

Eficacia de la vareniclina y el bupropión a los 3, 6 y 9 meses para el tratamiento de la cesación de tabaco en Atención a Pacientes del IAFA en el año 2020

Efficacy of Varenicline and Bupropion at 3, 6, and 9 months for the treatment of tobacco cessation in Patient Care at the IAFA in 2020

Luis Sandí¹, Gabriela Rojas Calderón², Hazel Alvarado González³.

1 Médico Psiquiatra, Atención de pacientes, Instituto Nacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, San José, Costa Rica.

2 y 3 Médico general. Atención a Pacientes del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, San José, Costa Rica.

✉ Contacto de correspondencia: Luis Sandí lsandi@iafa.go.cr

RESUMEN

El consumo de tabaco representa uno de los problemas de salud pública más significativos y prevenibles en la actualidad. El tratamiento para la cesación del tabaco es una de las principales estrategias para enfrentar esta epidemia. La psicofarmacología asociada a terapia de apoyo es lo que mejores resultados ha dado. Entre los fármacos de primera línea están el bupropión y la vareniclina. Desde hace treinta años, el IAFA (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia) ha utilizado el bupropión, que, por su efecto dopaminérgico específico, al simular la acción de la nicotina, disminuye los síntomas supresivos y produce inapetencia para el cigarrillo; sin embargo, como no está comercializado específicamente para cesación ha habido resistencia para su uso en cesación de tabaco. La vareniclina, de reconocida eficacia, se utiliza en todo el sistema de salud. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia en estos medicamentos, a los 3, 6 y 9 meses, en 47 pacientes que recibieron bupropión y 43, vareniclina, en un programa integral para cesación de fumado que incluía, además, apoyo terapéutico intenso. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los logros de abstinencia, en los periodos indicados, entre un medicamento y otro. Tal como ha sido la experiencia previa en la institución, ambos medicamentos presentaron muy pocos efectos adversos, y el bupropión mostró ser muy útil para aliviar los síntomas supresivos, producir inapetencia al cigarro, tratar los trastornos depresivos asociados y ayudar a disminuir de peso.

Palabras clave: tabaco, dependencia, cesación, bupropión, vareniclina.

Cómo citar:

Sandí, L. Rojas Calderón, G. & Alvarado González, H. Eficacia de la Vareniclina y Bupropión a los 3, 6 y 9 meses para el tratamiento de la cesación de tabaco en Atención a Pacientes del IAFA en el año 2020. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 9(2). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v9i2.852>

Recibido: 19/Feb/2025

Aceptado: 11/Jun/2025

Publicado: 20/Jun/2025

ABSTRACT

Smoking cessation treatment is one of the main strategies to address this epidemic. Psychopharmacology combined with supportive therapy has yielded the best results. First-line drugs include bupropion and varenicline. For thirty years, the IAFA (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia) has used bupropion, which, due to its



specific dopaminergic effect, mimicking the action of nicotine, reduces suppressive symptoms and produces a decrease in cigarette cravings. However, as it is not specifically marketed for smoking cessation, there has been resistance to its use in smoking cessation. Varenicline, recognized for its efficacy, is used throughout the healthcare system. The objective of this study was to evaluate the efficacy of these medications at 3, 6, and 9 months in 47 patients who received bupropion and 43 who received varenicline, in a comprehensive smoking cessation program that also included intensive therapeutic support. No significant differences were found in abstinence achievements between the two medications during the indicated periods. As has been the institution's previous experience, both medications presented very few adverse effects, and bupropion proved very useful in relieving suppressive symptoms, reducing cigarette cravings, treating associated depressive disorders, and helping with weight loss.

Keywords: tobacco, dependence, cessation, bupropion, varenicline.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco y sus consecuencias constituye uno de los principales problemas de salud pública. Se estima que anualmente mueren 7 millones de personas por el cigarrillo y es la primera causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte [1]. Entre las múltiples estrategias para enfrentar la epidemia de consumo de tabaco, la asistencia para la cesación es una de las más importantes. Para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), de reducir en un tercio la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), es imprescindible que los países respondan a la epidemia con más y mejores programas para ayudar a los pacientes a dejar de fumar [1].

