



# TABAQUISMO

- Aspectos generales, HC del paciente fumador
  - Test de Fagerstrom
  - ABC del tabaquismo
  - Tto farmacológico
- Generalidades del EPOC

**CCGI 4° - ECOE Medicina Familiar y Comunitaria**

- Lucía Conde -





El tabaquismo es una adicción porque cumple con los siguientes criterios:

- Conducta compulsiva, repetitiva.
- Mantener el consumo a pesar de reconocer el daño que causa.
- Alteración de los aspectos de la vida diaria y social por efecto del consumo.
- **Tolerancia**: necesidad de aumento progresivo del consumo para conseguir el mismo efecto.
- **Síndrome de abstinencia**: aparición de síntomas que causan disconfort cuando disminuye o cesa el consumo.

Como en todas las adicciones, se encuentran presentes factores biológicos, psicológicos y sociales (predisposición genética, personalidad vulnerable, modelos identificatorios, presión de los pares, etc).

## Definiciones operativas

### **Fumador**

Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses.

Dentro de este grupo se puede diferenciar:

#### ***Fumador Diario***

Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.

#### ***Fumador Ocasional***

Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo se lo debe considerar como fumador.

### **Fumador Pasivo**

Es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental.

### **Ex Fumador**

Es la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses.

### **No Fumador**

Es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

# Índice Paquete Año (IPA):



## INDICE TABÁQUICO

Sirve para calcular el riesgo que tiene un fumador de sufrir EPOC.

No. de cigarrillos al día **X** No. de años de fumador

**20**

INDICE TABÁQUICO	RIESGO DE EPOC
Menor de 10	Nulo
De 10 a 20	Moderado
De 21 a 40	Intenso
Más de 41	Alto

**CBP**



→ La cantidad de cigarrillos fumados incide de forma directamente proporcional en el riesgo de contraer enfermedades (relación dosis-respuesta). No se ha establecido una categoría de tabaquismo que no presente riesgo, cualquier cantidad es nociva.

**Cuadro 46-4.** Riesgos relativos y atribuibles de enfermedad y muerte por tabaquismo (datos provenientes de países desarrollados)

	<i>Riesgo relativo asociado con el tabaquismo</i>	<i>Porcentaje de muertes atribuidas al tabaco</i>	
		<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Mortalidad por todas las causas	2		
Mortalidad cardiovascular	3		
Enfermedad coronaria	2 a 4	43%	25%
Enfermedad cerebrovascular	2		
Vasculopatía periférica	9	98%	90%
Muerte súbita en menores de 50 años	5	80%	75%
Mortalidad por todos los cánceres	2	30%	30%
Cáncer de pulmón	10 a 20	85%	80%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6	90%	80%
Mortalidad perinatal	1,3		

# Evaluación de la dependencia física nicotínica:



TEST DE FAGERSTRÖM		
Estas preguntas están dirigidas a evaluar el grado de dependencia a la nicotina		
<b>1</b> ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	> 30	3
	21 a 30	2
	11 a 20	1
	< 11	0
<b>2</b> ¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse que en el resto del día?	SI	1
	NO	0
<b>3</b> ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	< 5 minutos	3
	6 a 30 min	2
	31 a 60 min	1
	> 60 minutos	0
<b>4</b> ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	el primero	1
	Otro	0
<b>5</b> ¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	SI	1
	NO	0
<b>6</b> ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en cama la mayor parte del día?	SI	1
	NO	0
INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE (sumatoria)		
0 - 3	Dependencia leve	
4 - 6	Dependencia moderada	
7 - 10	Dependencia fuerte	

**El ABC propone:**

**A**veriguar (preguntar) sobre el estado de fumador o riesgo de inicio.

**B**reve consejo de cesación.

**C**esación, dar el apoyo necesario a quienes deseen dejar de fumar.

# ABC para dejar de fumar

## A AVERIGÜE (PREGUNTE)

1. Pregunte y documente la condición o no de fumador de cada una de las personas. En el caso de que hayan dejado de fumar recientemente, su estado deberá ser controlado y puesto al día regularmente en la historia clínica

## B BREVE CONSEJO

1. Aconseje dejar de fumar. Por ejemplo, podría decir "Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud. Puedo entender que sea difícil, pero si usted lo desea, puedo ayudarlo". "¿Conoce los riesgos que implica fumar?, ¿se da cuenta del daño que le produce?"  
2. Personalice el consejo que brinda. Por ejemplo, explique cómo el tabaquismo está relacionado a sus problemas de salud actuales, y cómo el dejar de fumar podría ayudarlo. Destaque los beneficios más importantes (ver anexo 1)  
3. Documente que se ha brindado consejo  
4. Reitere el consejo las veces que sea necesario teniendo en cuenta que generalmente las personas hacen varios intentos de abandono antes de lograrlo definitivamente

## C APOYO PARA LA CESACIÓN

Hay dos opciones:

1. **Dar apoyo:** todos los profesionales de la salud deben brindar apoyo. El apoyo incluye aconsejar al fumador sobre las ventajas de la abstinencia total, proveer de estrategias prácticas para lograr el cambio conductual (ver capítulo 6), disponer de medicación para ayudar a sobrellevar los síntomas de la abstinencia y coordinar una consulta de seguimiento a corto plazo  
2. **Derivar:** trabajadores de la salud sin experiencia o sin disponibilidad de tiempo para dar apoyo para la cesación, luego del consejo, deberán derivar a los fumadores a servicios especializados en cesación de tabaquismo. Es conveniente entregar al paciente un listado con los datos de las unidades de cesación disponibles (ver anexo 2)

Todas las personas que concurren a un servicio de salud deben ser interrogadas acerca de si consumen algún producto de tabaco. Las respuestas deben ser registradas en su historia clínica. Los registros de cualquier persona que fume, o que haya dejado de hacerlo recientemente, deben ser actualizados regularmente (por lo menos una vez al año).

