

## Tabaquismo → Adicción a la nicotina → Enfermedad → Muerte Cómo alterar esta cadena de eventos?

Alvaro Morales, M.D. FCCP\*

El tabaquismo es la causa prevenible de muerte más importante en Estados Unidos, es responsable de 400.000 muertes anualmente, lo cual es equivalente a una de cada cinco muertes; la mitad de los fumadores crónicos morirá prematuramente debido a una enfermedad relacionada con el cigarrillo. Los beneficios de abandonar el cigarrillo son múltiples y ya están bien establecidos inclusive si la persona es mayor de 65 años (1).

### BENEFICIOS DE SUSPENDER EL TABAQUISMO(1)

-Se reduce la incidencia de enfermedades relacionadas con el consumo de cigarrillo.

-Las enfermedades ya presentes relacionadas con el tabaquismo progresarán más lentamente y algunas se controlarán completamente.

-Aumenta la expectativa de vida.

Un alto porcentaje de los fumadores visita a algún médico durante cada año presentándose una importante oportunidad para influir aconsejar y tratar de reducir o suspender el hábito de fumar; muchos adictos a la nicotina conocen muy bien las graves consecuencias que el tabaquismo tiene en su salud pero continúan fumando, un alto porcentaje intentan abandonar el tabaco repetidamente pero no lo logran, muchos creen que todo depende únicamente de la fuerza de voluntad y desconocen que existen métodos científicos que se ha comprobado incrementan el éxito en la cesación del consumo y los médicos no siempre reconocen la importancia de conocer y practicar las diferentes estrategias para reducir o abandonar el

cigarrillo (1). Solamente un 10% de los fumadores logra abandonar el cigarrillo por sí mismos y está perfectamente comprobado que este porcentaje es mayor cuando se solicita ayuda y una persona con adecuado conocimiento y entrenamiento la provee, a pesar de ello generalmente se requieren múltiples intentos para lograrlo.

La principal razón para no poder abandonar el tabaco es la adicción a la nicotina, sustancia contenida en el cigarrillo y causante de tolerancia y dependencia física. Cuando el tabaco se suspende se presentan síntomas y signos característicos que conforman el síndrome denominado de abstinencia, que se caracteriza por la presencia de irritabilidad, falta de concentración, ansiedad, insomnio, depresión, aumento del apetito, improductividad en el trabajo y en el estudio, se encuentra taquicardia, sudoración, alteración en el hábito intestinal, sensación de decaimiento y cansancio. El síndrome se presenta desde el segundo día de haber abandonado el hábito y puede prolongarse durante semanas o meses. Factores psicológicos son también responsables de la dificultad para abandonar el cigarrillo ya que fumar se ha convertido en parte rutinaria de las actividades de las personas y su consumo está relacionado con múltiples acciones rutinarias como son: la ingesta de comidas, el alcohol, el trabajo, el descanso, el sueño, el sexo, el ejercicio, la capacidad para interactuar con otras personas, etc. Fumar es utilizado para manejar situaciones de depresión, de nerviosismo, de ansiedad y por ello es muy fácil recaer en pocos días o semanas después de la cesación. Todo programa deberá siempre estar acompañado de aprendizaje e instrucción para manejar estas circunstancias ya que si el fumador no está preparado para afrontar el síndrome de abstinencia, fácilmente recaerá en el hábito de fumar (1).

\* Internista Neumólogo, Fundación Santa Fe de Bogotá.

**POR QUÉ COMBATIR EL TABAQUISMO (2)**

La tendencia actual del tabaquismo en el mundo, causará 450 millones de muertes durante los próximos 50 años (2).

Reducir la intensidad actual del tabaquismo en un 50% evitaría la muerte prematura de 20-30 millones de personas en los próximos 25 años y de 150 millones más en los siguientes 25 años (2).

Prevenir el inicio del tabaco en los jóvenes reducirá las muertes relacionadas con tabaquismo solamente hasta dentro de 50 años (2).

Suspender y reducir el tabaquismo por los actuales fumadores es la única estrategia que lograría reducir en un término próximo la morbilidad y mortalidad secundarias al consumo de cigarrillo (2).