Los tratamientos para dejar de fumar se fundamentan en el reconocimiento de la dependencia al tabaco como un trastorno de múltiples determinantes de base neuropsicobiológica que generan una dependencia física. En la dependencia al tabaco, prima el enganche fisiológico a la nicotina, dada su alto potencial adictivo [2, 3, 4, 5] que es potencializado, en estrecha interacción, por los determinantes socioeconómicos, culturales y sociales. El síntoma capital de la dependencia es el síndrome de supresión al suspender la nicotina [6, 7]. El tratamiento exitoso del síndrome de abstinencia al tabaco depende, en mucho, al éxito de la cesación del fumado [8,9].

En el tratamiento para la dependencia al tabaco, la psicofarmacología actúa sinérgicamente con la terapia conductual, para ofrecer asesoría psicosocial y apoyo intensivo para lidiar con los mecanismos psicosociales que median la dependencia [10, 11, 12]. Con farmacoterapia, se logra una abstinencia al año entre un 8 % y un 10 %, que aumenta a un 30 % con apoyo psicoterapéutico [13]. En el sistema de salud del país, se ha utilizado la "Guía de Intervención para el Tratamiento de la Dependencia al Tabaco" [14], la cual constituye un protocolo de intervención breve intensivo, basado en un apoyo conductual emocional, asociado a farmacoterapia específica para la supresión a la nicotina.

Para el alivio de los síntomas de la supresión nicotínica y de la insidia (imperioso e irresistible deseo de fumar), se han utilizado principalmente la terapia de reemplazo de nicotina (TRN), el bupropión, la varenicline y la citisina. La evidencia científica es robusta en cuanto a la seguridad y la eficacia de estas alternativas [10, 15]. La escogencia del fármaco depende de las preferencias del paciente, excepto si hay comorbilidades asociadas o contraindicaciones.

La terapia de reemplazo de nicotina (TRN), basada en productos de nicotina, se utiliza para una reducción controlada y progresiva de la nicotinemia, lo cual permite el inicio inmediato y el pronto alivio de los síntomas de supresión asociados a la falta de nicotina. Todos los tipos de TRN han demostrado el doble de eficacia que

el placebo (OR: 2.01, IC 95 % 1.68-2.41), con efectos secundarios leves. La TRN es de elección para pacientes hospitalizados, y su eficacia es mayor si se combinan varias modalidades de terapia de reemplazo [12].

El bupropión es un inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina y noradrenalina, con un efecto mínimo en la recaptación de serotonina y no inhibe la monoaminoxidasa. Al emular la acción de la nicotina sobre el sistema dopaminérgico, produce dos efectos: por un lado, alivio de la sintomatología supresiva, y, por otro, inapetencia al cigarrillo. También es seguro y eficaz en poblaciones especiales con complicaciones cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas o trastornos psiquiátricos [10, 13, 16]. El bupropión, a dosis y tiempo indicado, es más seguro y eficaz que placebo (OR: 1.64, IC 95 %, 1.52-1.77). Su eficacia es muy parecida a la TRN en monoterapia [12, 16]. Es una opción razonable, si no hay éxito a corto plazo, si padece de una depresión concomitante o si desea disminuir el aumento de peso por la cesación [12]. Está indicado para el tratamiento de la depresión mayor, depresión estacional y cesación de tabaco [12, 17]. En el IAFA, se ha utilizado en cesación de fumado por más de treinta años, con buenos resultados.

El tartrato de vareniclina, aprobado por la FDA en el 2006, es una molécula más específica, un agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ de acetilcolina, con un doble efecto: en primer lugar, como agonista media la liberación de dopamina en el cerebro, aproximadamente 50 % de lo que produce la nicotina, lo cual permite aliviar los síntomas de supresión y mitigar la insidia; y, en segundo lugar, como antagonista al interrumpir el efecto reforzante de la nicotina [18, 19]. Los estudios de efectividad han demostrado que la vareniclina es más segura y eficaz que placebo (OR: 2.83, 2.34-3.39); su eficacia se puede aumentar con mayor tiempo de tratamiento. Se ha encontrado que es más efectiva que bupropión, citisina y TRN en monoterapia. Sin embargo, la efectividad es similar a la terapia combinada de TRN [13]. No se encontró riesgo significativo de efectos adversos cardiovasculares y neuropsiquiátricos. Los efectos secundarios más comunes fueron náusea (25-30 %) y sueños vívidos [16, 20, 21].

En poblaciones especiales con enfermedades cardiovasculares, respiratorias o psiquiátricas, la vareniclina, el bupropión y la TRN han mostrado ser seguros y eficaces. En adolescentes, no hay suficiente evaluación de su efectividad por lo que se recomienda priorizar la terapia cognitivo-conductual [13].

