

DEJAR DE FUMAR PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH: REVISIÓN DE LAS INTERVENCIONES DISPONIBLES.

El tabaquismo es una amenaza para la salud de todo el mundo, pero es especialmente para las personas que tienen el VIH. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) ha estimado que la prevalencia de fumar cigarrillos en los Estados Unidos es del 21%. En personas que viven con el VIH la prevalencia de fumar cigarrillos es 2 a 3 veces mayor que la población no infectada. Esto estaría asociado a la concurrencia de varios factores como menor nivel socioeconómico, previo o concurrente uso ilícito de drogas y alcohol, edad, nivel educativo y síntomas depresivos concurrentes.¹

Fumar cigarrillos en esta población se ha asociado con un mayor riesgo de candidiasis orales, leucoplasia vellosa oral, neumonía bacteriana, cáncer de cuello uterino, cáncer anal, cáncer de pulmón y otros complicaciones cardio-pulmonares. También se sospecha que podría afectar el sistema inmunitario y disminuir la respuesta a las terapias antirretrovirales.²

El Ministerio de Salud de la Nación publicó estimaciones similares y atribuyó al VIH una tasa de mortalidad de 36 por cada 100 mil personas. Argentina presenta una epidemia concentrada; la prevalencia de VIH en la población general es menor al 1%, y existen algunos grupos en los que esta prevalencia es igual o mayor al 5%.³

MODELO DE COMPORTAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR

El modelo transteórico (MTT) es uno de los modelos más comúnmente utilizados para describir la mentalidad psicológica de los fumadores y los médicos deben estar familiarizados para comprender a los fumadores y para apuntar intervenciones apropiadas a las etapas de cambio de los pacientes.⁴

La participación del médico tratante, que en Argentina suele ser el médico infectólogo, es indispensable para identificar a los pacientes VIH positivos que fuman y considerarlos como una población prioritaria para recibir ayuda intensiva y

especialmente diseñada para cesación de tabaco.⁵ Es necesaria la capacitación en cesación de tabaco y la adopción de estrategias útiles pero que no demanden mucho tiempo para que pueda ser el infectólogo quien dirija el proceso de abandono del cigarrillo. Un ejemplo de este tipo de estrategias puede ser el consejo breve basado en el "Modelo ABC" de las New Zeland Smoking Cessation Guidelines, destinadas a los profesionales de la salud. Consta de tres etapas resumidas en el acrónimo ABC: A (Ask) preguntar, B (Brief advice to stop smoking) consejo breve sobre cesación y C (Cessation support) proveer ayuda en la cesación. La evidencia ha demostrado un impacto positivo en el cese del tabaquismo con tan solo 3 minutos de evaluación clínica por un médico.⁶

INTERVENCIONES DE ASESORAMIENTO

Las intervenciones de incluyen en asesoramiento individual, grupal o telefónico. Las tasas de éxito difieren significativamente dependiendo de la longitud de la intervención. Intervenciones breves de 3 minutos o menos resultaron en tasas de abstinencia del 13% en comparación con intervenciones más largas de 10 minutos o más, que resultaron en una tasa de abstinencia del 22%. La evidencia ha sugerido que usar múltiples proveedores en un enfoque de equipo (como un médico y una enfermera) puede mejorar las tasas de abandono. De acuerdo con la guía de "EE. UU. líneas", las técnicas de asesoramiento eficaces implican incorporación de resolución de problemas y capacitación en habilidades.⁷

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Se presentan como fármacos de primera línea a la Terapia de reemplazo de nicotina (TRN), Bupropión y Vareniclina. Se recomienda el uso de TRN en cualquiera de sus formas de presentación, ya que todas aumentan significativamente las tasas de abstinencia. Comprende medicación de venta libre:

parches, chicles, comprimidos dispersables y bajo receta su forma de spray nasal. El tratamiento debe durar al menos 6 semanas. El Bupropion, que es un antidepresivo aprobado para dejar de fumar, bloquea los efectos gratificantes de la nicotina y revierte los síntomas somáticos de abstinencia. La tasa estimada de abandono de 6 meses fue 24.2 (IC 95%: 22.2 a 26.4) en monoterapia y 28.9 (IC 95%: 23.5 a 35.1) en combinación con la TRN (parche). La vareniclina es un agonista parcial altamente selectivo de receptores de acetilcolina nicotínicos. Se ha demostrado que es más eficaz que el placebo, con una tasa de abstinencia estimada de 33.2 (IC 95%: 28.9 a 37.8) a los 6 meses. El período de tratamiento habitual es de 12 semanas pero puede extenderse hasta 6 meses. La combinación de parches con chicles o con spray nasal de Nicotina; y la asociación de parches de Nicotina con Bupropión o vareniclines son más efectivas que cada uno por separado. Se recomienda reservar las combinaciones para personas con alta dependencia, o antecedentes de fracaso de intentos previos con monoterapia.

CONSIDERACIONES PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON INFECCIÓN DE VIH.

Bernard y col. (2007) realizó una sección transversal estudio de 509 fumadores infectados por el VIH en Francia. El objetivo de los investigadores era evaluar la prevalencia general de fumar, determinar varios factores asociados con el tabaquismo e identificar intervenciones apropiadas para esta población. Sus resultados sugirieron que depresión y dependencia a otras sustancias como el alcohol y las drogas ilícitas deben abordarse como parte de un programa para dejar de fumar para PLVH. En pacientes infectados por el VIH que toman efavirenz, existe la posibilidad de aumento de las alteraciones del sueño y síntomas neuropsiquiátricos si toman bupropion o vareniclina. El uso de parches de nicotina solos parecería ser el tratamiento más seguro y eficaz en este grupo de pacientes.⁹

Dra. Adriana Ángel

Jefa del Servicio de Cardiología H. Gral. 601- Hospital Militar Central "Cir. My. Dr. Cosme Argerich" Buenos Aires
Miembro de la Comisión Directiva de AsAT