## Recomendaciones

### A

Pregunte y documente el consumo de tabaco en todos los pacientes. Esta información debe ser actualizada regularmente.

El consejo breve significa recomendar a las personas el abandono del consumo de tabaco. Puede hacerse en tan sólo 3 minutos (18).

Debe ser dado a **todos** los fumadores, independientemente de que deseen o no dejar de fumar.

## Recomendaciones

### A

Todos los médicos deben proporcionar consejo breve a sus pacientes fumadores en todas las oportunidades posibles.

El apoyo para la cesación incluye un amplio espectro de niveles de intervención, desde una intervención mínima de pocos minutos en la consulta médica hasta la intervención especializada en una unidad de tabaquismo.

- La intervención mínima consiste en generar o aumentar la motivación para la cesación y aportar al paciente algunas herramientas de manejo conductual (ver capítulo 6), realizando el seguimiento en las sucesivas consultas médicas.
- Cuando el profesional dispone de las habilidades y el tiempo necesario debe realizar una intervención más amplia o integral, que incluya el tratamiento cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico, en los pacientes que esté indicado.
- Cuando el paciente tiene severa dificultad para lograr la abstinencia o pertenece a alguno de los grupos especiales (ver capítulo 8) el médico debe derivar al paciente a la unidad especializada en tabaquismo.





**Motivación y cambio** Todos los fumadores atraviesan por diversos grados de motivación que modifican sus pensamientos y actitudes. El grado de motivación varía desde no tener ninguna intención de dejar de fumar hasta la necesaria para lograrlo.

Podemos considerar a los pacientes, según los siguientes grados de motivación:

- **NO PREPARADOS**

Pacientes que no han considerado hasta el momento el abandono del tabaquismo.

- **PREPARABLES**

Pacientes que ya están pensando en la posibilidad del abandono aunque todavía tienen una gran ambivalencia

- **PREPARADOS**

Pacientes que ya han decidido dejar de fumar.

Estos grados de motivación se correlacionan con las etapas de cambio del proceso descrito por Prochanska y Di Clemente, por las que un paciente pasa en su proceso hacia el abandono del tabaquismo, no siempre cumpliéndose en el orden mencionado. Por ejemplo, un paciente puede pasar de la precontemplación a la acción directamente, después de un evento motivador.

GRADO DE MOTIVACION	ETAPA DE CAMBIO*
No preparados	Precontemplación
Preparables	Contemplación
Preparados	Preparación
Preparados	Acción
Mantenimiento	
Recaída	

# Estrategias de intervención básica en fumadores



Grado de motivación	Intervenciones específicas
No preparados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover un cambio de actitud frente al tabaquismo</li><li>• Destacar la relación del tabaquismo con la enfermedad actual del paciente</li><li>• Ante otros factores de riesgo del paciente, enfatizar el incremento de daño que implica fumar</li><li>• Ofrecer ayuda</li><li>• Realizar seguimiento a mediano-largo plazo (30 días)</li></ul>
Preparables	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborar un plan personalizado</li><li>• Fortalecer la motivación, felicitarlo por la decisión tomada y los logros alcanzados</li><li>• Reforzar la confianza en sí mismo, transmitir que él puede lograrlo</li><li>• Resaltar la importancia de su decisión para su salud</li><li>• Alentar a disminuir la cantidad de cigarrillos fumados ofreciendo estrategias, hasta llegar a la cesación</li><li>• Informar acerca de la posible aparición de síntomas de abstinencia, ofreciendo estrategias para solucionarlos</li><li>• Negociar con el paciente el plazo para iniciar la abstinencia</li><li>• Valorar la necesidad de apoyo farmacológico según criterio médico</li><li>• Realizar un seguimiento a corto-mediano plazo (15 días)</li></ul>
Preparados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acordar una fecha para el abandono</li><li>• Informar acerca de la posible aparición de síntomas de abstinencia, ofreciendo estrategias para solucionarlos</li><li>• Ofrecer apoyo farmacológico a todo paciente que no tenga contraindicaciones</li><li>• Realizar un seguimiento a corto plazo (7 días)</li><li>• Una vez conseguida la cesación, ofrecer estrategias para la prevención de la recaída</li></ul>



Cómo hacer para...	Estrategias
<p>Lograr la disminución del número de cigarrillos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar cantidad, hora y situación en que se enciende cada cigarrillo</li> <li>• Forrar la cajilla para que quede desagradable a la vista</li> <li>• Postergar el consumo de cada cigarrillo el mayor tiempo posible, por ejemplo saliendo a caminar</li> <li>• Cambiar de marca</li> <li>• No fumar cuando se esté haciendo otra actividad. Cortar las conductas asociadas, por ejemplo: teléfono y cigarrillo, mate y cigarrillo, café y cigarrillo</li> <li>• Poner la cajilla fuera del alcance</li> <li>• No fumar antes de desayunar y después de las comidas</li> <li>• Eliminar los ceniceros</li> <li>• Beber abundante agua o jugos no azucarados</li> <li>• Sustituir cigarrillos por goma de mascar o pastillas sin azúcar</li> </ul>
<p>Atravesar el síndrome de abstinencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar actividades recreativas, caminar, realizar actividad física</li> <li>• Evitar tener fácilmente disponibles alimentos ricos en grasas y/o azúcares refinados</li> <li>• Beber abundantes líquidos no azucarados</li> <li>• Cuidar el tamaño de las porciones, incrementar la ingesta de frutas y verduras</li> <li>• Apoyo farmacológico según criterio médico</li> </ul>
<p>Prevenir la recaída</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar la motivación, valorando los beneficios alcanzados con la cesación</li> <li>• Reforzar la confianza en sí mismo, destacando los logros obtenidos</li> <li>• Anticipar situaciones de vulnerabilidad y definir cómo va a responder, por ejemplo: preguntar al paciente "¿en qué situación cree usted que no podría evitar encender un cigarrillo? y ¿cómo cree usted que podría sortear esa situación sin cigarrillo?"</li> <li>• Estimular al paciente a pedir apoyo si lo necesita</li> </ul>

*Cuando usted se despierta, ¿cuánto tiempo pasa antes de encender el primer cigarrillo?*

Si la persona fuma antes de 30 minutos después de despertarse, tiene un alto grado de dependencia a la nicotina.