Las enfermedades pulmonares, cardíacas y vasculares **no son secundarias al efecto de la Nicotina** sino a miles de sustancias químicas presentes en el humo del cigarrillo, la nicotina es la responsable de la adicción del individuo al cigarrillo (3).

Actualmente tenemos mejores conocimientos sobre la psicofarmacología de la nicotina, pocos segundos después de la inhalación del humo de cigarrillo un gran bolo de nicotina pasa por las arterias carótidas dirigiéndose hacia el cerebro, donde ocuparán los receptores nicotínicos. Esta ocupación activará inmediatamente la liberación de dopamina lo cual ocasiona sensaciones placenteras al individuo fumador, se inicia un estado de reactivación, sensación de bienestar e inmediatamente cesan las molestias ocasionadas por la privación de la nicotina ya descritas anteriormente (síndrome de abstinencia). También la nicotina aumenta la liberación de otras sustancias en el cerebro como la norepinefrina, beta-endorfinas, acetilcolina, serotonina, glutamatos y vasopresina. Estos mediadores rápidamente aumentan la concentración, incrementan el estado de alerta, mejoran la memoria, reducen la tensión emocional y la ansiedad y promueven la sensación de bienestar en el individuo. La nicotina del humo del cigarrillo estimula la activación de nuevos receptores en el cerebro triplicando su número, siendo esta proliferación posiblemente irreversible en los humanos. Las enfermedades pulmonares, cardíacas, y vasculares no son secundarias al efecto de la nicotina sino a miles de sustancias químicas presentes en el humo del cigarrillo, la nicotina es la responsable de la adicción del individuo al cigarrillo (3).

El impacto sobre los receptores de nicotina cerebrales depende de los picos de concentración en la sangre arterial después de la inhalación del humo del cigarrillo, patrón que no se logra imitar exactamente con el uso de productos de reemplazo de nicotina existentes hasta la fecha como son la goma de mascar, los parches de nicotina, el spray nasal y los cigarrillos sin humo (3).

La suspensión súbita del cigarrillo produce alteraciones cerebrales intensas que incluyen cambios electroencefalográficos, reducción en los niveles de dopamina, norepinefrina, resultando en alteración de las funciones cognitivas, desarrollando una variedad de alteraciones emocionales y otros signos y síntomas.

**SÍNDROME DE ABSTINENCIA A LA NICOTINA (3)**

Ansiedad	87%
Reducción en frecuencia cardíaca	80%
Irritabilidad, frustración, furia	87%
Falta de concentración	73%
Aumento de apetito y peso	73%
Inquietud	71%
Ansiedad por cigarrillos	62%
Estado depresivo	
Historia previa de depresión	75%
Sin depresión previa	31%

El grado de dependencia a la nicotina en el individuo fumador es diferente en cada persona y para su evaluación se han desarrollado dos formas diferentes, el cuestionario de Fagestrom y otros derivados del mismo o modificados y la medición de niveles de Cotinina en la sangre. La cantidad de cigarrillos fumados diariamente no necesariamente se correlaciona con el nivel de dependencia, pero determinar individualmente el grado de dependencia es indispensable en cualquier programa de cesación.

**Cuestionario de FAGESTROM: Dependencia a la NICOTINA (MÁS DE 7 PUNTOS = ALTA DEPENDENCIA)**

- Primer cigarrillo del día al despertar? En 5 min(3) 6-30 min(2) 31-60min(1) > 60min(0)
- Dificultad para estar en lugares de NO fumar? SI(1) NO(0)
- Qué cigarrillo NO podría eliminar? El primero(1) Otros(2)
- Cuántos cigarrillos al día? < 10(0) 11-20(1) 21-30(2) > 31(3)
- Fuma más en las primeras horas del día ? SI(1) NO(2)
- Fuma si está en cama enfermo? SI(1) NO(0)

Hay algunos criterios que definen la presencia de un alto nivel de dependencia a la nicotina y que identifican individuos que requieren especial atención, seguimiento individual durante más de 6-12 meses y que generalmente se van a beneficiar con fármacos y reemplazo de nicotina, necesitan programas especializados de cesación y presentarán episodios de reincidencia con mucha frecuencia.

