación al respecto (por ejemplo, ir a los pubs, tomar alcohol, café, asistir a fiestas, etc.). La clave es poner énfasis en la naturaleza de sentido común de esta planificación y ser sensible a ella. Contar con el apoyo de amigos

que han pasado por esta experiencia puede ser útil. En general los datos que se tengan acerca de las dificultades en intentos previos de dejar de fumar (si los hay) pueden ser una orientación importante a las situaciones de mayor dificultad. En esta parte es de suma importancia el compromiso con la tarea de dejar de fumar. Mientras mejor haya sido preparado el paciente en las fases anteriores, mayores probabilidades de lograr el objetivo de dejar de fumar.

Para este nivel de enfrentamiento se requiere un conocimiento profundo de los aspectos relativos al abandono del hábito de fumar (naturaleza, riesgos, proceso y duración del abandono, diferentes métodos para dejar de fumar, porcentajes de éxito) y de las técnicas específicas de enfrentamiento (manejo de expectativas y motivación, técnicas de autocontrol, técnicas de manejo de ansiedad, técnicas conductuales cognitivas, etc.).

### Terapias biológicas

Desde el punto de vista psicofarmacológico, hay cinco estrategias básicas a utilizar en el tratamiento, a saber:

1. Reemplazo de nicotina.
2. Bupropión.
3. Tratamiento sintomático de la privación.
4. Agonistas/antagonistas parciales de la nicotina .
5. Tratamientos aversivos.

La combinación de técnicas de reemplazo de nicotina con técnicas conductuales ha aumentado la efectividad de los tratamientos hasta un 30-40%.

### Reemplazo de Nicotina

#### Reducción de Nicotina

Esta técnica no constituye un reemplazo de la suspensión del fumar, sino que corresponde a un método de preparación para lograr suspender el cigarrillo completamente en el día elegido para tales efectos, el día "D". La técnica de reducción de nicotina *per se* no ha demostrado utilidad en el largo plazo, a no ser que ésta se combine con reemplazo de nicotina como se explica a continuación.

#### Nicotina de reemplazo

Esta técnica farmacológica constituye un mejor tratamiento para el síndrome de privación de nicotina, mostrando resultados claramente superiores al placebo y llegando hasta un 30% de abstinencia a un año plazo.

Hay diversas formas de reemplazo de nicotina, a saber:

- Chicles (Nicorette).
- Parches (Nicotinell).
- Spray nasal.
- Inhalador de nicotina.

Las ventajas de los parches son:

- Dosis constante.
- Facilidad para mantener adherencia a tratamiento.
- Sin los efectos colaterales gastrointestinales de los chicles.
- Se puede usar en contraindicaciones del chicle (úlceras y alteración de articulación temporomandibular).
- Los médicos estarían más dispuestos a recetarlos que otras formas de reemplazo.

Las desventajas de los parches son:

- No se puede manejar mucho la dosis.
- Toma mucho tiempo para llegar a la dosis requerida.
- Produce alergias y reacciones cutáneas en algunos pacientes.

La combinación de parches con chicles puede ser útil para disminuir los síntomas de privación en pacientes grandes fumadores (más de 30 a 40 cigarrillos), así como para prevenir recaídas. En los pacientes que necesitan el ritual asociado a fumar, así como la estimulación táctil y sensorial propia de este acto, serían particularmente útiles los inhaladores de nicotina, que además muestran mejores resultados que los chicles o parches, pero lamentablemente estos no están disponibles en Chile.

Los factores aparentemente relacionados con el éxito del tratamiento de reemplazo de nicotina serían la dosis de nicotina, el nivel de apoyo ofrecido y las características de los terapeutas.

### Tratamientos sintomáticos

Estos fármacos se indican para tratar las molestias y cambios de ánimo asociados con dejar de fumar.

#### Clonidina

Este fármaco es un alfa<sub>2</sub> agonista postsináptico que reduce la actividad simpática, y su uso ha demostrado utilidad en reducir síntomas tales como ansiedad, irritabilidad, inquietud, tensión y ganas de fumar, pero principalmente en mujeres más que en hombres. La limitación está asociada con los efectos colaterales que produce (somnia, hipotensión o rebote de hipertensión al suspender bruscamente).

#### Ansiolíticos

La aparición de ansiedad tanto como síntoma de privación de nicotina o asociada a la privación constituye uno de los factores gatilladores de recaídas, por ello el uso de ansiolíticos ha sido probado en varios estudios con diversa utilidad. El uso de benzodiazepinas reduce la ansiedad pero no las ganas de fumar, mientras que el uso de buspirona antes, durante y después de la suspensión del fumar ayudaría a los pacientes con altos niveles de ansiedad y disminuiría la posibilidad de recaídas. Sin embargo, los ansiolíticos en forma aislada sin otros fármacos que intervengan en la privación y/o craving no reportan beneficios.

### Antidepresivos

La variación del ánimo producida por el fumar cigarrillos también se puede apreciar al suspender el cigarrillo. La coexistencia de cuadros depresivos y de ansiedad deben ser descartados, pues su existencia activa constituye una contraindicación para intentar dejar de fumar, y sólo luego de un tratamiento adecuado del cuadro psiquiátrico debe intentarse la suspensión del cigarrillo.