Los estudios epidemiológicos revelan que un porcentaje significativamente mayor de las personas con enfermedades mentales y trastornos por consumo de alcohol y drogas fuman más en comparación con la población general: 88 % vs. 30 % [22, 23, 24, 25, 26]. Al disminuir la prevalencia del tabaco, tal como ha ocurrido en el país, prevalecen más los tabaquistas más severos, con más años de fumar, con mayor cantidad de cigarrillos y más enfermedades mentales asociadas.

Se ha encontrado que la depresión puede ser tres veces mayor en fumadores e incidir seriamente en las dificultades para dejar de fumar [27, 28]. Si bien la proporción de fumadores es proporcionalmente más alta en personas con trastornos mentales, que es la causa primordial de mortalidad en esta población, se ha encontrado que los programas de cesación convencionales, basados en apoyo conductual y psicofarmacología, son eficaces en esta población [10, 20, 21]. Los tratamientos multimodales para dejar de fumar son efectivos en la población fumadora con problemas mentales o con trastornos asociados al consumo de alcohol o drogas [29, 30].

En un estudio al azar, doble ciego, con vareniclina y bupropión en una población de 8144 fumadores, 4116 con problemas psiquiátricos y 4028 sin trastornos mentales, no se encontró que estos medicamentos aumentaran los efectos adversos neuropsiquiátricos [30].

Pese a los buenos resultados con los tratamientos disponibles, ha habido resistencia al uso del bupropión para la cesación del fumado, situación que se agrava al no estar específicamente comercializado para el tratamiento de cesación al cigarrillo. Con el objetivo de determinar la eficacia terapéutica del bupropión, se planteó un estudio comparativo bupropión vs. vareniclina al azar, asociado al programa integral intensivo para dejar de fumar utilizado en el IAFA.

MATERIALES Y MÉTODOS

La población de estudio estaba compuesta por las personas adultas que buscaron ayuda para dejar de fumar en el servicio ambulatorio de Atención a Pacientes de la consulta externa del IAFA, lo cuales fueron asignados al azar para un tratamiento u otro. Se estudiaron 47 personas con bupropión y 43 con vareniclina; 54 eran hombres y 36 mujeres. Todo el tratamiento fue gratuito.

Todas las personas fumadoras que busquen ayuda para dejar de fumar son evaluadas por medio del cuestionario de identificación clínica en tabaco (CICLI), el cual es un instrumento sencillo, de fácil aplicación, elaborado en 1994 por el equipo clínico del IAFA encargado de tabaco [31]. Pregunta sobre enfermedades físicas y mentales, y, con base en instrumentos reconocidos internacionalmente, evalúa la dependencia al tabaco [32], las etapas de cambios de Diclemente y Prochaska [33], problemas con el consumo de alcohol CAGE [34], presencia de problemas ansiosos y depresivos con la cuestionario de ansiedad y depresión de Zung [35, 36] y motivación al cambio [37]. El objetivo del instrumento es conocer la situación clínica de la persona fumadora para precisar la intervención. El instrumento ofrece una visión general de la condición del paciente, que, junto con la entrevista, es un insumo esencial para definir las pautas del tratamiento.

El protocolo de intervención conductual se basa en la “Guía de Intervención para el Tratamiento de la Dependencia al Tabaco” del IAFA [14], la cual establece los lineamientos terapéuticos para un programa de cesación al tabaco basado en psicofarmacología y una estructura de apoyo emocional y conductual. El tratamiento se fundamenta en la conceptualización del tabaquismo como un trastorno de dependencia mediado por la dependencia química a la nicotina como eje central y los factores emocionales, familiares y sociales que interactúan de manera compleja en el refuerzo de la conducta tabáquica. El tratamiento tiene una fase intensiva de tres meses y un seguimiento a los 6 y 9 meses; cuando es necesario se puede prolongar más tiempo. El tratamiento es más intensivo en la fase más crítica de la supresión a la nicotina.

El programa está diseñado para 12 semanas en la etapa crítica, que es lo que dura el tratamiento farmacológico; después de este período, el seguimiento es más distanciado para continuar reforzando los logros. El programa incluyó una primera sesión para la aplicación del cuestionario de identificación clínica (CICLI), una evaluación integral que puede incluir la atención psiquiátrica si es necesario, psicoeducación sobre la dependencia, y sus consecuencias y referencias a exámenes de laboratorio y gabinete [31].

