

## Abordaje del tabaquismo después de un infarto

Regina Dalmau González-Gallarza

*Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Hospital de Cantoblanco-La Paz, Madrid.*

*Secretaria de la Junta Directiva del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo*

### INTRODUCCIÓN

---

Existe amplia evidencia sobre el impacto del tabaquismo como factor de riesgo de infarto; la incidencia de infarto es tres veces mayor en varones y seis veces mayor en mujeres que fuman al menos 20 cigarrillos al día<sup>1</sup>. A pesar de tener una menor prevalencia de tabaquismo, la mujer es, por tanto, más sensible al daño cardiovascular por tabaco.

El impacto del tabaquismo es especialmente relevante en la enfermedad coronaria prematura, siendo el factor de riesgo más común en esta población; en las series publicadas, del 65 al 92 % de los pacientes menores de 45 años con infarto son fumadores, en comparación con una prevalencia del 24 al 56 % en infartados de más de 45 años<sup>2</sup>. Después de un infarto, el cese tabáquico es la medida que tiene mayor impacto sobre la morbimortalidad cardiovascular, y la reducción de riesgo es rápida y mantenida. Una revisión sistemática estimó una reducción de la mortalidad de cualquier causa del 36 % en los que abandonaban el hábito respecto a los que lo mantenían después de un infarto<sup>3</sup>.

Dentro de las intervenciones preventivas, el abordaje del tabaquismo tendría un impacto mayor que otras intervenciones que también acumulan sobrada evidencia y que en la práctica asistencial son menos cuestionadas, como el tratamiento con estatinas o el uso de betabloqueantes. Paradójicamente, el tabaquismo es un factor de riesgo especialmente desatendido, que despierta escaso interés entre los cardiólogos y otros especialistas. Según se refleja en el registro Euroaspire III<sup>4</sup>, aunque el 91 % de los pacientes fumadores con infarto reciente recibieron el consejo de dejar de fumar, solo el 14 % recibieron ayuda especializada y el 20 % la recomendación sobre el uso de sustitutos de nicotina. Como resultado de esta escasa intervención, y dada la gran capacidad adictiva de la nicotina, el 51,9 % de los fumadores con infarto reciente persistían en el hábito. Esta cifra es alarmante teniendo en cuenta que el haber tenido un infarto es uno de los acontecimientos vitales que mayor impacto tiene en la voluntad de dejar de fumar. No obstante,

dejarlo es una tarea difícil sobre todo para los que han mantenido un hábito arraigado a lo largo del tiempo, y recaer es muy fácil teniendo en cuenta los importantes efectos psicoactivos de la nicotina, que generan mecanismos de dependencia y adicción.

### EL TABAQUISMO COMO TRASTORNO ADICTIVO CRÓNICO

---

La nicotina es una potente sustancia psicoactiva que en apenas 10 segundos tras ser inhalada llega al cerebro, donde se une a los receptores colinérgicos nicotínicos, produciendo liberación de neurotransmisores, fundamentalmente dopamina. La gran capacidad adictiva de la nicotina condiciona que la interrupción de su consumo genere una serie de síntomas desagradables que constituyen el síndrome de abstinencia a la nicotina (ansiedad, disminución de la capacidad de concentración, nerviosismo, insomnio, cambios de humor, hambre y deseo imperioso de fumar). Evitar estos síntomas pasa por el consumo repetido de la sustancia, generando una clara dependencia física. Por otro lado, con el consumo repetido se producen fenómenos de tolerancia por un aumento de receptores nicotínicos, que condicionan una tendencia al aumento del consumo de la sustancia. Los circuitos de recompensa se encargan de convertir el consumo de tabaco en una conducta placentera reforzada, que se asocia a distintas situaciones (después de comer, con el café, con una copa, al hablar por teléfono, etc.) que, a su vez, se convierten en detonantes del consumo. Los fumadores que desarrollan una patología cardiovascular tienen con frecuencia un patrón de consumo consolidado en el tiempo y un alto grado de dependencia y adicción, lo que puede suponer una barrera al cese.