Para estos efectos se han probado varios antidepresivos como los inhibidores de recaptación de serotonina (Fluoxetina) que además poseen propiedades ansiolíticas, los inhibidores de la monoaminoxidasa reversibles (RIMA) como la Moclobemida, pero sin embargo el estudio de metanálisis de Cochrane no demuestra fuera del bupropion y la nortriptilina, ningún otro antidepresivo con efectividad para dejar de fumar.

### Bupropión

Este fármaco es la primera medicación que no contiene nicotina que ha sido aprobada por la FDA para el tratamiento de la dependencia de nicotina. Se trata de una aminocetona con efecto antidepresivo que tendría tanto actividad noradrenérgica como dopaminérgica. Para el tratamiento de la dependencia de nicotina se utiliza la forma de liberación sostenida.

Su utilización comienza una semana antes de dejar de fumar, con una dosis de 150 mgr. cada mañana que son aumentados a 300 mgrs. en el cuarto o quinto día cuando la tolerancia ha sido buena. A la semana de tratamiento se interrumpe el consumo de nicotina. Se supone que el bupropión al inhibir débilmente la recaptura de noradrenalina y dopamina atenuaría los síntomas de privación. El aumento de la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens podría mantener la estimulación de las áreas de respuesta al placer en ausencia de nicotina. Un beneficio potencial podría ser el producir un menor aumento de peso que al dejar de fumar con placebo.

Luego de los primeros 3 a 7 días de uso inicial y habiendo asegurado la ausencia de efectos colaterales severos o reacciones adversas, el día "D" aumentar dosis a 150 mg dos veces al día. Pueden adicionarse parches de nicotina o chicles y deben mantenerse por 4 a 12 semanas máximo (salvo depresión).

Cuidado en pacientes bipolares por el riesgo de viraje a manía, en epilépticos, con antecedentes de TEC, epilepsia o psicosis. También hay que evitar el uso en pacientes que hayan padecido de crisis de pánico, aunque hayan sido aisladas.

#### Efectos Colaterales del Bupropion

- Insomnio.
- Cefaleas.
- Náuseas.
- Excitación –estimulación.
- Convulsiones (0,2%- 0,4% dosis > 400 IR).

- No usar en TEC, Bulimia, Epilepsia, ant. convulsivos
- Leve baja de peso.
- Interacciones: IMAO, Cimetidina, L-Dopa, Fenitoina, Carbamazepina. Normalmente el Bupropion se usa por 7 a 12 semanas, salvo que el paciente presente un cuadro depresivo, y no se utilizan dosis mayores a las mencionadas dado el aumento en el riesgo de convulsiones. Nuestra experiencia en CLC nos ha permitido evaluar este fármaco como efectivo en más de un 85% a las seis semanas de tratamiento y más de 41% a un año plazo sin mediar intervenciones de seguimiento que generalmente mejoran los resultados (20).

### Nortriptilina

Este fármaco es un Antidepresivo tricíclico ampliamente conocido por la farmacopea psiquiátrica cuyo perfil es de acción dopaminérgico y noradrenérgico, con buena acción antidepresiva clásica. Se trata de una Cicloheptadina derivada de la amitriptilina, con quien comparte algunos efectos ansiolíticos además de antidepresivo, con eventual afectación en el peso corporal también, quizás más ligero que el de la amitriptilina. En Chile viene en presentación de 10 mgs asociado con perfenazina 0.5 mgs, lo cual le aporta un elemento ansiolítico además de reducir el craving por fumar. Su uso es recomendado en dosis de 60 a 100 mgs diarios en dos o tres tomas, pero deben tomarse precauciones que el paciente no sea portador de una bipolaridad por el potencial de viraje que puede tener. (Recientemente estaría siendo retirado por el Laboratorio de Chile).

Si bien comparte con el bupropión que actúa a nivel dopaminérgico y noradrenérgico y por ende reduce el craving por fumar, no tiene la contraindicación y por ende es útil en pacientes con trastorno de pánico que no podrían tomar bupropion. Probablemente este sea un fármaco de mayor uso por psiquiatras que médicos generales o cardiólogos.

### Estimulantes

Se han utilizado estimulantes del tipo metilfenidato (Ritalin) que disminuiría los síntomas de privación, sin embargo no hay evidencia clara de su utilidad ni de la reducción de las recaídas por su uso. Probablemente sea de utilidad en pacientes con déficit atencional residual, pero *per se* no demuestra utilidad.

### Antagonistas \ Agonistas de la Nicotina

#### Mecamilamina (no disponible en Chile)

Este fármaco es un bloqueador colinérgico ganglionar tanto periférico como central, que administrado a los fumadores logra bloquear los efectos reforzadores (agradables) de la nicotina, lo que disminuiría el riesgo de recaída. Sus efectos colaterales consistentes en sedación, baja de la presión arterial y eventuales desmayos limitó su uso en la clínica. Sin embargo, últimamente algunos estudios que lo combinaron con reemplazo de nicotina, logrando que la mezcla actúe como un agonista parcial prometen interesantes resultados.