#### ALTA DEPENDENCIA A LA NICOTINA (3)

- Más de 7 puntos en el cuestionario de dependencia (Fagerstrom).
- Niveles séricos de Cotinina > 250 mg/ml
- Primer cigarrillo de la mañana antes de 30 minutos después de despertar

Uno de los principales fines buscados por el Colegio Americano de Médicos del Tórax (American College of Chest Physicians – ACCP – que publica la revista CHEST) es la lucha contra el consumo de tabaco y son líderes en la publicación de artículos, comunicaciones y guías para la cesación en el consumo de tabaco. En la mencionada publicación (CHEST / Volumen 121 / Número 3 / Marzo 2002 pp 932-941) (4), aparece un excelente resumen del más reciente documento publicado por el Departamento de Salud de los Estados Unidos denominado *Manejo del uso y dependencia del Tabaco. Guías para la cesación del consumo de tabaco basadas en evidencias clínicas* (4) cuya primera versión en 1996 representó una revisión de más de tres mil artículos aparecidos hasta la fecha sobre el consumo de cigarrillo y el manejo de la adicción a la nicotina dirigido a médicos y personal interesado en la eficacia de los métodos existentes para la cesación del tabaquismo y su aplicación para manejo de grupos y de individuos. Esta última versión actualizada, basada en evidencia clínica fue originalmente publicada en el año 2000 y ha sido consecuencia de la revisión de más de 6000 artículos con una selección y análisis muy rigurosos además suplementada con comentarios y revisión de analistas externos. Con la aplicación de los principios definidos en este documento el médico puede, más eficientemente intervenir el consumo y dependencia al cigarrillo. Los médicos dedicados al estudio y manejo de las enfermedades torácicas están a la cabeza de todos los profesionales para poder intervenir eficientemente en el manejo del consumo de cigarrillo; frecuentemente las enfermedades que se desarrollan como consecuencia del consumo de cigarrillo: bronquitis crónica, enfisema pulmonar, enfermedad

coronaria, enfermedades vasculares, cáncer, obligan al fumador a consultarles. Cada año más del 70% de los fumadores consultan a algún médico y más de un tercio de ellos dice haber intentado abandonar el cigarrillo en el año inmediatamente anterior y más del 80% lo han intentado abandonar en el pasado, pero menos del 15% han recibido una consejería puntual sobre los métodos existentes para eficientemente intentar abandonar el cigarrillo y menos del 3% han tenido una consulta de seguimiento al respecto. El problema del tabaquismo debe ser afrontado en forma franca y abierta con el fumador, específicamente explicarle los riesgos que para su salud representa el tabaquismo, los beneficios que obtendrá al abandonar el consumo y los métodos existentes para facilitar el abandono del tabaquismo.

Dos estrategias han demostrado suficiente evidencia que son útiles en el propósito de abandonar el consumo de cigarrillo, la farmacoterapia y la consejería la cual entre más intensa sea, mejores resultados obtendrá (4).

Son ocho las recomendaciones especiales que el panel de expertos hace para todos los médicos que se interesan en el tema y que están dispuestos a tratar personas adictas al cigarrillo (4) o a iniciar manejos de grupos o establecer clínicas antitabaquismo:

1. La dependencia de tabaco es una condición crónica que requiere intervenciones repetidas, sin embargo, existen tratamientos o manejos eficaces que pueden producir cesación prolongada o inclusive definitiva.
2. Estos tratamientos eficaces deben ser ofrecidos a toda persona fumadora, aquellas personas que desean abandonar el cigarrillo deben ser instruidas en el manejo de estos eficientes tratamientos y uno de ellos debe ser recomendado, aquellas personas que no desean dejar de fumar deben recibir una corta intervención que aumente las posibilidades de aumentar su motivación.
3. Es esencial que tanto médicos como todo el personal paramédico y administrativo se comprometan en forma institucional a identificar a los fumadores, marcar sus historias clínicas y proveer tratamiento o manejo a todos los consumidores de tabaco.
4. Los tratamientos simples o cortas entrevistas son eficientes y deben ser dados a todos los consumidores de cigarrillo.