Cabe diferenciar la **caída** que es el consumo puntual, ocasional y aislado de una pitada o un cigarrillo, de la **recaída** que es la vuelta al consumo diario.

Existen indicadores de riesgo de recaída:

- Alta dependencia física
- Intenso síndrome de abstinencia
- Alta dependencia psicológica
- Paciente con otras adicciones
- Comorbilidad psiquiátrica
- Antecedente de depresión
- Pacientes que no han realizado cambios en su estilo de vida
- Entorno del paciente con fumadores
- Situaciones conflictivas
- Pacientes con pérdidas vinculares recientes
- Aumento de peso
- Frecuentes episodios de craving
- Caídas (cada caída aumenta el riesgo de recaer)
- Fantasías de autocontrol

El **apoyo individual** se realiza tanto en la consulta con el médico general como en el marco de una unidad especializada<sup>2</sup>, trabajando en ambos casos con los mismos objetivos.

En el abordaje individual cobra real importancia la entrevista motivacional. Se trata de reforzar las motivaciones que trae el paciente y de resaltar la importancia de la decisión que ha tomado, minimizando las resistencias.

Se plantea como primer compromiso de cambio la cesación. El plazo para la abstinencia completa requiere de la flexibilidad y adaptación a las particularidades de cada individuo.

Tanto en el tratamiento grupal como en el individual el apoyo presencial está basado en técnicas cognitivo-conductuales, las que han demostrado alto nivel de eficacia sustentado en investigación experimental.

En todos los casos se entiende al paciente como un sujeto proactivo, cuya conducta se debe considerar en un marco de variables ambientales y de procesos culturales.

El **apoyo grupal** es una herramienta de real importancia para el tratamiento de adictos. El trabajo grupal desde su pluridimensionalidad, proporciona en las adicciones más herramientas que el trabajo en forma individual. El paciente en un proceso de identificación con los otros, logra visualizar con mayores ventajas la posibilidad de cambiar su conducta.

El abordaje grupal se puede desarrollar en forma intensiva o extensiva, dada por la frecuencia y la cantidad de los encuentros presenciales que se realicen. Se consideran necesarias un número promedio de ocho reuniones grupales.

Los grupos de intervención en esta área, no funcionan como grupos psicoterapéuticos sino como grupos de apoyo. No son grupos de autoayuda, debido a que los coordinadores en estos grupos deberán ser profesionales y no pares (ex fumadores).

Para realizar el tratamiento en forma grupal, es necesario tener algún tipo de capacitación en dinámica grupal.

El apoyo presencial en cualquiera de sus modalidades es más efectivo cuando se realiza en un horario destinado específicamente a ello y en forma remunerada.



Recomendaciones	
A	Ofrecer apoyo presencial para la cesación del tabaquismo tanto a nivel individual como en grupos. Realizar no menos de 4 sesiones, sabiendo que a mayor número de intervenciones mejor resultado.
A	Promover un cambio de actitud frente al tabaquismo. Destacar la relación del tabaquismo con la enfermedad actual del paciente. Enfatizar el incremento de daño que implica fumar cuando están presentes otros factores de riesgo.
C	Los trabajadores de la salud que brinden apoyo para la cesación deben recibir un entrenamiento adecuado.
C	Debe asignarse tiempo específico para proveer apoyo en los tratamientos de cesación.
RPG	Registrar las estrategias aportadas y los acuerdos alcanzados. Realizar seguimiento periódico.

El tratamiento farmacológico del tabaquismo es costo- efectivo, comparado con el tratamiento de otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o la dislipemia.

Está dirigido principalmente a paliar el síndrome de abstinencia nicotínico que incluye irritabilidad, depresión, ansiedad, falta de concentración, inquietud, incremento del apetito, estreñimiento y trastornos del sueño. La mayoría de los síntomas desaparece luego de 4 semanas de abstinencia.

El deseo de fumar permanece muchos meses, puede ser tan fuerte como en las primeras etapas de la cesación, pero ocurre cada vez con menos frecuencia a medida que se prolonga el período de abstinencia. La urgencia por fumar aparece típicamente relacionada con situaciones gatilladoras y pueden ser controladas con estrategias específicas (ver capítulo 9).

## Recomendaciones

**A**

Todo tratamiento farmacológico del tabaquismo debe ser indicado por médico y debe estar siempre asociado al apoyo presencial, a fin de lograr cambios conductuales fundamentales para lograr la superación de la adicción.

**A**

El tratamiento farmacológico debe ofrecerse a todos los pacientes que realizan un intento para dejar de fumar, excepto cuando presentan contraindicaciones específicas de cada medicamento (ver anexos 4 al 7) o pertenezcan a uno de los grupos en los que la evidencia de efectividad es insuficiente (pacientes que fuman menos de 10 cig/día, en consumidores de tabaco sin humo, en mujeres embarazadas o en período de lactancia y en adolescentes).

La terapia de reemplazo nicotínico (TRN) ha demostrado ser útil para ayudar a las personas a dejar de fumar. Es segura y costo efectiva.

La TRN proporciona nicotina al paciente sin el resto de sustancias que contiene el cigarrillo, que incluyen más de 200 sustancias tóxicas y 50 cancerígenas. Su principal mecanismo de acción consiste en reducir la severidad de los síntomas de abstinencia asociados al abandono del tabaquismo. Si bien la TRN no elimina completamente los síntomas de abstinencia, hace que la cesación sea más tolerable.