### Antagonistas a opiáceos

Los antagonistas a opiáceos como la naltrexona y naloxona se han utilizado en el tratamiento de la dependencia de opiáceos como la heroína y derivados, pues al bloquear los receptores, a pesar de que el paciente use la droga no se produce el efecto placentero. Si bien inicialmente fueron útiles se vio que los pacientes preferían usar la droga que el antagonista completo. Estas sustancias también han demostrado cierta utilidad para reducir el consumo de alcohol y reducir el placer producido al consumirlo.

En el caso de la nicotina hay sólo cuatro estudios con Naloxona y Naltrexona para evaluar su utilidad, pero ningún estudio mostró significancia estadística. La Naltrexona no mostró efectividad en el largo plazo mayor que placebo. Pudiera ser de utilidad en pacientes que siendo dependientes de nicotina beban en forma importante, lo que ayudaría al reducir parcialmente el consumo de alcohol que en general aumenta el riesgo de recaída en fumar.

### c) Vareniclina

La vareniclina es un agonista/antagonista parcial de los receptores  $\alpha 4\beta 2$ , que actúa a nivel del nucleus accumbens y produce estimulación dopaminérgica leve a moderada con 32% de la respuesta máxima obtenida por la nicotina, lo cual lo transforma en un agonista parcial del receptor nicotínico.

Por estos motivos reduce el síndrome de abstinencia pero también disminuye bloqueando el efecto reforzador de la vía de recompensa dopaminérgica mesolímbica.

Desde el punto de vista farmacocinético la concentración máxima de vareniclina se consigue dentro de 3-4 horas de ingerido el fármaco y el estado estable se logra en cuatro días, poseyendo entonces una cinética lineal.

Su absorción es prácticamente completa y su unión a proteínas baja siendo el 92% excretado sin alterar en la orina y presentando una vida media de eliminación 24 horas.

Los efectos adversos más frecuentes son:

- Trastornos Gastrointestinales.
- Náusea.
- Flatulencia.
- Estreñimiento.
- Dispepsia.
- Cefalea.
- Nasofaringitis.
- Fatiga.
- Trastornos psiquiátricos.
- Insomnio.
- Sueños anormales (vivididos, coloridos, extraños).
- Irritabilidad.

¿Vareniclina produce aumento de peso?

La deshabituación tabáquica ya sea con o sin tratamiento activo se asocia con varios síntomas entre ellos aumento del apetito y/o aumento de peso que deben ser manejados por el médico tratante. En el caso de Vareniclina, la ganancia de peso es similar a placebo, pero en nuestra experiencia los pacientes presentan dos reacciones a saber, los que combaten las náuseas de corta duración comiendo más para que se vayan las náuseas, y los que debido a las náuseas deciden no comer y les sirve para bajar de peso. Nuevamente no parece haber un patrón definido, pero sí se puede actuar dando indicaciones y educación nutricional respectiva. Las náuseas nos son en general severas y pueden reducirse en intensidad y frecuencia utilizando un esquema de incremento gradual de la dosis al inicio del tratamiento.

### Esquema Terapéutico de la Vareniclina

El Esquema de tratamiento es de inicio gradual y de carga, con el sentido de lograr en cuatro días el "steady state" y prevenir la aparición de náuseas, proveyendo un tiempo razonable de preparación para que el paciente prepare el intento de dejar de fumar. Los sachets de medicamento vienen didácticamente preparados para que sean de fácil dosificación y toma de la siguiente manera:

Días 1 – 3	→	0,5 mg una vez por día en la mañana.
Días 4 – 7	→	0,5 mg dos veces por día cada 12 horas.
Día 8 – fin del tratamiento	→	1 mg dos veces por día.

El tiempo sugerido por el laboratorio y los estudios clínicos de aprobación del FDA es de una duración del tratamiento de 12 semanas, sin embargo esto es variable dependiendo en los efectos colaterales y por sobre todo el efecto clínico obtenido.

En los pacientes que lograron la cesación, se recomienda un curso adicional de tratamiento de 12 semanas, a dosis de 1 mg dos veces por día, para aumentar probabilidad de una abstinencia prolongada y así evitar las recaídas.

Presentaciones: Tabletas de 0.5 y 1.0 mg

Dado la farmacoterapia existente hasta el momento, pareciera constituir una nueva herramienta terapéutica que permitirá ofrecer una nueva alternativa eficiente en el tratamiento del tabaquismo.

La vareniclina no es sólo el primer fármaco diseñado específicamente para unirse a los receptores nicotínicos  $\alpha 2\beta 4$  del sistema nervioso central, sino que además representa una promesa de abstinencia para muchos fumadores, que han utilizado sin éxito terapias de reemplazo de nicotina, antidepresivos, o ambos, tanto por fracaso en el abandono como también en la recaída posterior debido al efecto bloqueador que posee además del agonista parcial.