5. Hay una relación directa entre la intensidad del grado de dependencia y el tiempo dedicado por el profesional o el programa a cada uno de los fumadores. La eficacia del tratamiento aumentará entre más tiempo se dedique a la motivación de la persona.

6. Dentro de todo programa de cesación incluyendo las entrevistas cortas, el fumador debe ser instruido en cómo afrontar los problemas prácticos que se presentarán durante el proceso (ejemplo: el aumento de peso, el insomnio, la hiperactividad, la depresión; etc.) también debe poder contactar al programa o al médico cuando lo crea necesario e idealmente en su casa o lugar de trabajo alguien debe apoyarlo en su intento de abandono del cigarrillo.

7. Existen farmacoterapias eficientes para el abandono del cigarrillo, por lo cual todo individuo que se encuentre en el proceso debe conocerlas y usarlas a no ser que exista alguna contraindicación formal para su aplicación. Los medicamentos de primera línea actualmente aceptados son: Bupropion, parches transdérmicos de niconina, nicotina en goma de mascar, inhalador de nicotina, spray nasal de nicotina.

8. Los tratamientos para el manejo de la dependencia al cigarrillo son eficientes y costo efectivos por lo cual todo sistema de asistencia médica debe adoptarlos y estimular su utilización; igualmente el personal médico y paramédico que lo implementa debe recibir reconocimiento económico por la labor desarrollada.

Las intervenciones para el abandono del cigarrillo deben, por más cortas que sean, tener siempre cinco elementos esenciales ("Los cinco ases") y tales elementos deben aplicarse siempre ante una persona que quiera abandonar el cigarrillo para asegurar resultados significativos (4):

Primero: **IDENTIFIQUE** en cada visita a los fumadores y asegúrese de incluirlos en los registros o historias clínicas para asegurar seguimiento.

Segundo: **SIEMPRE RECOMIENDE** el abandono del cigarrillo a todas las personas fumadoras. Esta recomendación debe ser clara, fuerte e individual, actitud que debe ser compartida con todo el personal asistencial.

Tercero: **AFRONTAR Y MOTIVAR** la posibilidad de abandono con todo fumador.

Cuarto: **ASESORE Y EDUQUE** a quien desea abandonar el cigarrillo, indíquele estrategias, enséñele a resolver los problemas que se presentan desde el momento en que abandona el cigarrillo, enseñe la utilización y prescriba los medicamentos de primera línea disponibles.

Quinto: **SEGUIMIENTO** durante el proceso, asegure contactos futuros para evaluar la estrategia adoptada.

Cuando el consumidor de tabaco no está dispuesto a iniciar una estrategia para el abandono deberá siempre iniciarse una motivación que tiene que incluir ciertas estrategias indispensables para lograr eventualmente cambio de actitud en el fumador:

**IMPORTANCIA** de abandonar el cigarrillo desde el punto de vista personal familiar y social.

**PELIGROS** ya establecidos de fumar, potenciales hacia el futuro y relevantes para la salud específicamente de esta persona en particular.

**VENTAJAS** que se obtienen desde el mismo momento en que se abandona el cigarrillo, en la salud, en la satisfacción personal al afrontar un gran reto, en la familia demostrando su capacidad para la toma de decisiones, en el trabajo, en el ejercicio y hasta en la economía.

**IMPEDIMENTOS** que logran hacer rechazar la idea de abandono del cigarrillo, identificarlos y derrotarlos (Ejemplo: el temor al fracaso, el aumento de peso, el síndrome de abstinencia, la depresión, el gusto por el tabaco, etc.).

**RECURRENCIA** es muy frecuente y no puede ser la razón para no considerar el abandono, por el contrario las personas que logran abandonarlo lo hacen después de múltiples intentos.