Existen mundialmente varias formas de presentación de TRN<sup>3</sup> que liberan nicotina a través de diferentes vías. En Uruguay contamos con parche transdérmico, goma de mascar y próximamente se comercializarán caramelos de 2 y 4 mg de nicotina (ver la forma de uso de cada presentación en Anexo 4).

Todos  
las TRN

**Contraindicaciones:**

Eventos vasculares agudos en las últimas 2 semanas: IAM, accidente cerebrovascular, arteriopatía obstructiva crónica de MMII sintomática severa.  
Hipersensibilidad a la nicotina  
Úlcera gastro - duodenal aguda  
Para goma de mascar: lesiones oro-faríngeas, artritis temporomaxilar

**Precauciones:**

Embarazo y lactancia (ver grupos especiales)  
Adolescentes (ver grupos especiales)  
Hipertensión arterial descontrolada  
Hipertiroidismo

## Evidencia

La TRN es efectiva para ayudar a dejar de fumar. Duplica la posibilidad de lograr abstinencia mantenida por 6 meses, comparada con placebo (37).

Hay evidencia que la TRN es segura cuando se prescribe para dejar de fumar, ya sea en la primera oportunidad como en nuevos intentos (37). También es segura cuando se utilizan combinaciones de distintas formas de administración (parches y goma de mascar).

No existe evidencia que demuestre que indicar determinada presentación según el tipo de fumador implique resultados diferentes. La selección del producto debe realizarse considerando las características del paciente (45).

Los parches de nicotina de mayor concentración han demostrado ser más efectivos que las preparaciones de menor concentración para personas que fuman más de 10 cigarrillos por día (46).

La TRN debe usarse durante 8 a 12 semanas luego de lograda la abstinencia, pero un pequeño número de fumadores pueden requerir un uso más prolongado. Si bien es un tratamiento seguro, en estos pacientes es imprescindible un control estrecho dado que está descrita, aunque poco frecuente, la adicción a la nicotina administrada a través de goma de mascar (47).

Existe un beneficio moderado al combinar diferentes productos de reemplazo nicotínico comparado con el uso de un solo producto (37).

Existe evidencia que la TRN es efectiva en ayudar a las personas a reducir el número.

<p>Parches transdérmicos</p>	<p><b>Parches transdérmicos Presentación en Uruguay:</b> parches de 24 hs de duración, de 3 concentraciones: 7, 14 y 21 mg. Venta con prescripción médica.</p> <p><b>Modo de uso:</b> No se debería iniciar el tratamiento con el paciente fumando. Se usa un parche por día, en zona de piel no pilosa, rotando el sito de colocación. Deben usarse al menos por 8 semanas. La dosis inicial se elige según del grado de dependencia. En pacientes que fuman más de 20 cig/día se recomienda iniciar con parches de 21 mg. durante 1 mes y utilizar las dosis progresivamente menores en los 2 meses siguientes.</p> <p><b>Ventajas:</b> fácil de usar. Mantiene un nivel constante de nicotina en sangre.</p> <p><b>Efecto secundario:</b> el más frecuente es la irritación de la piel.</p>
<p>Goma de mascar</p>	<p><b>Presentación en Uruguay:</b> goma de mascar de 2 y 4 mg. Venta libre.</p> <p><b>Modo de uso:</b> se puede iniciar con el paciente fumando en sustitución de los cigarrillos. Si fuma más de 25 cig/día se usan chicles de 4 mg, si consume menos de 25 cig/día se usan chicles de 2 mg. Con un máximo de 24 piezas por día en ambos casos. Se distribuyen regularmente durante el día y/o cuando aparece el deseo de fumar. El tratamiento debe mantenerse al menos 8 semanas.</p>
<p>Goma de mascar</p>	<p>Cada pieza debe masticarse lentamente y “estacionarse” en la mejilla en períodos regulares, durante 40 minutos. El uso incorrecto de estos productos puede causar efectos secundarios. Debe evitarse la ingesta concomitante de bebidas o alimentos.</p> <p><b>Ventajas:</b> puede usarse a demanda en los momentos de mayor necesidad.</p> <p><b>Efectos secundarios:</b> irritación orofaríngea, gástrica, náuseas, hipo.</p>

<p>Tratamiento combinado</p>	<p>La combinación de parches y goma de mascar aumenta la tasa de abstinencia en pacientes con dependencia severa. De esta forma, los usuarios reciben un suplemento de nicotina constante mediante el parche y pueden obtener un pico rápido de nicotina mediante la goma de mascar.</p>
------------------------------	--

Bupropión es un psicofármaco del grupo de los antidepresivos que duplica la posibilidad de lograr abstinencia tabáquica mantenida a largo plazo con respecto a placebo. Su mecanismo de acción es independiente de su efecto antidepresivo, ya que todos los ensayos clínicos incluyeron pacientes sin depresión. Actúa reduciendo los síntomas de abstinencia al igual que la TRN, pero tiene otros efectos que también ayudan a las personas a dejar de fumar.

Es limitada la evidencia que muestra diferencia de efectividad entre Bupropión y TRN.

Bupropión es una medicación segura, pero tiene contraindicaciones y precauciones para su uso (ver Anexo 5). Está disponible sólo bajo prescripción médica con receta de psicofármaco.

## Evidencia

Bupropión es efectivo para ayudar a dejar de fumar, duplicando la posibilidad de lograr abstinencia a largo plazo comparado con placebo (38).

Existe alguna evidencia que muestra que Bupropión sería más efectivo que TRN para dejar de fumar (13).

Existe alguna evidencia que sustenta la asociación de Bupropión con TRN en pacientes con alto grado de dependencia (13,39,49 ).