Cinco ensayos multicéntricos randomizados placebo controlado de-

mostraron consistentemente la mayor eficacia de vareniclina al ser comparada con placebo, respecto de tasas de abstinencia de tabaco a los seis meses, mayor adherencia a tratamiento antitabáquico, las tasas de suspensión de tabaco fueron 3 a 4 veces mayores que en los tratamientos con placebo. Un ensayo multicéntrico randomizado adicional comparó vareniclina versus placebo para prevenir recaídas durante 12 semanas adicionales y reportó resultados superiores para el grupo de mantención con vareniclina tanto durante la duración del tratamiento con medicación (OR=2.48) como un año después de la intervención farmacológica (OR = 1.34). Tres de los ensayos también compararon vareniclina con bupropión SR a dosis estándar (300 mg por día), se encontró que los fumadores que recibían vareniclina tuvieron 1.5 veces más probabilidad de dejar exitosamente de fumar a un año de seguimiento que aquellos fumadores recibiendo bupropión SR (quienes también resultaron tener mejores resultados que el grupo placebo).

### Propanolol

También utilizado para contrarrestar los síntomas de privación, pero su utilidad se circunscribe a disminuir levemente los síntomas periféricos de ansiedad y no ha demostrado mejores resultados a la fecha.

### Aversivos y substitutos

#### Sales de Plata

Este fármaco que se vende en solución colutorio bucal (Quit), combinado con tabaco produce un sabor desagradable que ayudaría a evitar fumar, sin embargo las evidencias no son concluyentes en torno a que tal tratamiento sea efectivo, por lo demás se pueden producir problemas de intoxicación (argirismo) aunque sean poco frecuentes.

### Otros fármacos:

#### Rimonabant

Este fármaco es una molécula nueva de tipo antagonista del receptor canabinoide CB1, que tiene influencias en variadas funciones. Si bien este fármaco originalmente se estudio para fines de dejar de fumar, uno de sus efectos colaterales (baja de peso) derivó que haya sido aprobado para el tratamiento de la obesidad en USA por la FDA antes que para el tema del tabaquismo.

Las acciones del rimonabant son que afecta reduciendo el peso corporal, reduce la adiposidad abdominal, aumenta el colesterol HDL y afecta niveles de triglicéridos disminuyendo su nivel sanguíneo. Además incide en sensibilidad a insulina y tolerancia a la glucosa y ayudaría a dejar de fumar.

La aparición de casos y aumento de síntomas depresivos han hecho que su uso hoy en día este en revisión o al menos con precaución en particular por el aumento de problemas con el ánimo e ideas suicidas.

#### Methoxsalen

En la población farmacogenéticamente se identifican personas que son metabolizadores lentos de nicotina (tienden a no hacer tanta depen-

dencia de nicotina) y los metabolizadores rápidos que logran rápidamente mayor tolerancia por la nicotina y así se hacen más fácilmente dependientes de la sustancia.

La enzima CYP2A6 estaría genéticamente determinada y es hereda-

ble, y el Methoxsalen funciona reduciendo la actividad de la enzima CYP2A6 que desdobra la nicotina produce reducción del fumar y aumenta los efectos de la nicotina.

Aún no tiene licencia para utilizarse en tabaquismo.

### Vacuna para Nicotina

La molécula de nicotina es muy pequeña para ser reconocida por el sistema inmune *per se*, pero al adicionar un antígeno es reconocida por el sistema Ag – Ac y su tamaño hace que no pueda pasar por la barrera hematoencefálica y así no produce efecto a nivel cerebral.

Si bien la vacuna tiene una gran utilidad tanto preventiva como terapéuticamente, requiere dosis de potenciación para mantener su acción, pero su uso promete ser de utilidad en recaídas. Actualmente se encuentra en proceso de estudio para licencia en un corto plazo.

### • Formulación e implementación de un plan de tratamiento

A la fecha, los esquemas terapéuticos que más utilidad han demostrado son aquellos en que se realiza una buena evaluación inicial del paciente, de manera de descartar psicopatología activa asociada, la cual debe ser tratada previamente al enfrentamiento de la dependencia. Una buena evaluación permite conocer las eventuales necesidades del paciente en términos de apoyo y farmacológicas.

Tras la evaluación se propone un día para dejar de fumar y se realizan los preparativos correspondientes para lograrlo. Para esos efectos es de utilidad utilizar como médico general un cuestionario de Goldberg 12 (General Health Questionnaire) validado en Chile y el extranjero, que permitiría sospechar la existencia de un trastorno de salud mental presente en todo paciente con un puntaje mayor a cuatro. En esos casos los pacientes deben ser derivados a un especialista psiquiatra que se maneje en el tema del tabaco para poder trabajar en conjunto el tratamiento o finalmente derivarlo. Los pacientes que tienen antecedentes psiquiátricos (depresión, trastorno bipolar, trastorno de pánico, etc.) deben ser reevaluados psiquiátricamente antes de comenzar el tratamiento para dejar de fumar pues en estos casos corre la importancia de la profilaxis farmacológica para evitar recaídas en trastornos del ánimo o psicóticos que ensombrecen el pronóstico.