## **FARMACOTERAPIA DEL ABANDONO DEL CIGARRILLO**

En la actualidad numerosas y eficientes terapias existen para ayudar al abandono del tabaquismo, si no existe contraindicación puntual estos medicamentos deben estar disponibles para su utilización en todos los fumadores que intentan dejar de fumar. El tratamiento de la adicción a la nicotina al igual que el manejo de cualquier otra enfermedad crónica requiere

diferentes modalidades. Hay algunos grupos que deben identificarse porque posiblemente pueden estar excluidos de esta forma de tratamiento, estos son: personas que fuman menos de 10 cigarrillos diarios, enfermedades coexistentes que pudiesen contraindicar estos medicamentos, embarazo, madres que están amamantando bebés y adolescentes fumadores.

Hay cinco medicamentos que se identifican como de primera línea para el tratamiento del tabaquismo: Bupropión, el parche de nicotina (sistema transdérmico), nicotina en goma de mascar, inhalador de nicotina y spray nasal de nicotina, los dos últimos no están disponibles en Colombia. Hay estudios que demuestran algún grado de mejoría con la combinación de estos medicamentos como diferentes formas de reemplazo de nicotina o la asociación de Bupropión y reemplazo de nicotina (4).

No hay suficiente literatura ni evidencia que permita seleccionar el orden de aplicación de estos medicamentos de primera línea, por tanto esto dependerá de cada caso en particular, de acuerdo a la edad del paciente, de la intensidad de consumo, de la experiencia en el manejo de estos medicamentos por parte del médico, de la aceptación por parte del paciente, de experiencias previas, etc. Cuando se están manejando personas con bajo consumo de cigarrillo las dosis iniciales pueden ser menores.

Los medicamentos de segunda línea son la Clonidina y la Nortriptilina y serán considerados en aquellas personas en quienes los medicamentos de primera línea no han sido útiles, o con contraindicaciones formales para su uso.

En aquellos pacientes en los cuales hay especial preocupación por el aumento de peso que podría presentarse al abandonar el cigarrillo hay que aclararles que tanto el Bupropión como el reemplazo de nicotina pueden retrasar este fenómeno pero no será completamente abolido.

La existencia de enfermedades cardiovasculares no contraindica la prescripción de reemplazo de la nicotina y solamente habría que tener precaución en aquellos pacientes recientemente infartados durante las dos primeras semanas, en pacientes con arritmias cardíacas severas, o ante la presencia de angina inestable.

Los medicamentos de primera y segunda línea pueden ser utilizados por períodos prolongados de más de seis meses en aquellos casos en que se requiera

ya que los estudios disponibles confirman su seguridad. Hay personas que habiendo abandonado el cigarrillo requieren usar estos medicamentos (reemplazo de nicotina) a necesidad cuando nuevamente sienten la urgencia de fumar semanas, meses o inclusive años después de haber abandonado el uso cotidiano del cigarrillo (4).

## **REEMPLAZO DE LA NICOTINA**

Esta modalidad de tratamiento ha sido la primera disponible para el manejo de la dependencia a la nicotina, la goma de mascar de 2 mg. fue aprobada en el año 1984 y la de 4 mg en 1994 por la FDA, habiéndose producido desde entonces múltiples estudios que confirman su utilidad sobre el placebo para el manejo de la dependencia al cigarrillo. Su utilidad se basa en el control eficiente de los síntomas de abstinencia durante las primeras semanas después de la suspensión del cigarrillo, permitiendo al paciente concentrarse en el manejo de la ruptura con el hábito de fumar, identificar los factores desencadenantes, afrontar algunos síntomas y eventualmente reducir gradualmente el uso de estos medicamentos, sin tener que luchar contra el síndrome de Abstinencia a la Nicotina que generalmente es la causa de la reincidencia en un alto porcentaje de personas (3).