### BENEFICIOS DEL CESE TABÁQUICO EN CARDIÓPATAS

---

Los beneficios de dejar de fumar después de un infarto son consistentes y rápidos. El tabaquismo con-

diciona un perfil de riesgo desfavorable por distintos mecanismos:

- Promueve un perfil lipídico más desfavorable con colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad bajo, triglicéridos elevados y una mayor proporción de partículas de lipoproteínas de baja densidad (LDL) densas y pequeñas, más aterogénicas.
- Produce activación simpática y vasoconstricción coronaria.
- Produce disfunción endotelial y reduce la reserva coronaria.
- Favorece la activación de factores tromboticos y la agregabilidad plaquetaria.
- Activa los factores de inflamación que subyacen a la aterosclerosis.
- Aumenta la resistencia a la insulina.
- El monóxido de carbono produce hiperviscosidad, isquemia y arritmias.

Gran parte de estos efectos nocivos son rápidamente reversibles al dejar de fumar, y se traducen en una reducción de la mortalidad del 36 %, incluida la muerte súbita<sup>3</sup>, y una reducción del riesgo de nuevos eventos isquémicos. Los pacientes que permanecen abstinentes tras un síndrome coronario agudo ven reducido el riesgo de reinfarcto en los 5 meses siguientes en un 43 %<sup>5</sup>.

### **ABORDAJE PRÁCTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES CON INFARTO RECIENTE**

#### **Momento óptimo para abordar el tabaquismo después de un infarto**

La motivación para dejar de fumar es el paso previo ineludible para cualquier intento de cese. Un ingreso reciente por infarto es una de las situaciones que más propicia la voluntad de dejar de fumar. El haber estado ingresado en una unidad coronaria, haber sido sometido a un cateterismo o las propias molestias del infarto originan una serie de temores en el paciente que le hacen más receptivo a modificar los hábitos que han podido contribuir a desencadenar el cuadro. Un intento de abandono del tabaco en esta situación tiene muchas más probabilidades de éxito que en cualquier otra. Por ello, los profesionales sanitarios no deben desaprovechar esa ocasión de oro para abordar el cese tabáquico y deben aportar la información necesaria al paciente para que entienda la especial relevancia que tiene dejar de fumar en la mejoría de su pronóstico.

La intervención debería iniciarse durante el propio ingreso, con un consejo firme de abandonar el hábito, que

debe reflejarse en el informe de alta. Las intervenciones sobre tabaquismo en pacientes hospitalizados han demostrado ser eficaces cuando se apoyan en alguna forma de seguimiento. Un estudio demostró la eficacia de un protocolo de deshabituación intensivo con terapia cognitivo-conductual y uso individualizado de sustitutos de nicotina durante 12 semanas, frente al consejo habitual en pacientes ingresados por infarto. A los 24 meses, la tasa de abstinencia tabáquica continua fue del 33 % en el grupo de tratamiento intensivo, y del 9 % en el grupo de consejo habitual ( $p < 0,0001$ )<sup>6</sup>.

Existe menor evidencia que apoye el uso de vareniclina o bupropión en pacientes hospitalizados por infarto. En cualquier caso, en el contexto del paciente agudo, cualquier intervención para abordar el tabaquismo puede ser más efectiva que la que se demora meses respecto al evento agudo.

Independientemente de las probabilidades de éxito, cualquier contacto sanitario con el paciente después del alta debería ser motivo de una nueva intervención sobre tabaquismo, bien sea para reforzar la abstinencia, como para promover un intento de cese en los que no lo han conseguido o han recaído. Un aspecto claramente mejorable a nivel asistencial es asegurar la continuidad entre una intervención que debería iniciarse en cualquier paciente fumador hospitalizado y la que se debe realizar en consultas ambulatorias de Atención Primaria o Especializada.

### **Herramientas para abordar el tabaquismo en cardiopatas**

#### **Las reglas básicas**

Las guías de prevención cardiovascular recomiendan la regla de las 5 A como estrategia para abordar el tabaquismo (tabla 1).

La regla de oro en el abordaje del tabaquismo es que existe un efecto dosis-respuesta entre la intensidad de la intervención y la tasa de abstinencia. Esto supone también el principal escollo, dado que la escasez de tiempo es un problema real de muchos facultativos. No obstante, cualquier profesional sanitario debería ser capaz de dar al menos un consejo breve, que bien estructurado tiene un impacto sobre la abstinencia y sobre el pronóstico.