Existe evidencia que muestra que Bupropión puede usarse en personas con enfermedad cardiovascular estable y enfermedad respiratoria (11).

No hay evidencia que apoye el uso de Bupropión en mujeres embarazadas o en adolescentes.

No existe evidencia suficiente para recomendar su uso en la prevención de recaídas (36). En el tratamiento prolongado con Bupropión (1 año) se mantiene el beneficio, comparado con placebo, mientras continúa el tratamiento farmacológico (50-52).





<b>Presentación en Uruguay</b>	Bupropión HCL SR tabletas de 150 mg.
<b>Contraindiciones</b>	Epilepsia o antecedente de convulsiones de cualquier etiología. Predisposición a convulsivar: historia de TEC severo, tumor del SNC, interrupción abrupta de alcohol o benzodiazepinas. Bulimia / anorexia nerviosa (actual o previa). Trastorno bipolar Uso de IMAO dentro de los 14 días previos. Diabetes o HTA descompensada. Uso concomitante de preparados que contengan Bupropión. Embarazo y lactancia. Menores de 18 años.
<b>Precauciones</b>	Historia de enfermedad psiquiátrica Insuficiencia hepática, renal. Diabetes. Abuso de alcohol. Personas mayores (ver abajo).
<b>Interacciones farmacológicas</b>	Drogas que desciendan el umbral para convulsivar (incluyendo antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas, antihistamínicos con efecto sedante). Drogas que afectan el CYP2B6 (incluyendo orfenadrina, ciclofosfamida, isofamida, ticlopidina, clopidogrel). Sustratos de CYP2D6 (incluyendo antidepresivos, antipsicóticos, beta bloqueantes, antiarrítmicos de tipo 1C, estimulantes). Drogas anorexígenas. Citalopram. Carbamazepina. Fenobarbital. Fenitoína. Levodopa. Amantadine. Ritonavir.

<b>Modo de uso</b>	Días 1 al 5: una tableta (150 mg) por día; desde el día 6: una tableta dos veces al día, separando cada dosis al menos 8 horas. Se recomienda no ingerir en la noche porque puede dificultar el sueño. La medicación se debe comenzar 14 días antes de la fecha prevista para la cesación. Se recomienda continuar el tratamiento durante 2-3 meses. Personas mayores: se recomienda una dosis de 150 mg una vez al día. Insuficiencia renal/hepática: se recomienda 150 mg una vez al día. Diabetes: si usa insulina o hipoglucemiantes orales se requiere estrecho control de glicemia por riesgo convulsiones por hipoglicemia
<b>Efectos adversos</b>	Comunes (ocurren en menos de 1:100): sequedad de boca, insomnio, náuseas, cefalea. Poco frecuentes (ocurren entre 1:10000 y 1:1000): convulsiones, hipersensibilidad severa.

Nortriptilina es una medicación de segunda línea en el tratamiento del tabaquismo. Es un antidepresivo tricíclico que ha demostrado ser al menos tan efectivo como la TRN y el Bupropión en ayudar a dejar de fumar. Su mecanismo de acción es independiente de su efecto antidepresivo y es útil en personas sin historia de depresión.

No hay evidencia que apoye la asociación de Nortriptilina con cualquier otra medicación para dejar de fumar.

No hay evidencia para recomendar el uso de Nortriptilina en mujeres embarazadas o en adolescentes.

Sus principales ventajas son el bajo costo y la posibilidad de monitorizar los niveles plasmáticos terapéuticos. Su principal desventaja, es el riesgo de efectos cardiovasculares adversos. Existen contraindicaciones y precauciones para su uso (ver anexo 7).

Nortriptilina tienen potencialmente mayor incidencia de efectos secundarios que Bupropión.

Nortriptilina está disponible sólo bajo prescripción médica con receta de psicofármaco.

## Evidencia

Nortriptilina es efectivo para ayudar a dejar de fumar, duplicando la posibilidad de lograr abstinencia a largo plazo comparado con placebo (40).

No existe evidencia suficiente para recomendar la asociación de Nortriptilina con cualquier otra medicación para dejar de fumar.

No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de Nortriptilina en mujeres embarazadas o en adolescentes.

La Nortriptilina tiene potencialmente más efectos secundarios que Bupropión.

<p><b>Contradicciones</b></p>	<p>Hipersensibilidad a otros antidepresivos tricíclicos Suspensión de IMAO (dentro de los 14 días previos) Fase de recuperación de un IAM Embarazo y lactancia Niños &lt;12 años</p>
<p><b>Precauciones</b></p>	<p>ECG pre-tratamiento, monitorear PA Ideas de autoeliminación Trastorno bipolar; pacientes con agitación, hiperactivos Enfermedad cardiovascular Hipertiroidismo Glaucoma Historia de retención urinaria, Traumatismo de cráneo, convulsiones Diabetes Alcoholismo Cirugía reciente Personas aÑosas Mujer en edad genital activa Niños &lt; 18 años</p>
<p><b>Interacciones farmacológicas</b></p>	<p>Alcohol Sedantes, cimetidina, reserpina, anticolinérgicos, antihistamínicos sedantes, simpaticomiméticos, estimulantes, anorexígenos, guanetidina, substratos de CYP2D6, inhibidores, por ejemplo, otros antidepresivos, fenotiazinas, carbamazepina, antiarrítmicos tipo 1C, quinidina; drogas que desciendan el umbral para convulsivar, por ejemplo, antipsicóticos, tramadol, teofilina, esteroides, quinolonas; insulina, hipoglucemiantes orales; hormonas tiroideas.</p>
<p><b>Dosis</b></p>	<p>Adultos: iniciar con 25 mg/día, comenzar 10 a 28 días antes de la fecha de abstinencia; aumentar gradualmente a 75-100 mg/día durante 10-35 días; continuar hasta completar 12 semanas. La dosis debe descenderse paulatinamente al final del tratamiento para evitar síntomas que pueden ocurrir si se suspende abruptamente.</p>