Cuando se usa en una forma adecuada, todas las formas de reemplazo de la nicotina son seguras y son dos o tres veces más eficientes que el placebo para lograr la cesación del cigarrillo. El mayor problema con estos medicamentos es la utilización de dosis inadecuadas o tiempos de administración muy cortos, lo que representa altos índices de reincidencia. El reemplazo de la nicotina no incrementa la incidencia de infarto agudo del miocardio ni siquiera en personas que los usan concomitantemente con cigarrillo y está también demostrado que no aumentan el riesgo de cáncer, accidente cerebro-vascular o de enfermedad vascular periférica. El parche (sistema transdérmico) entrega en forma constante la nicotina, al través de la piel, a una velocidad de 0.9 mg/hora durante todo el período de aplicación, obteniéndose niveles sanguíneos más o menos constantes durante 16-24 horas, dependiendo de la forma utilizada ya que existen parches de 16 y 24 horas de duración para así adaptarse a los hábitos de cada paciente y permitir algunas horas libres del medicamento simulando el hábito de una gran cantidad de personas que no fuman durante varias horas en las noches mientras duermen. El uso inicial del parche durante 6-12 semanas ha logrado abstinencias del 30-40% durante el período inicial de uso aumentando 10-20% más al final del

primer año. Su utilidad se ha demostrado especialmente en fumadores leves y moderados. En los Estados Unidos se encuentra disponible y aprobado por la FDA desde 1991 y desde el año 1996 para venta libre. Los efectos colaterales son muy raros encontrándose especialmente signos locales de irritación que no son necesariamente verdaderos signos de alergia al medicamento los cuales raramente podrían observarse. Si se presentan alteraciones del sueño el parche puede retirarse después de la media noche. Las presentaciones comerciales están disponibles de 5 – 22 mg para 16-24 horas de duración permitiendo cierta elasticidad en la formulación de acuerdo a las necesidades de cada persona y los requerimientos de la nicotina (3).

La goma de mascar fue la primera forma de reemplazo de la nicotina disponible para el uso en la práctica clínica desde 1984 y existen dos concentraciones de 2 y 4mg siendo más eficiente la de 4mg, y a diferencia de los parches no produce niveles sanguíneos constantes sino elevaciones periódicas especialmente en sangre venosa, permitiendo vencer la sensación de urgencia por fumar durante las semanas iniciales de abstinencia. La nicotina es unida a una resina de intercambio iónico y al masticarla se libera la nicotina que se absorbe por la mucosa bucal. Estudios disponibles demuestran su eficacia como único medicamento frente al placebo y especialmente como tratamiento adyuvante a la utilización de parches y de Bupropión. No se recomienda sobrepasar la dosis de 20 pastillas (goma de mascar) de 4 mg en las 24 horas o de 30 de la presentación de 2 mg en 24 horas. Los efectos colaterales más frecuentemente reportados son irritación bucal, pirosis, hipo, dolor en la articulación mandibular, mal sabor, efectos que pueden ser corregidos al revisar la técnica de administración y generalmente son pasajeros. Aproximadamente un 2% de las personas experimentan síntomas como mareo, cefalea, irritabilidad, salivación y anorexia que afortunadamente son pasajeros y desaparecen después de algunos días o semanas de utilización. Aproximadamente 10-25% de las personas continúan usando esta modalidad de tratamiento por más de un año después de su inicio, sin observarse mayores efectos colaterales y al compararlo con el cigarrillo definitivamente su utilidad no se encuentra contraindicada por largos períodos (3).

### **BUPROPIÓN**

Este medicamento antidepresivo controla y suprime los síntomas de abstinencia a la nicotina probablemente por un mecanismo de competencia a la recaptación de Dopamina por el sistema nervioso, comprobándose su eficiencia para el abandono del cigarrillo

en pacientes que no necesariamente presentan estados de depresión y puede ser usado como monoterapia o asociado a reemplazo de la nicotina, logrando hasta un 44% de eficacia, a una dosis recomendada de 150 mg dos veces al día, iniciándose 150 mg diarios por los primeros tres días de tratamiento para evaluación de su tolerancia. Se recomienda fijar una fecha de suspensión del cigarrillo aproximadamente 7-14 días después de su inicio. Agregar un parche de nicotina de 21mg aumenta la eficiencia del medicamento. El uso de Bupropión está contraindicado en personas con historia de convulsiones cerebrales, cirugía cerebral, historia de anorexia o de bulimia, y alcoholismo. Los efectos colaterales más frecuentemente reportados son despertares en las noches (30%), cefalea (30%), xerostomía (15%). Su utilización retrasa pero no necesariamente previene el aumento de peso asociado a la suspensión del cigarrillo.