La segunda sesión está orientada a la preparación para el cese, e incluye un encuadre general del tratamiento, la revisión de opciones psicofarmacológicas, la prescripción de medicamentos, estrategias para dejar de fumar y la fijación del día de cese. Posteriormente, durante el periodo de cesación, se realiza una sesión semanal durante cuatro semanas, seguida de una sesión quincenal en cuatro ocasiones, luego una sesión mensual durante tres meses y, finalmente, sesiones de seguimiento a los seis y nueve meses. En casos de patología dual o de consumo con muy alta severidad, pueden programarse sesiones adicionales.

Para la intervención psicofarmacológica, en el primer paciente, se escoge al azar cuál tratamiento se utilizará, y después se asignan alternativamente a bupropión o vareniclina. Se utilizó el bupropión (Wellbutrin 150 mg SR) con una dosis inicial de una al día (AM) por tres días, luego comprimidos de bupropión de 300 mg SR, uno en la mañana por 12 días; el decimoquinto día se fija como día de cese del fumado, después se continúa con la misma dosis hasta completar tres meses; se reduce a 150 mg por un mes, y luego se suspende. El vareniclina (Champix) se inicia con dosis de 0.5 mg en la mañana por 3 días, luego 0.5 mg en la mañana y 0.5 mgr en la tarde por 4 días, con fijación del día del cese para el séptimo día, y, a partir de ahí, comprimidos de 1 mg dos veces al día hasta completar los tres meses de tratamiento. La asignación al tratamiento se puede cambiar cuando la severidad de los efectos secundarios no permite mantenerlo. Si el paciente no está de

acuerdo en tomar los medicamentos utilizados en el estudio se ofrecerá el tratamiento fuera del estudio con base en TRN y soporte conductual.

Análisis estadístico

Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple para identificar variables demográficas, de características de consumo y emocionales asociadas a mayor probabilidad de éxito en la cesación del fumado.

Resultados

Las características sociodemográficas de los fumadores, en ambos grupos de estudio, son muy similares, sin embargo, más hombres que mujeres buscaron ayuda para dejar de fumar, en consonancia con las prevalencias nacionales de consumo. La mayor parte, personas mayores de 30 años, principalmente solteros y con baja escolaridad (Tabla 1).

A diferencia de la experiencia clínica en IAFA, la mayoría de los participantes estaban entre los treinta y cincuenta años, que si bien tienen bastantes años de fumar, todavía no tienen consecuencias cardiovasculares o pulmonares asociados, que era la razón fundamental previa para buscar ayuda para dejar el cigarrillo. La motivación al cese estaba mediada principalmente por la conciencia de que el fumado es dañino.

De igual manera, llama la atención la participación creciente de las mujeres. En la población general, consumen tabaco, en promedio, una mujer por cada tres hombres, sin embargo, proporciones similares buscan ayuda para el cese. Es un reflejo del impacto que ha tenido la educación social y las medidas sanitarias para desestimular el consumo.

En este estudio, predomina la población de baja escolaridad, que, si bien, es un reflejo de la situación educativa del país, también en el IAFA, los programas de cesación atraen a la población no asegurada de escasos recursos, que no tiene acceso a las clínicas de cesación de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada, en el año 2020 (cifras relativas)

	Bupropión		Vareniclina		Total
	N= 47	%	n=43	%	90
Sexo					
Hombres	27	50	27	50	54
Mujeres	20	55.5	16	44.5	36
Grupo etario					
Menores de 30 años	6	50	6	50	12
31 a 50 años	30	56.6	23	43.4	53
50 y más	11	44.0	14	56.0	25
Estado civil					

Soltero	22	57.9	16	42.1	
Casado	9	39.1	14	60.9	23
Unión libre	4	44.5	5	55.5	9
Divorciado	7	63.6	4	36.4	11
Separado	1	20.0	4	80	5
Viudo	4	100	0		4
Escolaridad					
Primaria incompleta	5	45.4	6	54.6	11
Primaria completa	8	53.3	7	46.7	15
Secundaria incompleta	16	61.5	10	38.5	26
Secundaria completa	3	27.3	8	72.7	11
Universidad incompleta	7	58.3	5	41.7	12
Universidad completa	8	53.3	7	46.7	15

Fuente: Registros médicos. Expedientes clínicos. IAFA, 2024.