Un buen programa deberá considerar sesiones periódicas frecuentes de apoyo las primeras semanas, período en que los síntomas de privación son más intensos. Idealmente se debe entregar técnicas de manejo de tipo cognitivo conductual. La abstinencia será mayor si se utiliza vareniclina, bupropión o nicotina de reemplazo, incluso mejor si se combinan. Se debe estar atento a la aparición de síntomas anímicos o ansiosos para prescribir fármacos de apoyo cuando sea necesario.

Finalmente, es útil realizar un seguimiento de ocho meses a un año con controles periódicos destinados a reforzar la conciencia de mantener el logro de la abstinencia, así como darle énfasis a las técnicas cognitivo

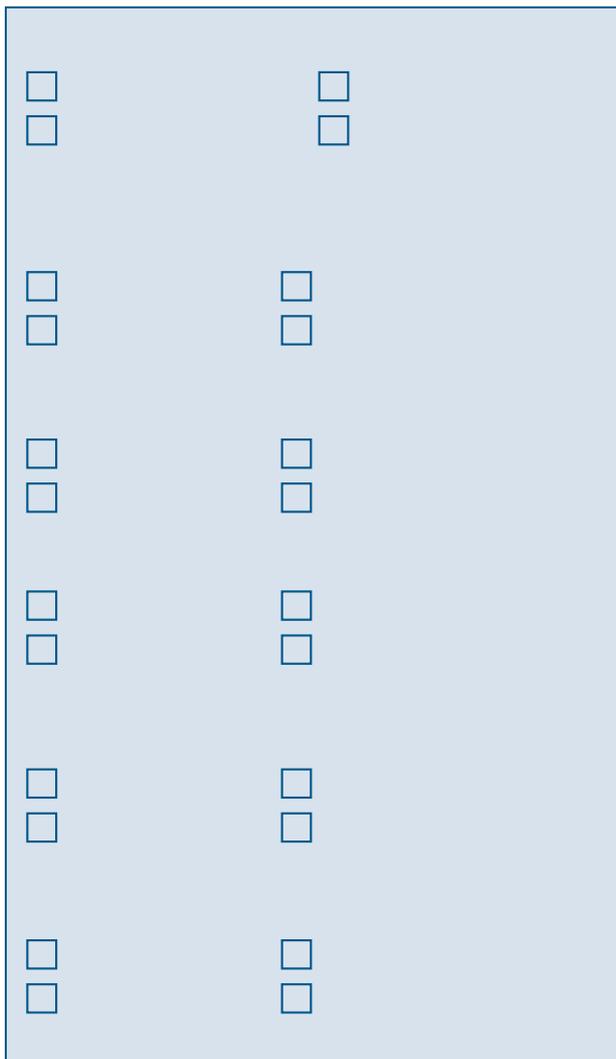
## CUESTIONARIO DE SALUD (GOLDBERG)

¿CÓMO ESTA SU SALUD? BIEN  REGULAR  MAL

¿HA DEJADO DE TRABAJAR O ACTIVIDADES POR MOTIVOS DE SALUD? SI  NO

A continuación quisieramos saber si usted ha tenido algún problema médico y como ha estado su salud en general en las últimas semanas. Por favor responda todas las preguntas simplemente marcando el cuadro de la respuesta que cree que corresponde a su caso.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



conductuales destinadas a la prevención de recaídas.

Los programas que se realizan en el marco de terapias grupales de orientación cognitivo conductual más fármacos serían el tipo de tratamiento más exitoso en el largo plazo.

### Tratamientos conductuales

Se han realizado estudios sobre variadas intervenciones como aversivas, consejería, saciedad, hipnosis y acupuntura. No hay evidencia de un efecto a largo plazo.

Terapias grupales que ayudan a reconocer recaídas, entrenamiento en destrezas de manejo, resolución de problemas, apoyo y responsabilidad de cumplir con el grupo parecen tener más éxito.

### ENTREVISTA MOTIVACIONAL

El proceso motivacional por el cual una persona decide iniciar el cam-

bio de conducta de fumar a no fumar es muy complejo, contemplando elementos cognitivos, emocionales y conductuales entre otros muchos.

Lo que a continuación describiré es "una y no la única" forma de apoyar el proceso de motivación de los pacientes que acuden a nosotros por ayuda sin estar totalmente motivados.

Vale recordar que según Prochaska y DiClemente existen diferentes etapas en **este** proceso de cambio a saber:

- **Precontemplativa** (no contemplan el cambio pues no ven un problema por qué cambiar ej: "no están ni preocupados" .
- **Contemplativa** contemplan la necesidad del cambio ej: "debería dejar de fumar..." pero no hacen nada hasta que hay un estímulo o persona que los motiva o presiona (hijos que presionan a dejar de fumar, empresa que se hizo libre de tabaco, resultado de un examen, etc.).
- **Determinación** se proponen firmemente el cambio ej: "ya, voy a dejar de fumar..." .
- **Acción** toman acciones específicas e inician el cambio ej: botan los cigarrillos, inician una detoxificación, etc.
- **Mantención** el cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta.

Nuestra estrategia de motivación se enfocara en forma diferente, dependiendo de la etapa en que se encuentre el paciente.