#### **Estimación de la motivación**

Ya se ha resaltado que la motivación es el paso previo esencial para abordar el cese tabáquico. Aunque la mayoría de los

**Tabla 1.** Reglas básicas para abordar el tabaquismo

<i>Ask</i>	Preguntar y reportar el estatus de fumador en cada visita
<i>Advice</i>	Aconsejar el cese a todos los fumadores
<i>Assess</i>	Estimar el grado de adicción del paciente y su voluntad de cese
<i>Assist</i>	Elaborar un plan de cese y ofrecer consejo y fármacos
<i>Arrange</i>	Organizar un seguimiento del cese

pacientes con un infarto reciente presentan un grado alto de motivación, podemos encontrarnos con pacientes escasamente motivados, bien porque no han recibido la información adecuada o porque, aun conociendo los riesgos, han decidido voluntariamente seguir fumando. La entrevista motivacional es un tipo de intervención centrada en el paciente, que en este caso pretende empujar al fumador recalcitrante a realizar un intento de cese, tratando de motivar el cambio del estilo de vida, ayudándole a explorar y resolver sus ambivalencias respecto a la conducta y a desarrollar sus propias habilidades.

Un metaanálisis de 14 ensayos clínicos aleatorizados ha mostrado que, comparado con el consejo breve o el cuidado habitual, la entrevista motivacional incrementa las tasas de abandono del tabaco a los seis meses en un 30 %<sup>7</sup>. Los principios de la entrevista motivacional son: expresar empatía, crear discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia.

### Estimación del grado de adicción

La estimación del grado de adicción debe hacerse en el marco de la anamnesis del paciente, dado que nos va a permitir determinar qué pacientes van a tener presumiblemente más dificultades a la hora de afrontar el cese o los que con mayor probabilidad van a necesitar apoyarse en el uso de fármacos. Pacientes con un hábito más arraigado en el tiempo y que consumen mayor número de cigarrillos son los que suelen tener un grado de adicción mayor y mayores síntomas de abstinencia. Desde un punto de vista práctico, las dos primeras preguntas del test de Fagerström pueden ser suficientes para estimar el grado de adicción:

- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que se enciende el primer cigarrillo?

Los fumadores que fuman pocos minutos después de levantarse son los que tienen mayor grado de adicción fi-

sica. Otra herramienta que puede resultar útil para estimar la adicción de los fumadores activos es la determinación de CO en aire espirado (cooximetría). Cifras de CO > 20 ppm suelen corresponder con un hábito importante y un alto grado de adicción.

### Abordaje no farmacológico

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar supone, por lo tanto, superar la adicción a la nicotina (mediante soporte psicológico y fármacos cuando no estén contraindicados), desaprender una conducta (mediante estrategias conductuales) y modificar la influencia del entorno. A la hora de abordar el tabaquismo en el paciente que quiere dejar de fumar, la evidencia apoya tanto el asesoramiento o apoyo motivacional como la terapia farmacológica, siendo la combinación de ambos lo más efectivo.

### Abordaje farmacológico

El principal objetivo del tratamiento farmacológico del tabaquismo es paliar los síntomas de abstinencia, que son el principal motivo de recaída tras interrumpir el consumo. Las principales guías clínicas de abordaje del tabaquismo recomiendan ofrecer el uso de fármacos, salvo contraindicación, a todo paciente que quiera realizar un intento de cese<sup>7</sup>. No obstante, en muchas ocasiones, y sobre todo en el contexto de un infarto reciente, muchos pacientes prefieren hacer al menos un intento de cese sin ayuda farmacológica. Siete fármacos han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para su uso en la deshabituación tabáquica: parches de nicotina, chicles, inhalador de nicotina, spray nasal, bupropión y vareniclina. La mayoría de estos fármacos duplican aproximadamente la abstinencia a los seis meses (14 % con placebo frente a 19–26 % con estas terapias). Vareniclina y la combinación de sustitutos de nicotina obtienen una tasa de abstinencia algo más alta (33 % y 37 %, respectivamente)<sup>7</sup>.