En la valoración de las características de la dependencia al tabaco, se encontró que el 70 % de las personas estudiadas tenían una dependencia severa. Sin diferencias significativas en ambos grupos estudiados, la gran mayoría, ocho de cada diez fumadores, empezó antes de los 18 años. El 95 % tenían más de diez años de fumar, 67 % fumaba más de 15 cigarrillos y todos habían hecho varios intentos para dejar de fumar (Tabla 2). Lo anterior pone en evidencia la potente capacidad de la nicotina para producir dependencia, así como las dificultades para dejar el consumo.

Tabla 2. Caracterización de la dependencia a la nicotina por edad de inicio, años de fumar, número de cigarrillos, intentos de cese y grado de dependencia a la nicotina (cifras relativas)

	Bupropión		Vareniclina		Total	
	n	%	n	%	n	%
	47	52.3	43	47.7	90	100
Edad de inicio						
Antes de los 18	35	50.7	34	49.3	69	76.6
Después de los 18	12	25.5	9	20.9	21	23.3
Años de fumar						
Menos de 10 años	3	6.0	2	4.6	5	5.5

Más de 10 años	44	51.8	41	48.2	85	94.5
# de cigarrillos						
Menos de 15 cig.	12	41.40	17	58.6	29	32.3
Más de 15 cig.	35	57.4	26	42.6	61	67.7
Intentos de cese						
3 o menos	25	49	26	50.1	51	56.6
Más de 3	22	56.4	17	43.6	39	43.4
Dependencia						
Severa	34	72.3	29	67.4	63	70

Fuente: Registros médicos. Expedientes clínicos. IAFA, 2024.

Con respecto a las comorbilidades físicas, las personas participantes presentaban pocos padecimientos. En el grupo de bupropión, siete personas (14 %) refirieron ser hipertensas; dos, con un trastorno tiroideo; una, con una bronquitis crónica. Mientras que, en el grupo de vareniclina, siete personas (16 %) refirieron hipertensión, dos con antecedentes de crisis convulsivas.

Los trastornos mentales se presentaron con mayor frecuencia. En el grupo de bupropión, un paciente presentaba un déficit cognitivo; y, en el grupo de vareniclina, uno padecía de esquizofrenia y dos, de enfermedad bipolar. Sin embargo, con los trastornos depresivos ansiosos la situación fue muy diferente (Tabla 3). En promedio, uno de cada tres fumadores refirió padecer de síntomas depresivos, y también ansiosos, de manera significativa, de acuerdo con las escalas de depresión y ansiedad de Zung [32, 33]; si bien estas escalas no hacen un diagnóstico de depresión o ansiedad, sí detectan alteraciones relevantes que ameritan de una evaluación más exhaustiva, sobre todo, porque estos trastornos pueden comprometer el éxito del tratamiento.

La presencia de problemas con el consumo de alcohol se evaluó con el instrumento de tamizaje, conocido internacionalmente como CAGE, por sus siglas en inglés, [29]. En el grupo de bupropión, se encontró que aproximadamente uno de cada cinco de los pacientes presentaba problemas con el consumo de alcohol (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de pacientes, en ambos grupos, con síntomas depresivos, ansiosos o problemas con el consumo de alcohol, de acuerdo con las escalas de Zung y CAGE

	Bupropión		Vareniclina		Total	
	n=47	%	n=43	%	n=90	%
Escala de depresión Zung						
Síntomas moderados – severos	17	36.1	13	30.2	30	33.3
Escala de ansiedad Zung						
Síntomas moderados- severos	14	29.7	10	23.2	24	26.6
CAGE						
3-4: evidencia problemas	13	27.6	4	9.3	17	18.8

Fuente: Registros médicos. Expedientes clínicos. IAFA, 2024.

Ambos grupos recibieron exactamente el mismo programa de tratamiento, solo diferenciado por el psicofármaco utilizado. El éxito del tratamiento se evaluó por la abstinencia total a los 3, 6 y 9 meses, de manera presencial, en las citas de seguimiento. A los tres meses, para los dos grupos, dos terceras partes de los fumadores estaban en abstinencia; a los seis meses, en promedio, uno de cada dos participantes, en los dos grupos, estaba en abstinencia; y, a los nueve meses, se mantuvo parecido para bupropión, pero fue menor para vareniclina. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre un fármaco y el otro; es decir, los resultados muestran que ambos tratamientos son equivalentes en cuanto a su eficacia para la cesación del fumado a los 3, 6 y 9 meses (Tabla 4).