<p><b>Ajuste de dosis</b></p>	<p>Personas aÑosas: reducir la frecuencia de las dosis.</p>
<p><b>Efectos adversos</b></p>	<p>Somnolencia, trastornos gastrointestinales, depresión medular, efectos anticolinérgicos, confusión, alucinaciones, inquietud, ansiedad, incoordinación, convulsiones, síntomas extrapiramidales, reacciones alérgicas, cambios en la glucemia, hipo/hipertensión; IAM; arritmias; accidente cerebrovascular; hepatitis; síndrome serotoninérgico</p>

Varenicline es un agonista parcial de los receptores de nicotina de los centros cerebrales vinculados a los circuitos de recompensa. Este mecanismo de acción puede explicar la reducción de la severidad de los síntomas de abstinencia y simultáneamente la reducción de la sensación de recompensa vinculada a la nicotina.

No hay evidencia que apoye el uso de Varenicline en mujeres embarazadas o en adolescentes.

Se requiere mayor evidencia sobre su perfil de seguridad en grandes poblaciones y en grupos especiales.

No se conocen interacciones farmacológicas clínicamente significativas (ver Anexo 6).

## Evidencia

Varenicline es efectivo en ayudar a dejar de fumar (39, 53)

No existe evidencia suficiente para recomendar la asociación de Varenicline con cualquier otra medicación para dejar de fumar.

No hay evidencia que apoye el uso de Varenicline en mujeres embarazadas o en adolescentes. Se requiere mayor evidencia sobre el perfil de seguridad en grandes poblaciones y en grupos específicos (39, 53).

Hay cierta evidencia que sugiere que Varenicline es algo más efectivo que Bupropión (39) y hay escasa evidencia que sugiere mayor efectividad comparada con TRN (39).

<b>Presentación en Uruguay</b>	Comprimidos de 0.5 y 1 mg. Set de inicio y de mantenimiento.
<b>Contraindicaciones</b>	Menores de 18 años. Embarazo y lactancia.
<b>Precauciones</b>	Insuficiencia renal, requiere ajuste de dosis. Pacientes con historia de enfermedades psiquiátricas, particularmente depresión. No existe experiencia con el uso de Varenicline en pacientes epilépticos. Existe una advertencia de la FDA para su uso.
<b>Interacciones farmacológicas</b>	No hay estudios suficientes al momento de publicación de esta guía. Se espera la publicación de evidencia al respecto.
<b>Modo de uso</b>	Se debe comenzar con Varenicline por lo menos una semana antes de la fecha de cesación. Días 1-3: 0.5mg una vez al día; días 4-7: 0.5 mg dos veces al día; día 8 hasta el final del tratamiento (12 semanas): 1 mg dos veces al día.
<b>Ajuste de dosis</b>	Las personas que no toleran los efectos adversos, pueden descenderse la dosis temporalmente o en forma permanente a 0.5 mg dos veces al día. No es necesario ajustar la dosis en personas con insuficiencia renal leve (clearance de creatinina estimado $> 50\text{ml/min}$ y $\leq 80\text{ml/min}$ ) a moderada (clearance de creatinina estimado $\geq 30\text{ml/min}$ y $\leq 50\text{ml/min}$ ) En pacientes con insuficiencia renal severa (clearance de creatinina estimado $< 30\text{ml/min}$ ) la dosis recomendada es 1mg una vez al día. No se recomienda el uso de Varenicline en pacientes con enfermedad renal terminal.
<b>Efectos adversos</b>	El efecto adverso más frecuente son las náuseas (experimentada por el 30% de los pacientes).