### Terapia con sustitutos de nicotina

El objetivo de la terapia con sustitutos de la nicotina (TSN) es el de suministrar nicotina en dosis decrecientes y en una forma de administración distinta al tabaco, para paliar los síntomas de abstinencia mientras el fumador afronta el cese del consumo de tabaco. La TSN está exenta del monóxido de carbono y otras sustancias tóxicas, responsables en gran parte del daño cardiovascular del tabaco, así como de carcinógenos. En nuestro medio están comercializados los parches, los chicles y los comprimidos de nicotina. Los

parches proporcionan una liberación lenta y sostenida de nicotina, mientras los chicles y los comprimidos producen picos más recortados, rápidos e intensos de nicotina en sangre, similares a los que produce el cigarrillo. Lo más efectivo es combinar ambas formas con el fin de mantener un nivel de nicotemia suficiente para evitar los síntomas de abstinencia con el parche, permitiendo al paciente autosuministrarse una dosis adicional de nicotina en momentos puntuales de necesidad imperiosa de fumar (*craving*) en forma de chicles o comprimidos de nicotina.

La dosificación dependerá del número de cigarrillos fumados y del grado de adicción, siendo importante pautar una dosis adecuada, especialmente al inicio de la terapia, para calmar los síntomas de abstinencia. Debe programarse una reducción progresiva de la dosis hasta completar de dos a tres meses de tratamiento, aunque también han demostrado ser eficaces y seguras en pautas más largas. En casos aislados puede producirse cierta dependencia a la TSN (generalmente a productos de liberación rápida), que en cualquier caso siempre es menos nociva que el tabaco.

La TSN es generalmente bien tolerada; los efectos adversos más frecuentes son las náuseas, el insomnio o las pesadillas, reacciones cutáneas locales con los parches, ardor, pirosis, dolor abdominal, hipo y dolor de mandíbula con las formas orales (sobre todo si no se utiliza una correcta técnica de mascado del chicle). Aunque la nicotina tiene conocidos efectos cardiovasculares (puede aumentar la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, y puede producir vasoconstricción y disfunción endotelial), existe amplia evidencia sobre la seguridad de la TSN en pacientes con cardiopatía estable<sup>8</sup>.

Parece lógico que tratar con nicotina a dosis menores que las habituales en el fumador, y sin otras sustancias potencialmente tóxicas a nivel cardiovascular como el monóxido de carbono o los radicales libres de oxígeno, sea una herramienta adecuada en aumentar la probabilidad de abstinencia tras un infarto reciente.

### Bupropión

El bupropión es un antidepresivo que actúa a nivel del sistema nervioso central inhibiendo la recaptación de catecolaminas (noradrenalina y dopamina). Aunque el mecanismo por el que favorece la abstinencia tabáquica no queda del todo claro, el bupropión prácticamente duplica la tasa de abstinencia frente a placebo. Ha demostrado ser eficaz, seguro y bien tolerado en pacientes con cardiopatía estable (abstinencia continua al año de seguimiento del 22 % con bupropión frente al 9 % con placebo,  $p < 0,001$ )<sup>9</sup>. No obstante, en un estudio reciente aleatorizado frente a placebo

en pacientes hospitalizados por infarto, el bupropión no demostró aumentar significativamente la abstinencia al año de seguimiento (37,2 % con bupropión frente a 32,0 % con placebo,  $p = 0,33$ )<sup>10</sup>.

El bupropión debe iniciarse una semana antes de la fecha prevista de cese con una dosis de 150 mg/d los tres primeros días, y continuar con dos dosis de 150 mg, separadas por un período de al menos 8 h. Puede ser necesario distanciar la segunda dosis de la hora de ir a acostarse para evitar así el insomnio, que es el efecto secundario más común del bupropión. La duración de tratamiento recomendada es de 7 a 12 semanas, pudiendo optarse por tratamientos más largos en determinados casos. También ha demostrado ser eficaz la pauta de 150 mg/d, que además reduce la posibilidad de efectos secundarios. Además del insomnio, el bupropión puede producir sequedad de boca, irritabilidad y cefalea. Otro efecto raro pero potencialmente grave son las convulsiones (0,1 %), por lo que el bupropión está contraindicado en pacientes con antecedentes de epilepsia o patologías que puedan condicionar una disminución del umbral convulsivógeno.