En los primeros meses, vareniclina dio mejores resultados, sin embargo, a más meses de tratamiento, el bupropión tuvo mejores resultados, con muy buena aceptación y con escasos efectos secundarios. Por sus buenos efectos anímicos y de alivio de la sintomatología supresiva, muchos pacientes expresaron su deseo de seguir con el tratamiento más tiempo. La mayoría de los pacientes, casi el 80 %, tenía algún tipo de problema emocional, depresión o ansiedad, o problemas con el consumo de alcohol. Estos padecimientos los hace más propensos a beneficiarse de las propiedades clínicas del bupropión, por el efecto de refuerzo positivo en el sistema dopaminérgico mesolímbico. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 4. Porcentaje de éxito en la cesación del fumado a los 3, 6 y 9 meses por grupo.

	Bupropión		Bupropión	Vareniclina		P value
	n=47	%	n=47	n = 43	%	
Cese ≥ 3 meses	34	72.3	34	33	76.7	0.6323
Cese ≥ 6 meses	27	57.5	27	22	51.1	0.5498
Cese ≥ 9 meses	22	46.8	22	15	34.9	0.25077

Fuente: Registros médicos. Expedientes clínicos. IAFA. Febrero 2024.

Al realizar una regresión lineal múltiple, se encontró que, efectivamente, no había diferencias significativas en cuanto a logros de abstinencia a los tres, seis y nueve meses entre un medicamento y otro. Sin embargo, en tres variables se encontraron diferencias significativas. En la primera, dependencia a la nicotina, se encontró que al aumentar la severidad de la dependencia se reducía en 14 días el tiempo de abstinencia; en la segunda, los hombres tenían dos meses más de abstinencia con respecto a las mujeres; y, en tercer lugar, la condición civil de separado con respecto a las demás, aumentaba en tres meses y 12 días la abstinencia (G. Sánchez, estadístico IAFA, 2025).

Con respecto a los efectos secundarios, no se presentaron efectos adversos severos cardiovasculares o neuropsiquiátricos con ninguno de los dos medicamentos. En el grupo que recibió bupropión, se presentaron efectos adversos leves tales como resequedad de boca, somnolencia, hiporexia, tremor; sin embargo, en un paciente con taquicardia, hubo que disminuir la dosis a 150 mg; y, en seis pacientes que presentaron trismus intenso, fasciculaciones, sensación de persecución, taquicardia, insomnio con cefalea y euforia, hubo necesidad de suspender el tratamiento y cambiarlo por vareniclina. Con vareniclina, los efectos adversos más notorios fueron epigastralgia, náuseas y colon irritable; en un paciente con síntomas depresivos, hubo que disminuir la vareniclina a 1 mg, y, en otro que presentó insomnio y síntomas gástricos molestos, cambiarlo por bupropión. Un paciente presentó parestesias en dedos de miembros inferiores.

Discusión

Sin lugar a duda, el fumado es un serio problema de salud pública. Dejar de fumar es una estrategia esencial para reducir la morbilidad y mortalidad. Es esencial, en toda consulta clínica, general o de cualquier especialidad, así como para personal de enfermería, psicología, trabajo social, terapeutas cardíacos y respiratorios, preguntar por el consumo de tabaco, recomendar la cesación y asistirlo en el proceso de cesación si es un profesional de medicina.

Con notable evidencia científica, los fumadores con dependencia a la nicotina se pueden beneficiar de la psicofarmacología disponible para mitigar los síntomas de supresión en conjunción con apoyo terapéutico sistemático y a largo plazo. Las cuatro opciones disponibles, TRN, bupropión, vareniclina y citisina son seguras y efectivas. El estudio realizado para valorar la eficacia de bupropión y vareniclina demostró que ambos tratamientos son efectivos.

Con base en la experiencia científica, la farmacoterapia tiene que asociarse con apoyo terapéutico intensivo, no solo para lidiar con la supresión, sino también, para sostener al paciente en el proceso, estimular continuamente la abstinencia, lidiar con las resistencias, aprender a utilizar correctamente la medicación y hacer los ajustes necesarios ante la intolerancia o los efectos secundarios.

En el estudio, se asignó alternativamente el medicamento. Las buenas prácticas clínicas recomiendan que la escogencia del fármaco se haga de común acuerdo con el paciente, teniendo en consideración las características del fumador, el grado de severidad de la dependencia, qué resultó exitoso previamente, padecimientos comórbidos, físicos y mentales; pero, sobre todo, si hay antecedentes de trastornos depresivos, evidencia de depresión o ansiedad, disponibilidad del fármaco, costo y preferencia.