### **CLONIDINA**

Es un agente L. adrenérgico de acción central que se ha utilizado para el control de la hipertensión arterial, reduce la acción simpática del sistema nervioso y está disponible en tabletas y en sistemas transdérmicos. Su utilización para el control del tabaquismo aún no ha sido aprobada por la FDA.

Estudios clínicos han demostrado su eficiencia frente al placebo (OR= 2.3). La dosis administrada ha variado entre 0.1 -0.75 mg/diarios y aparentemente es más útil en mujeres con intensa adicción a la nicotina. Su utilidad se ha identificado en la reducción de la intensidad de los síntomas de abstinencia a la nicotina. Los efectos colaterales más frecuentemente reportados son resequeidad en la boca, fatiga y mareo. Al momento de suspender la medicación hay que hacerlo en forma gradual para prevenir un fenómeno de hipertensión "de rebote" reportado en pacientes que usan este medicamento para el manejo de hipertensión arterial (5).

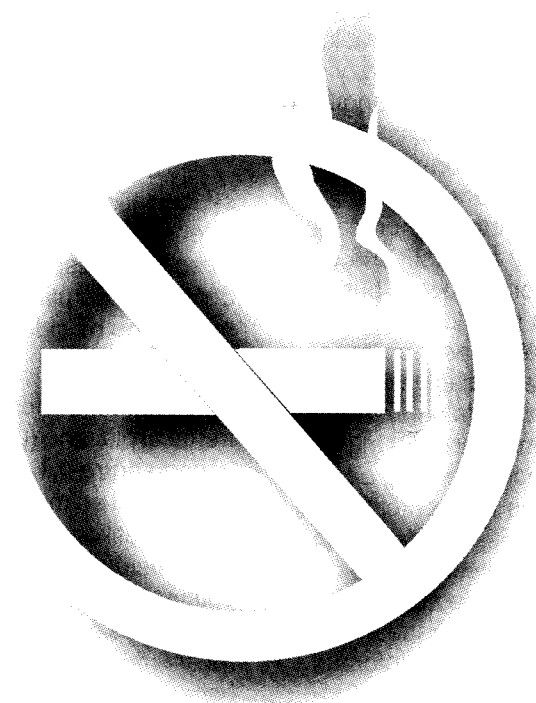
### **NORTRIPTILINA**

Se trata de un antidepresivo tricíclico que bloquea la retoma de Norepinefrina y Dopamina por el sistema nervioso central, ya existen estudios clínicos que demuestran su eficacia frente al placebo para el abandono de cigarrillo en un 14-30% no siendo el control de los síntomas de abstinencia su principal acción. Los medicamentos antidepresivos tricíclicos producen conocidos efectos colaterales que incluyen sedación y efectos anticolinérgicos. Los observados en estudios de cesación de tabaquismo han sido sequedad

en la boca (64-74%), mareo (49%), temblor de manos (23%) y visión borrosa (16%) (5).

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rigoti NA. Treatment of tobacco use and dependence. The New England Journal of Medicine. 2002; 346:7.
2. Lancaster T, Silagy C. Effectiveness of interventions to help people stop smoking. *BMJ* 2000;321:355-358.
3. Lillington G, Leonard C, Sachs D, Smoking Cessation. Techniques and Benefits. *Clinics in Chest Medicine*. 2000;21:1.
4. Treating Tobacco Use and Dependence. An evidence-based Clinical Practice Guideline for tobacco cessation. *CHEST* 2002; 11(3): 932 - 942.
5. **"Treating Tobacco use and dependence"** Chapter 4. Management of Nicotine Addiction [www.surgeongeneral.gov/tobacco](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco). Dpt. of Health and Human Services. Public Health Services 2000.



**¡Se puede lograr!**