Así en los en "precontemplación" no será recomendable utilizar técnicas de confrontación con alguien que "no ve ningún problema y sólo es traído ante nosotros". Aquí resulta importante asegurar una mantención del contacto con el paciente, tratarlo en forma preocupada y empática y darle una opinión y sugerencia de dejar de fumar (abierta y no impositiva).

A veces eventos vitales (y la interpretación de ellos por el paciente) inician la motivación al cambio, o también la "maduración" (ya no era para mi seguir fumando...) o coerción por parte de un empleador. Lo motivante no es la situación solamente sino la importancia que el paciente le asigna a la situación. A estos pacientes conviene invitar a considerar dejar de fumar o a revisar el tema en un tiempo más, a no ser que por la gravedad de su patología no deba esperarse más tiempo y en ese caso conviene intervenir con familiares y un equipo con experiencia.

Para poder motivar a pacientes que aun no lo están totalmente resulta importante considerar los siguientes principios:

### Expresar empatía

La aceptación del paciente facilita el cambio, para lo cual se debe "es-

el problema de la dependencia, algunos de los cuales provienen de la perspectiva Cognitivo Conductual. Se ha visto que las técnicas de esta corriente son efectivas en el tratamiento de dependencias, con el supuesto que las personas son capaces de hacerse responsables de su propio cambio conductual, aprendiendo habilidades que los capacitan para reconocer y enfrentar situaciones de riesgo posterior.

Algunas de estas técnicas serán descritas con más detalle a continuación.

**Prevención de recaídas, una aproximación práctica:**

Central a este modelo está el supuesto subyacente que las conductas adictivas consisten de un sobentrenamiento en patrones de hábitos maladaptativos usualmente seguidos de estrategias de enfrentamiento también maladaptativas como parte de un ciclo adictivo. Podríamos resumir esta aproximación como un programa de desarrollo de autocontrol y autoeficacia, que combina destrezas de entrenamiento conductual con intervenciones cognitivas y procedimientos de cambio de estilo de vida.

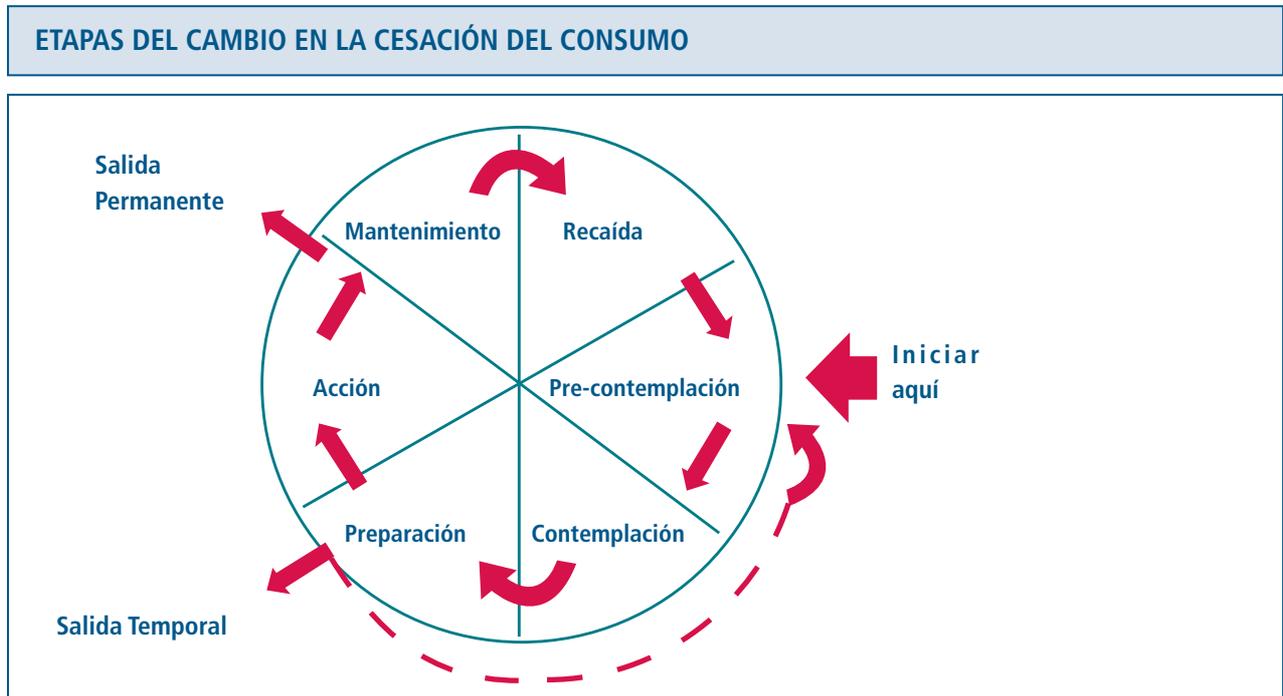
La prevención de recaídas está dirigida a la fase de mantención y también para llevar de vuelta a un paciente a la abstinencia después de una recaída. La prevención de recaídas está orientada a facilitar este proceso, dando una dirección clara a las intervenciones terapéuticas.

**PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

Diferentes estudios dan cuenta de la forma en que se ha enfrentado

**Caída v/s recaída**

Una "caída" no es igual a una "recaída", se puede definir "caída"



como: "el retorno puntual y transitorio al consumo de la sustancia de la que se está abstinente". La caída puede ser trabajada de manera de retomar la abstinencia, lo cual se dificulta en el caso de una recaída, donde se vuelve "al nivel previo de consumo de la sustancia"

### Objetivos de la prevención de recaídas

- Equipar al paciente con destrezas para identificar, anticipar, evitar y/o manejar situaciones de alto riesgo.
- En caso que se produzca una caída, equipar al paciente con las destrezas y estrategias para evitar que llegue a una recaída.
- Aumentar la percepción de autoeficacia del paciente.

### Situaciones de alto riesgo (SAR)

Un primer obstáculo que se presenta en la mantención de la abstinencia, es el enfrentamiento de las SAR. Estas se definen como aquellas situaciones que amenazan el sentido de autocontrol (autoeficacia) y aumentan el riesgo de una recaída. Aunque estas situaciones pueden ser específicas para cada persona, estas se agrupan en:

- **Personas:** con quienes fuman, le piden o convidan cigarrillos, si se juntan con ellos fuman, si discuten con ellos fuman.
- **Lugares:** donde fuman, compran cigarrillos, esconden cigarrillos o tienen asociados con fumar (salita, baño, etc).
- **Situaciones:** generales como asados, matrimonios, reuniones de negocios, estar con pena, rabia o frustración, oler un cigarrillo, etc.

### ¿Cuándo usar prevención de recaídas?

- En la fase de mantención.
- Luego de una Entrevista Motivacional.
- Una vez que se establecen las metas a seguir (abstinencia, consumo sin riesgo).
- Como seguimiento en quienes han completado el programa.

Finalmente hay diversos métodos útiles para dejar de fumar y su eficacia está resumida en el gráfico 1:

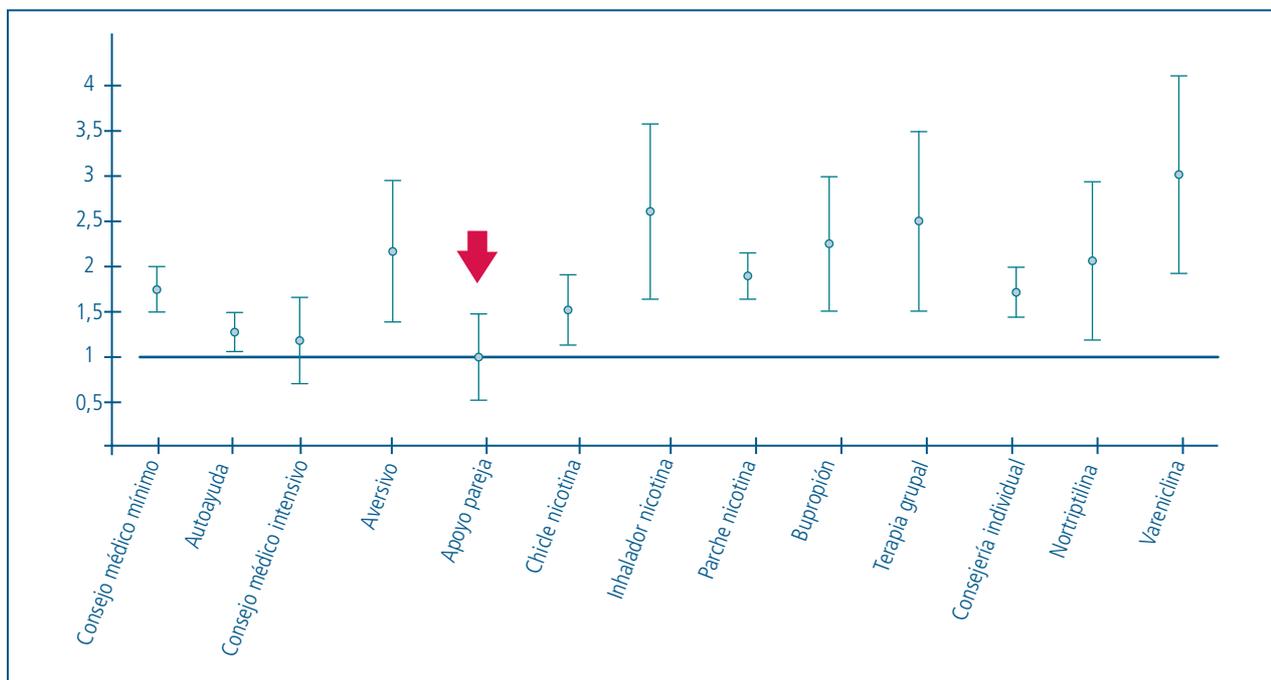
Resulta importante entender por lo anteriormente expuesto que en la dependencia de nicotina, como al igual que otras adicciones, estamos en presencia de una enfermedad crónica, recidivante que se mejora pero no se cura y como tal comparte características similares de otras enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) que hoy día reciben tratamiento, apoyo y comprensión mayor que la adicción, compartiendo similares resultados.

