

ENFERMEDADES PULMONARES Y CESACIÓN TABAQUICA

La cesación tabáquica es una de las medidas que han demostrado disminuir la morbimortalidad y la velocidad del deterioro a la función pulmonar. Diversas enfermedades pulmonares están asociadas con el tabaquismo por lo cual es importante su tratamiento para prevenir la aparición de las mismas.

Así tenemos la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) que alrededor del 80-90% de los casos es debida al consumo de tabaco y solo un 15-20% de los fumadores pueden desarrollar dicha enfermedad a lo largo de toda la vida ⁽¹⁾. Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) asociadas al tabaco son: la Bronquiolitis respiratoria asociada a EPD (BR-EPD), la Neumonía Intersticial Descamativa (NID), la Histiocitosis de Células de Langerhans y la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI). En ellas la evolución y tratamiento está basado fundamentalmente en el cese del tabaquismo⁽²⁾.

El tabaquismo activo y la exposición a humo de tabaco (fumador pasivo) aumentan significativamente el riesgo de infecciones respiratorias. La exposición prolongada a humo de tabaco afecta la incidencia, gravedad y evolución de múltiples afecciones respiratorias, como resfrió común, influenza, neumonías, tuberculosis, neumotórax y hemorragia pulmonar⁽³⁾. El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para tener cáncer de pulmón. De cada 10 personas con cáncer de pulmón, 9 eran fumadoras, además es la principal causa de cáncer de pulmón⁽⁴⁾. El 80% de las muertes de cáncer de pulmón son causadas por el tabaquismo y el resto son causadas por la exposición pasiva al humo de tabaco, la exposición al radón y el asbesto⁽⁵⁾. Teniendo en cuenta que la EPOC es una de las principales enfermedades pulmonares relacionadas con el tabaquismo, la Guía

Nacional de Tratamiento de la Adicción de Tabaco sintetizó la evidencia a favor del tratamiento de fumadores con EPOC⁽⁶⁾. La combinación de tratamiento de modificación del comportamiento y TRN avalan en forma marcada la posibilidad de cesación al igual que la combinación de bupropión y tratamiento comportamental. En cambio el tratamiento de modificación comportamental aisladamente no demostró efectividad.

En base a esta guía nacional mencionada y a otras recomendaciones los pacientes con EPOC que estén motivados para dejar de fumar si fuman más de 10 cig/día se proponen⁽⁷⁾:

- Parches de nicotina (14 a 21 mg/24 hs) desde el Día D: 1 por día por 8 semanas.
- Chicles de nicotina (2 mg) desde el Día D: 1 chicle cada 1 o 2 hs. (máx. 24 chicles/día) por 6 semanas.
- Pastillas de nicotina (1 mg) desde el Día D: 2 comp cada 1 o 2 hs. (máx 30 comp de 1 mg/día)
- Bupropión (150 a 300 mg/día) comenzar 7 a 14 días antes del Día D con 1 comp/día de 150 mg/día por la mañana durante 8 semanas y en caso de 300 mg/día, la 2° dosis con 8 hs de diferencia con la primera dosis.

En pacientes con EPOC con alta dependencia (Si fuma más de 20 cig7día o pasa menos de 30 minutos entre que se levanta y prende su 1° cigarrillo)

- Parches de 21 mg/día o combinar más de un parche; spray nasal; chicles y pastillas de 2 mg; o bien asociar bupropión con parches o parches con chicles.

Si el paciente continúa fumando:

- Reforzar estrategias conductuales.
- Eventualmente: Parches de nicotina de 7 o 14 mg/día, chicles o pastillas de nicotina de 1 mg o Bupropión o Vareniclina.

Realizar un seguimiento de 4 a 8 consultas en 3 a 6 meses. Identificar situaciones de riesgo para evitar las recaídas en el mantenimiento y si continúa fumando dar consejos breves informando sobre el riesgo del tabaco y los beneficios de dejar de fumar, interviniendo con un estilo motivacional. Por lo tanto la TRN en todas sus formas y en combinación muestra vasta evidencia de costo efectividad en el tratamiento de estos pacientes.

Dr. Ruben Giosso.

Médico Neumólogo.

Hospital de Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo,
Vicente López, Buenos Aires, Argentina.

Miembro de la Comisión Directiva de la AsAT.

Bibliografía:

- 1-C.A. Jiménez-Ruiz y colab., Tratamiento del Tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Normativa SEPAR, Archivos de Bronconeumología, 2013; 49(8): 354-363.
- 2-Guía sobre el Abordaje Inicial del Paciente con Enfermedad Difusa del Parénquima Pulmonar, Sección Patología Difusa y/o Intersticial, Asociación Argentina de Medicina Respiratoria.
- 3-F. Saldías P. y Colab., El riesgo de infecciones respiratorias en el fumador activo y pasivo, Rev. Chil.Enf. Respir. , 2007; 23:179-187.
- 4-Programa Nacional de Control del Tabaco, Ministerio de Salud de la Nación, 2017.
- 5-American Cancer Society, 2017.
- 6-Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, Ministerio de Salud de la Nación, 2011.
- 7-Guía de Práctica Clínica Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Ministerio de Salud de la Nación, 2011.