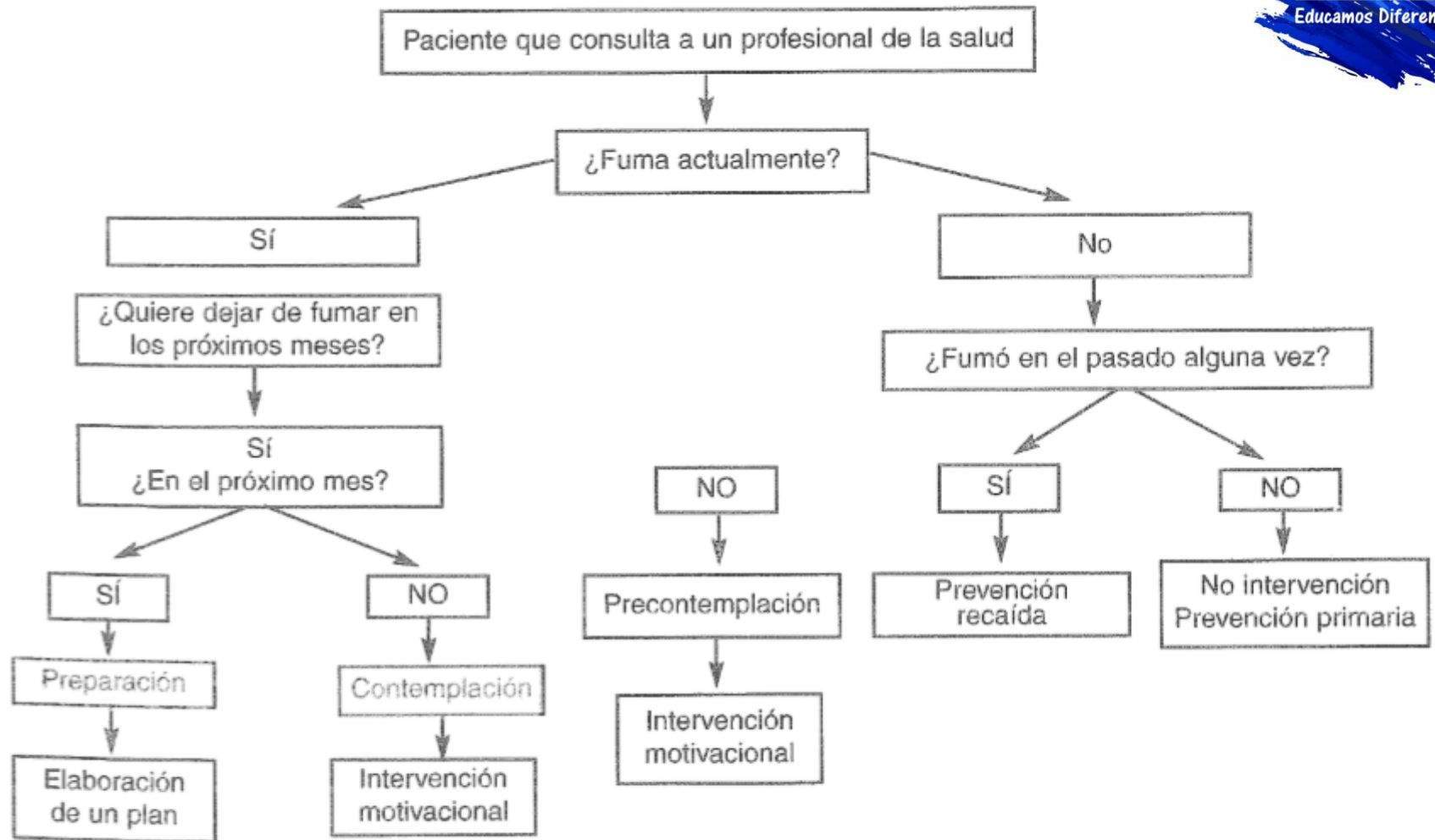


Fig. 46-3. Sistemática para categorizar en qué fase de adicción del tabaco se encuentra el paciente.

# EPOC – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:

- *La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable, que se caracteriza por unos síntomas respiratorios y una limitación del flujo aéreo persistentes, que se deben a anomalías de las vías respiratorias o alveolares causadas generalmente por una exposición importante a partículas o gases nocivos.*
- *Los síntomas respiratorios más frecuentes son la disnea, la tos y/o la producción de esputo. Puede haber una infranotificación de estos síntomas por parte de los pacientes.*
- *El principal factor de riesgo para la EPOC es el tabaquismo, pero hay otras exposiciones ambientales, como la exposición a combustibles de biomasa y la contaminación atmosférica que pueden desempeñar también un papel. Además de las exposiciones, hay factores del huésped que predisponen a los individuos a desarrollar una EPOC. Entre ellos se encuentran las anomalías genéticas, el desarrollo pulmonar anormal y el envejecimiento acelerado.*
- *La EPOC puede cursar con periodos puntuales de empeoramiento agudo de los síntomas respiratorios, denominados exacerbaciones.*
- *En la mayor parte de los pacientes, la EPOC se asocia a enfermedades crónicas concomitantes importantes, que aumentan su morbilidad y mortalidad.*



Debe contemplarse la posibilidad de una EPOC en todo paciente que presente disnea, tos crónica o producción de esputo y/o antecedentes de exposición a factores de riesgo de la enfermedad. Es esencial una anamnesis detallada de todo nuevo paciente en el que se conozca o se sospeche la presencia de una EPOC. Es necesaria una espirometría para establecer el diagnóstico en este contexto clínico;<sup>12</sup> la presencia de un valor de  $FEV_1/FVC$  posbroncodilatador  $< 0,70$  confirma la presencia de una limitación persistente del flujo aéreo y, por tanto de la EPOC en los pacientes con los síntomas apropiados y exposiciones relevantes a los estímulos nocivos. La espirometría es la medición más reproducible y objetiva de la limitación del flujo aéreo. Es una prueba no invasiva y ampliamente accesible. A pesar de su buena sensibilidad, la medición del flujo espiratorio máximo no puede usarse por sí sola de manera fiable como única prueba diagnóstica, debido a su débil especificidad.<sup>13</sup>

### Tabla 2.4. Clasificación de la gravedad de la limitación del flujo aéreo en la EPOC (basada en el $FEV_1$ posbroncodilatador)

En pacientes con un valor de  $FEV_1/FVC < 0,70$ :