Finalmente, nuestro enfoque hoy está centrado en comenzar a tratar el paciente en la etapa más susceptible de recibir intervenciones médicas, educativas y psicoterapéuticas, fuera de la consulta voluntaria del porcentaje de pacientes que finalmente llegan a pedir ayuda, cual es la hospitalización por causas generales.

Desde el año 2006 en Clínica Las Condes hemos comenzado un programa de tratamiento para pacientes hospitalizados por cualquier causa, que además son fumadores, con intervenciones breves y seguimiento a largo plazo, siendo sus resultados preliminarmente prometedores. Esto

Gráfico N°1

### UTILIDAD DE LOS DIFERENTES MÉTODOS PARA DEJAR DE FUMAR



## RESULTADOS DE TRATAMIENTOS EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

### MITO: ADICCIONES NO TIENEN RESULTADOS

#### Recaen

Alcoholismo	50%
Opiáceos	40%
Cocaína	50%
Nicotina	50% -70%

### ENFERMEDADES CRÓNICAS SON CONTROLADAS

#### Recaen

Diabetes	30%-50%
Hipertensión	50%-60%
Asma	60%-80%

implica comenzar inmediatamente una vez que el paciente se hospitaliza tanto en intermedio o en sala médico-quirúrgico con las intervenciones de motivación, educación y tratamiento ya que la abstinencia esta asegurada (casi en un 100%) por la hospitalización misma.

Los resultados finales los veremos en los próximos meses, pero constituye una experiencia sensata que pudiera evitar recaídas en fumar, rehospitalizaciones por las mismas causas y muertes asociadas al tabaco.

### BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. WHO, Geneve, 1997.
- Joly D Kirshbaum A. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. 1977. Public Cientif OSK Número 337, Washington, EEUU.
- CONACE. "3° estudio nacional de consumo de drogas en Chile". Abril 1999.
- Ministerio de Salud, departamento de epidemiología. "Situación de Salud. Chile 1996. MINSAL, 1996.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. American Psychiatric Association Press 1995, Washington.
- Fagerström K, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159-182.
- Hughes JR, Hatsukami DK. The nicotine withdrawal syndrome: a brief review and update. Int J Smoking Cessation 1992; 1: 21-26.
- Gray N, Daube M. Guidelines for smoking control. 2° Ed International. Union Against cancer. Technical Report Series, vol 52. Geneve. 1980.
- Bello S. Tratamiento del tabaquismo. Rev Med Chile 1991; 119: 701-708.
- Hajek P. Treatment for smokers. Addiction 1994; 89: 1543-1549.
- Miller W, Rollnick S (eds). Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guilford Press 1991, New York.
- Marlatt A, Gordon J (eds). Relapse Prevention. Guilford Press 1987, New York.
- Prochaska J, Di Clemente C. Stages and processes of selfchange of smoking. Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51: 390-395.
- Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE y col. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. JAMA 1994; 271: 1940-1946.
- Seijas D, Santander J, Ferrer V, et al.. Dependencia de nicotina: seguimiento a un año plazo de pacientes tratados con terapia grupal más reemplazo de nicotina. Rev Med Chile 1999; 127:1313-1320.
- Hughes J, Goldstein M, Hurt R, et al. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. JAMA 1999; 281: 72-76.
- Hurt R, Sachs D, Glover E, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997; 337: 1195-1202.

18. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Supplement to Am J Psychiatry 1996; 153(10).

19. Lancaster T, Stead LF. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD000165.

20. Lancaster T, Stead LF. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001292.

21. Stead LF, Lancaster T. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD001007.

22. Stead LF et al. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD002850.

23. Lancaster T, Stead LF. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD001118.

24. Andy Mc Ewen Peter Hajek Hayden Mc Robbie & Robert West, Manual of Smoking Cessation a Guide for Counsellors and Practitioners, Addiction Press Blackwell Publishing 2006 UK.

25. Tamblay, N.;Seijas,D.Revista Medica de Chile 2007(aceptado publicacion).

26. Observatorio Chileno de Drogas. Informe Anual de la Situación de las Drogas en Chile 2006.

27. Prochaska JO, DiClemente CC. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-5.

28. Fiore MC, et al. Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. US Department of Health and Human Services. Public Health Service; June 2000.

## ¿Enfermedades Cardiovasculares? Cuando prevenir es mejor que curar.



### Accutrend Plus

Evaluación de factores de riesgo cardiovascular.

Mide 4 parámetros clave:

- Colesterol
- Triglicéridos
- Glucosa
- Lactato



### CoaguChek

Control de la coagulación.

Proporciona resultados de TP/INR de forma rápida (1 min) con tan sólo una gota de sangre capilar.



**CoaguChek®**  
Because it's my life



**Roche Chile Limitada**  
Av. Quilín 3750, Macul - Santiago  
Tel. 441 3255 Fax 462 6695  
[www.roche-diagnostics.com](http://www.roche-diagnostics.com)

**Soluciones en la palma de su mano**