En 2008, basándose en estudios de fármaco-vigilancia *posmarketing*, la FDA añadió una advertencia de seguridad por la notificación de algunos casos de síntomas neuropsiquiátricos graves, como hostilidad, agitación, depresión, ideación suicida o suicidio, en pacientes bajo tratamiento con bupropión o vareniclina, incluso en ausencia de patología psiquiátrica previa. Aun tratándose de casos aislados, se recomienda realizar seguimiento para detectar la aparición de estos síntomas en pacientes tratados con vareniclina o bupropión, y ponderar el riesgo-beneficio de su uso en pacientes con patología psiquiátrica previa, aunque cada vez hay mayor evidencia sobre su seguridad neuropsiquiátrica.

### Vareniclina

La vareniclina es un agonista parcial del receptor  $\alpha 4\beta 2$  nicotínico, implicado en los procesos de adicción y dependencia a la nicotina. Por su efecto agonista, mantiene unos niveles suficientes de dopamina como para evitar los síntomas de abstinencia, y por su efecto antagonista evita la sensación de recompensa que produce fumar. En una revisión sistemática reciente de 10 ensayos clínicos<sup>11</sup>, la vareniclina a dosis de 1 mg dos veces al día aumentó la tasa de abstinencia a los seis meses frente a placebo (OR 2,3, IC 95 % 2,01-2,66). A dosis de 1 mg vareniclina también fue eficaz (OR 2,09, IC 95 % 1,56-2,78).

Si se compara con el bupropión, la abstinencia al año fue superior con vareniclina (OR 1,52, IC 95 % 1,22-1,88).

Frente a TSN, la tendencia fue obtener una mayor tasa de abstinencia con vareniclina, aunque sin alcanzar la significación (OR 1,13, IC 95 % 0,94-1,35).

Su efecto secundario más frecuente son las náuseas, sobre todo al inicio del tratamiento. La pauta de incremento progresivo de la dosis (desde 0,5 mg/24 h los primeros días hasta 1 mg/12 h a partir de la segunda semana) facilita la tolerancia a vareniclina. En ese sentido, es importante evitar tomar el fármaco con el estómago vacío y, si a pesar de todo las náuseas son importantes, puede optarse por reducir la dosis a 1 mg/24 h o utilizar fármacos protectores o antieméticos. La vareniclina debe iniciarse una semana antes de la fecha prevista de cese, y la duración de tratamiento recomendada es de tres meses, aunque hay estudios de hasta seis meses y un año de tratamiento. También se puede iniciar para consolidar el cese en un paciente que ha dejado de fumar pero refiere importantes síntomas de abstinencia, como ocurre ocasionalmente con los pacientes que han sido dados de alta recientemente tras un infarto.

Aunque se han descrito casos aislados de depresión, agitación, ideación suicida, suicidio y alteraciones del comportamiento con vareniclina, los análisis secundarios de los ensayos clínicos y los estudios de farmacovigilancia no han demostrado una asociación sólida entre el uso de vareniclina y estos efectos. Dado que algunos de estos efectos pueden presentarse en el contexto del síndrome de abstinencia a la nicotina, existe una dificultad añadida a la hora de establecer su posible relación con el uso de vareniclina.

Como ya se ha comentado con el bupropión, en 2008, la FDA solicitó a los fabricantes incluir una advertencia de seguridad en la ficha técnica, instando al facultativo a informar al paciente y a sus familiares sobre la importancia de suspender el tratamiento en caso de observarse alteraciones del comportamiento, y a monitorizar la evolución de dichas alteraciones si se dieran.