Probablemente, por la alta prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos en los participantes, hubo mejores resultados con el bupropión, dado su buen efecto antidepresivo y también de regulación de la ansiedad con el tiempo; además de que, en pacientes con antecedentes de otras adicciones o consumo de otras drogas, el bupropión tiene muy buen efecto. Es claro que mucho de su potente acción se debe a sus efectos dopaminérgicos que simulan neuroquímicamente lo que hace el tabaco en el cerebro. La regulación anímica juega un papel preponderante en disminuir el estrés y la disforia como síntomas disparadores de la recaída con el tabaco. Tampoco se puede desestimar la preferencia de algunos pacientes por su capacidad para disminuir el apetito y evitar el usual aumento de peso en la abstinencia al tabaco.

La evidencia demuestra que el medicamento es eficaz para dejar de fumar, con pocos efectos secundarios, muy bien aceptado por los pacientes, y con beneficios adicionales en cuanto a la mejoría del ánimo, la ansiedad y el aumento de peso, que lo ubica como un medicamento de primera línea para dejar de fumar. En pacientes duales, con comorbilidades mentales o adictivas, muchas veces es necesario prolongar el tratamiento por más tiempo dado los buenos resultados; no solo en el cese de fumado, sino también, en la recuperación de trastornos subyacentes como depresión, ansiedad, irritabilidad y sobrepeso.

La eficacia del vareniclina está ampliamente demostrada y es el medicamento de elección en muchas clínicas de cesación del tabaco. Pese a la abundante evidencia científica de los beneficios del bupropión para dejar de fumar, existe resistencia para su uso por ser un medicamento indicado principalmente para depresión y no específicamente para fumar. Sin embargo, por su especificidad dopaminérgica que se traduce en alivio de los síntomas supresivos, la inapetencia al cigarrillo, así como el alivio de los síntomas depresivos y ansiosos, y la disminución del peso, constituye una excelente alternativa para ayudar a las personas a dejar de fumar.

Declaración de Conflicto de Intereses

Se declara que ninguno de los autores presenta algún conflicto de interés por el artículo.

Declaración de Financiamiento

La publicación no presentó ningún medio de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para acelerar el control del tabaco, OMS; 2019. Disponible en: <https://fctc.who.int/es/resources/publications/i/item/WHO-CSF-2019.1>. Citado agosto 2024.
2. Department of Health and Human Services, Public Health Service, The Health consequences of smoking: nicotine addiction : a report of the Surgeon General.1988, 88-8406. Disponible: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/22014/cdc_22014_DS1.pdf. Citado agosto 2024.
3. Stolerman IP, Jarvis MJ. The scientific case that nicotine is addictive. *Psychopharmacology*. 1995;117(1): 2-10. Citado agosto 2024.
4. Royal College of Physicians of London. Nicotine Addiction in Britain: A Report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians of London. 2000. Citado agosto 2024.
5. Balfour DJK. The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus accumbens. *Nicotine & Tobacco Research*. 2004; 6(6):899-912. Citado agosto 2024.
6. Balfour DJK. The role of mesoaccumbens dopamine in nicotine dependence. *Curr Top Behav Neurosci*. 2015; (24):55-98. Citado agosto 2024.
7. McLaughlin I, Dani JA, De Biasi M. Nicotine withdrawal. *Curr Top Behav Neurosci*. 2015; (24): 99-123. Citado agosto 2024.
8. Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DR, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD. Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*. 2003; 28(7):1203-18. Citado setiembre 2024.
9. Barua R, Rigotti N, Venowitz N, Cummings K, Jazayeri M, Porrata P, et al. Expert consensus decision pathway on tobacco cessation treatment. *Journal of the American College of Cardiology*, 2018; 72 (28): 3332-3365. Citado setiembre 2024).
10. A, Rigotti MD, Pharmacotherapy for smoking cessation in adults. Uptodate. 2021. Citado setiembre 2024.
11. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, Dorfman SF, Froelicher ES, Goldstein MG, Heaton CG, et al. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville (MD): Department of Health and Human Services, Public Health Service. Citado setiembre 2024.
12. Rogotti N, Kruse G, Banks J, Boyce J.2022. Treatment for tobacco cessation. Clinical & review. *Jama*, vol 327 (6). Citado enero 2025.