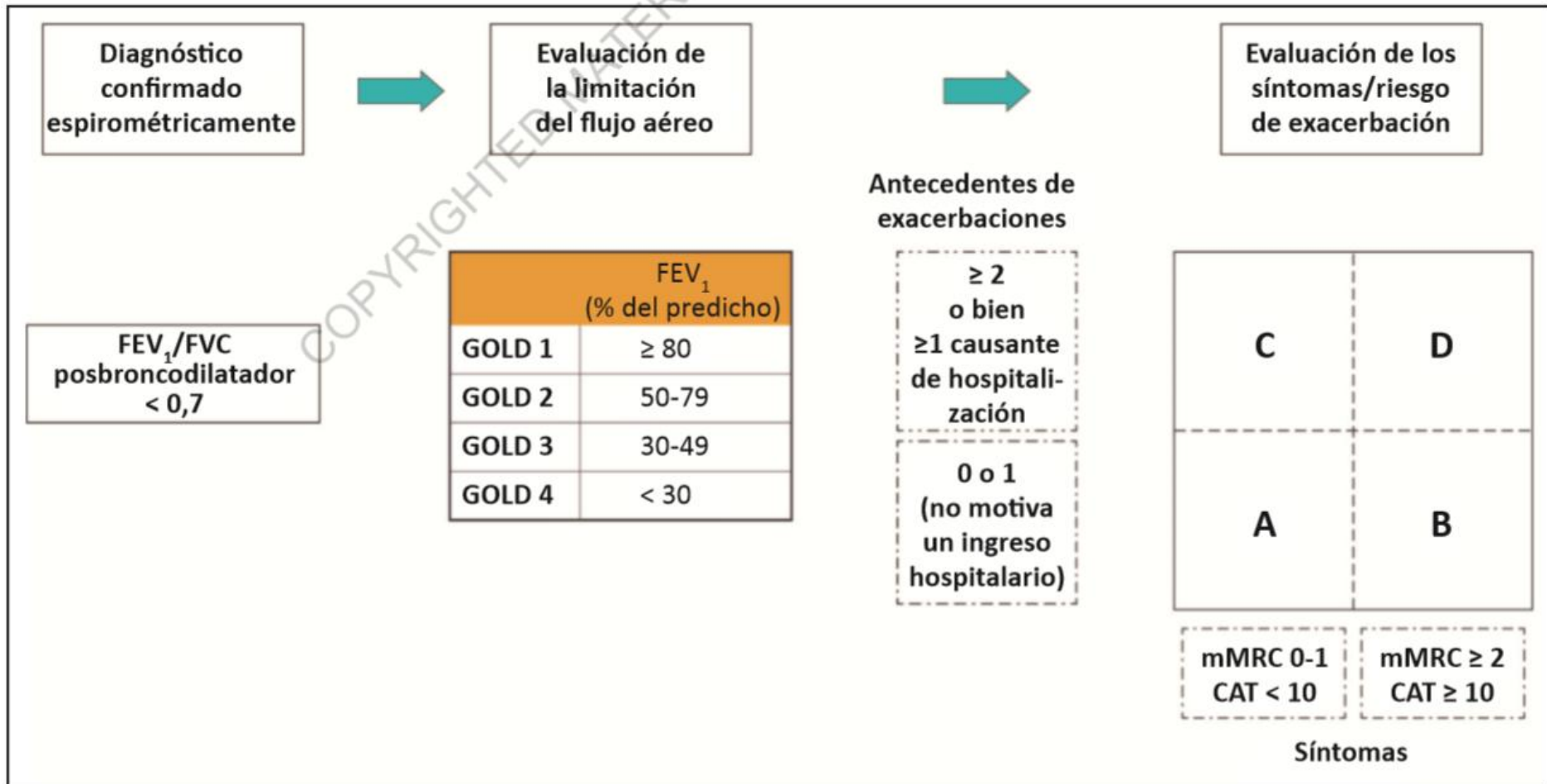
<b>GOLD 1:</b>	Leve	$FEV_1 \geq 80\%$ del valor predicho
<b>GOLD 2:</b>	Moderada	$50\% \leq FEV_1 < 80\%$ del valor predicho
<b>GOLD 3:</b>	Grave	$30\% \leq FEV_1 < 50\%$ del valor predicho
<b>GOLD 4:</b>	Muy grave	$FEV_1 < 30\%$ del valor predicho



# ABCD del EPOC:



Clasificación en función de síntomas, exacerbaciones (hospitalizaciones) y GOLD (FEV1).



## ▶ INITIAL PHARMACOLOGICAL TREATMENT

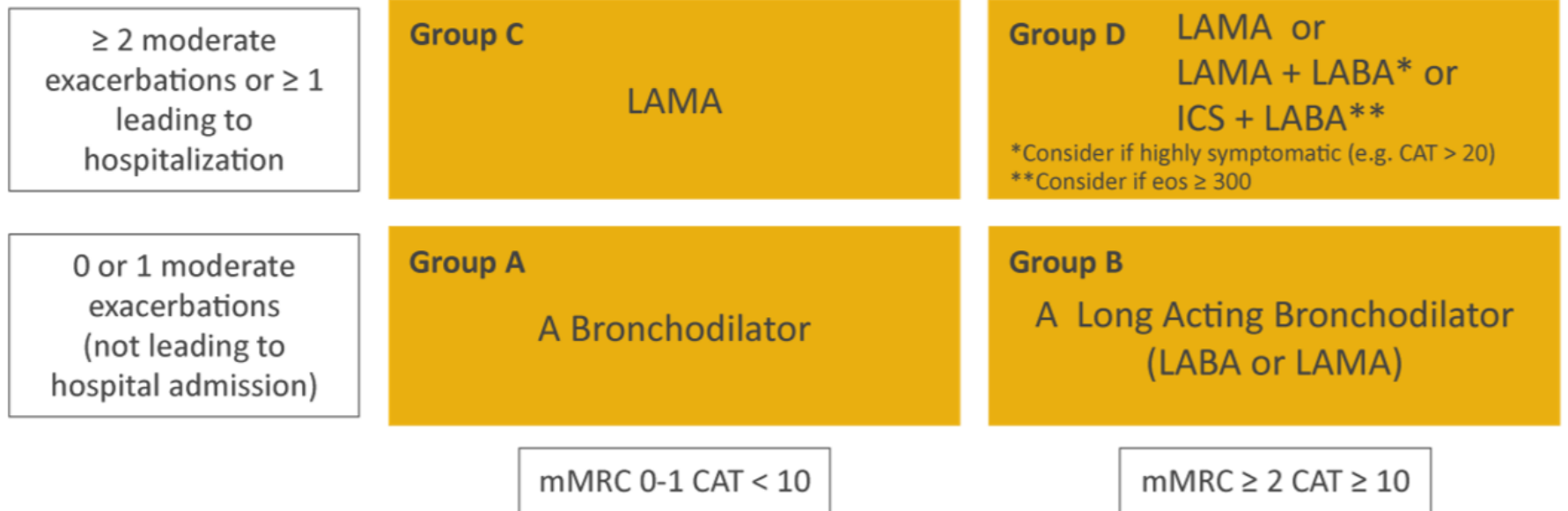


FIGURE 4.1