Otro aspecto que ha ensombrecido el uso de vareniclina es el relativo a su seguridad cardiovascular. La polémica se avivó a raíz de la publicación de un controvertido metaanálisis por parte de un grupo canadiense, de metodología muy discutida, que concluía que el uso de vareniclina aumentaba un 72 % el riesgo relativo de eventos cardiovasculares graves<sup>12</sup>. Analizado en términos absolutos (forma más correcta tratándose de eventos raros), la diferencia de riesgo era del 0,24 % entre vareniclina y placebo. A raíz de esta controversia, la FDA solicitó al fabricante de vareniclina la realización de un metaanálisis para determinar su seguridad cardiovascular. Se analizaron 15 ensayos alea-

torizados de vareniclina frente a placebo (7.002 pacientes). Los eventos fueron adjudicados de forma ciega por un comité independiente, y se consideraron aquellos que aparecieron desde el inicio del tratamiento hasta 30 días después de su suspensión. En este metaanálisis se detectó mayor incidencia del objetivo combinado de muerte cardiovascular, infarto no fatal e ictus no fatal en el grupo tratado con vareniclina. No obstante, la incidencia de dichos eventos fue escasa en ambos grupos (0,31 % en el grupo de vareniclina frente a 0,21 % en el grupo placebo), y las diferencias no fueron significativas (*hazard ratio* 1,95, IC 95 % 0,70-4,82). Cabe reseñar que la mortalidad cardiovascular fue menor en el grupo tratado con vareniclina (0,14 % frente a 0,25 %), y también fue menor la mortalidad de cualquier causa (0,14 % frente a 0,25 %), aunque esta diferencia tampoco alcanzó la significación estadística<sup>13</sup>.

Estos hallazgos están en consonancia con el estudio de N. Rigotti, único ensayo de vareniclina frente a placebo en pacientes con enfermedad cardiovascular estable, en el que la vareniclina fue eficaz triplicando la tasa de abstinencia frente a placebo a los 12 meses, y en el que, a pesar de reportarse escasos eventos cardiovasculares, estos fueron más frecuentes en el grupo tratado con vareniclina sin diferencias significativas (7,1 % frente a 5,7 %; diferencia 1,4 %; IC 95 % -2,3-5,0). No obstante, la mortalidad cardiovascular y la mortalidad total fueron inferiores en el grupo de vareniclina, aunque sin alcanzar tampoco la significación estadística<sup>14</sup>.

A raíz de esta información, el 12/12/2012 la FDA emitió un comunicado actualizando la advertencia previamente existente sobre la seguridad cardiovascular de la vareniclina en el que insta a los profesionales a ponderar el pequeño aumento de riesgo cardiovascular asociado al uso de vareniclina, frente a la evidencia de los beneficios del cese tabáquico tanto a corto como a largo plazo. La Agencia Española del Medicamento y la Agencia Europea también se han pronunciado en la misma línea.

### Elección del fármaco

Aunque las guías no recomiendan unos fármacos sobre otros, son varios los factores que deben tenerse en cuenta: las preferencias del paciente, su experiencia previa si ha realizado otros intentos de cese o su perfil de comorbilidades. Es importante recalcar la importancia del seguimiento a la hora de monitorizar la tolerancia y la adherencia al tratamiento, así como el beneficio añadido de la combinación del tratamiento farmacológico con el apoyo motivacional y psicosocial, siendo sin duda la intervención que combina ambas herramientas la más eficiente.

## Dificultades para el cese tabáquico

### Dificultades por parte del paciente

Las principales dificultades para el paciente son:

- Síndrome de abstinencia a la nicotina: es el principal factor de recaída, sobre todo en las primeras semanas tras el cese. Los pacientes que refieren importantes síntomas de abstinencia se benefician especialmente del tratamiento farmacológico.
- Ganancia ponderal: después de dejar de fumar lo habitual es engordar una media de 5 kg. Los motivos son varios, la nicotina tiene un efecto anorexígeno, los fumadores tienen un metabolismo basal más elevado y dejar de fumar conlleva muchas veces la compulsión de sustituir el tabaco por alimentos ricos en calorías. Esta ganancia ponderal desalienta la voluntad de cese en muchos fumadores. Es importante explicar a los pacientes, y especialmente a los cardiopatas, que es mucho más perjudicial para su salud seguir fumando que ganar unos kilos que progresivamente podrán perder con una dieta apropiada y la práctica de ejercicio. El consejo higiénico-dietético puede modular o contener en parte la ganancia ponderal, y debería darse a todos los pacientes.
- Bajo estado de ánimo: las alteraciones del estado de ánimo son un componente habitual del síndrome de abstinencia a la nicotina. Por otro lado, los trastornos depresivos son frecuentes en pacientes con infarto reciente, tienen implicaciones sobre el pronóstico cardiovascular y pueden ser el detonante de la recaída. Es importante una adecuada detección y manejo de estos trastornos.
- Reticencia a tomar fármacos para dejar de fumar en pacientes que de por sí tienen que empezar a tomar una batería de fármacos nuevos como consecuencia de su infarto reciente.
- Baja adherencia a la medicación: con mucha frecuencia los pacientes abandonan anticipadamente los fármacos para dejar de fumar, bien porque sobrestiman su capacidad de mantenerse abstinentes, bien por la aparición de efectos secundarios. Dado que los fármacos para dejar de fumar no están financiados en nuestro entorno asistencial (salvo escasas excepciones), otro factor importante que perjudica la adherencia es el coste del mismo, aunque seguir fumando resulte más caro a medio plazo. La polémica suscitada con la seguridad de algunos fármacos ha alimentado falsas creencias en algunos fumadores, que pueden llegar a considerar más pe-

ligroso tomar fármacos para dejar de fumar que seguir fumando...

- Presencia de otras adicciones: puede dificultar el cese el hecho de que coexistan otras adicciones. Se trata de pacientes complejos que pueden requerir de unidades especializadas o interdisciplinarias.

### Barreras de los profesionales sanitarios

A pesar de la indiscutible evidencia sobre la morbimortalidad asociada al tabaquismo, se trata de un factor de riesgo sorprendentemente desatendido. La implicación de los cardiólogos, así como la de otros especialistas, dista mucho de ser óptima. Los principales motivos son:

- Falta de familiarización con las terapias farmacológicas para dejar de fumar o dudas sobre su seguridad.
- Escasa presencia del tabaquismo en los programas formativos.
- Falta de tiempo: puede ser una dificultad real en muchos entornos asistenciales.
- Bajas expectativas de éxito: considerar que el tabaco es una elección puede hacer que el profesional sanitario sea reacio a abordarlo. Deberíamos tener en cuenta que el porcentaje de pacientes en los que alcanzamos otros objetivos de prevención también puede ser subóptimo, como mantener el colesterol asociado a LDL por debajo de 70 mg/dl, las cifras de tensión arterial en rango óptimo o la hemoglobina glicada en torno al 7 %, y no por ello los desatendemos.
- Falta de interés: a día de hoy hay que reconocer que los cardiólogos se sienten más atraídos por las técnicas y por los dispositivos que por la modificación del estilo de vida.

### Seguimiento del cese tabáquico y prevención de recaídas

Como ya se ha resaltado, el seguimiento es un factor clave a la hora de consolidar con éxito el abandono del tabaco. Los programas de rehabilitación cardíaca tienen un papel importante en pacientes con infarto reciente, por la oportunidad que ofrecen de abordar el cambio de estilo de vida en su conjunto, en un momento en el que el paciente está especialmente receptivo y motivado. Estos programas, por su duración, pueden garantizar la posibilidad de reforzar la estrategia cognitivo-conductual, asegurar el seguimiento y la monitorización de la tolerancia a los fármacos para dejar de fumar, así como detectar y tratar precozmente las recaídas. Desgraciadamente, la implementación de estos

programas dista mucho de ser óptima en España, a pesar de la evidencia sobre sus beneficios en morbimortalidad. Aunque la tasa de abstinencia continua en pacientes con antecedentes de infarto es superior a la de otras poblaciones de fumadores, diferentes estudios estiman que en torno al 50 % de los cardiopatas fumadores recaen, lo que resulta alarmante habida cuenta de las implicaciones pronósticas de mantener el hábito en este contexto. Un estudio observacional determinó que los pacientes que eran remitidos tras el infarto a programas de rehabilitación cardíaca o unidades de tabaquismo tenían una tasa de abstinencia significativamente más alta<sup>15</sup>.

### Tratamiento de la recaída

---

La recaída es un eslabón más dentro del proceso de dejar de fumar, y no debe ser un motivo de culpabilizar al fumador, sino más bien una ocasión para reiniciar el proceso. La gran capacidad adictiva y los mecanismos biológicos de la dependencia al tabaco condicionan que dejar de fumar sea difícil y recaer muy fácil. Aunque la mayoría de las recaídas en cardiopatas se acompañan de una reducción del consumo, es muy importante recalcar a los pacientes que reducir el consumo no reduce significativamente el riesgo cardiovascular. En pacientes con cardiopatía, una estrategia de reducción del consumo solo debería plantearse como un paso previo hacia el cese total.

El tratamiento farmacológico puede tener un papel importante en aquellos pacientes que tengan voluntad de hacer un nuevo intento, y cabe reseñar que un fármaco que ayudó a mantener la abstinencia en intentos previos puede volver a ser eficaz. Existe evidencia de que intentos repetidos de cese aumentan la probabilidad de abstinencia a largo plazo.

### BIBLIOGRAFÍA

---

1. Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *BMJ* 1998;316(7137): 1043-7.
2. Cole JH, Miller JI 3rd, Sperling LS, Weintraub WS. Long-term follow-up of coronary artery disease presenting in young adults. *J Am Coll Cardiol* 2003;41(4):521-8.
3. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* 2003;290(1):86-97.

### Tabaquismo pasivo

---

Teniendo en cuenta la evidencia acumulada sobre el aumento de riesgo de infarto asociado a la exposición a humo ambiental<sup>16</sup>, es de sentido común aconsejar a los pacientes que han tenido un infarto reciente, al margen de su estatus de fumador, evitar exponerse a ambientes cargados de humo. Esta advertencia, que debería reflejarse en los informes de alta, es una forma de concienciar también al entorno personal y familiar del paciente, lo que facilita, sin duda, que se mantenga abstinentes.

### CONCLUSIONES

---

Dejar de fumar es seguramente la medida de mayor impacto en el pronóstico de un paciente que sufre un infarto, por lo que el cese tabáquico debe ser una prioridad en cualquier programa de prevención cardiovascular. Un ingreso reciente de causa cardiovascular supone una ocasión de oro para abordar el tabaquismo, dada la alta motivación del paciente. No obstante, los ingresos cada vez más cortos y la escasa implicación de los profesionales sanitarios contribuyen a que esa intervención sea a menudo insuficiente para evitar la recaída en pacientes que generalmente tienen una alta dependencia.

Los fármacos son una herramienta útil para facilitar la deshabituación tabáquica y deben ofrecerse a los pacientes fumadores que manifiesten su voluntad de cese. Es necesario enfatizar la importancia del seguimiento y la monitorización de la tolerancia a los fármacos como aspectos clave a la hora de mejorar la adherencia a la medicación y de aumentar la probabilidad de abstinencia a largo plazo.

Dejar de fumar es una carrera de fondo en la que el protagonista es el fumador, al que deben apoyar todos los profesionales sanitarios.

4. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009;373:929-40.
5. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation* 2010;121(6): 750-8.

6. Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA, Hilleman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest* 2007;131:446-52.
7. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public health Service Report. *Am J Prev Med* 2008;35(2):158-76.
8. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, Prochazka AV, Westman EC, Steele BG, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335(24):1792.
9. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicenter randomized study. *Eur Heart J* 2003;24(10):946.
10. Eisenberg MJ, Grandi SM, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, et al.; ZESCA Investigators. Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with acute myocardial infarction: a randomized, placebo-controlled trial. *J Am Coll Cardiol* 2013;61:524-32.
11. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub5.
12. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2011. DOI:10.1503/cmaj.110218.
13. Ware JH, Vetrovec GW, Miller AB, Van Tosh A, Gaffney M, Yunis C, et al. Cardiovascular safety of varenicline: patient-level meta-analysis of randomized, blinded, placebo-controlled trials. *Am J Ther* 2013;20(3):235-46.
14. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Artega C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation* 2010;121:221-9.
15. Dawood N, Vaccarino V, Reid KJ, Spertus JA, Hamid N, Parashar S; PREMIER Registry Investigators. Predictors of smoking cessation after a myocardial infarction: the role of institutional smoking cessation programs in improving success. *Arch Intern Med* 2008;168(18):1961-7.
16. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340(12):920-6.