13. Guacolda Benavides M. Terapia farmacológica de primera línea en la cesación tabáquica. *Rev. Med. Clini.Condes*, 2023; 35 (3-4) 161-168. <https://www.journals.elsevier.com/revista.medica-clinica-las-condes>. Citado agosto 2024.
14. Sandí, L, Molina D. Guía de intervención para el tratamiento de la dependencia al tabaco. Costa Rica. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2013. Citado agosto 2024.
15. Rábade-Costado C, Granada-Orives I, Riesco Miranda J, Higes Martínez E, Ramos Pineda A, Cabrera Cesar A, Costa Miñona J, García Aveda M, Espalá E, Jiménez Ruiz C. 2023. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Citado agosto 2024.
16. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, Watsky EJ, Gong J, Williams KE, Reeves KR, et al. Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*. 2006; 296(1):47-55. Citado setiembre 2024.
17. Cryan JF, Bruijnzeel AW, Skjei KL, Markou A. Bupropion enhances brain reward function and reverses the affective and somatic aspects of nicotine withdrawal in the rat. *Psychopharmacology*. 2003; 168(3):347-58. Citado setiembre 2024.
18. Patnode C, Herdenson J, Melnikow J, Cappola E, Durbin S, Thomas R. Intervention for tobacco cessation in adults, including pregnant persons: an evidence report and systematic review for US Preventive Services Task Force. Agency for Health Care Research and Quality (US). 2021: Report N° 20-05264 EF-1. Citado noviembre 2024.
19. Leone F, Zhang Y, Evers-Casey S, et al. Initiating pharmacologic treatment in tobacco dependent adults. An official American Thoracic Society Clinical Practice Guidelines. *Am J Crit Care Med*. 2020; 202(2): e5-e31. Citado setiembre 2024.
20. Atención Primaria. Nuevos fármacos financiados para la deshabituación del tabaco. 2023; 55, 102647. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102647>. Citado setiembre 2024.
21. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, Johnson J. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*. 1990; 264(12):1546-9. Citado setiembre 2024.
22. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1986; 143(8):993-7. Citado setiembre 2024.
23. Breslau N, Peterson EL, Schultz LR, Chilcoat HD, Andreski P. 1998. Major depression and stages of smoking: a longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55(2):161-6. Citado noviembre 2024.
24. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. 1993. Nicotine dependence and major depression: new evidence from a prospective investigation. *Archives of General Psychiatry*, 50(1):31-5. Citado noviembre 2024.
25. Breslau N. 1995. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavior Genetics*, 25(2):95-101. Citado noviembre 2024.
26. Lasser K, Boyd J, Himmelstein D, McCormick D, BorD. 2000. Smoking and mental health: a population based prevalence study. *Jama* Nov 284 (20) 2606-10. Doi: 10.1001/Jama.284.20.2606. citado diciembre 2024.

27. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. 1986. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143(8):993-7. Citado diciembre 2024.
28. Raich A, Pinet C, Bellbé M, Mondon S, Tejedor R, Arnau A, Fernández E. Multimodal treatment for smoking cessation and varenicline in alcoholics, metadone maintenance and psychotic patients. A one year follow up. *Tob Induc Dis*. 2018; 16:58. Citado setiembre 2024.
29. Vocis S, Zawertail O, Bailunas P, Masood Z, Seiby P. Is cannabis associated with tobacco cessation outcome?. An observational cohort study in primary care. *Drug Alcohol Dependence*. 2019; 206. Citado setiembre 2024.
30. Antenelli R, Benowitz N, Eest R, Aubin L, Macrae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double blind randomised, placebo control clinical trial. *The Lancet*. 2016; 387, 2507-2520. Citado octubre 2024.
31. Sandí L, Molina D. Instrumento de identificación clínica para cesación de fumado (CICLI) incluido en Manual para Facilitadores en la Cesación al Tabaco. Costa Rica. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2017. Citado agosto 2024.
32. Fagerström, K. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J*, 1991; 69, 763-765. Citado octubre 2024.
33. Prochaska J, Goldstein M. Process of smoking cessation: implications for clinicians. *Clin Chest Med*. 1991. 42(4): 727-75. Citado octubre 2024.
34. Sandí L, Molina D. Detección temprana de consumo problemático de alcohol. *Revista de Ciencias Sociales*. 1977; 77, 35-40. Citado noviembre 2024.
35. Zung W. A self rating depressive scale. *Archives of General Psychiatry*. 1965; 12: 63:63-70. Citado noviembre 2024.
36. Zung W. Rating instrument anxiety disorder. *Psychosomatic*, 1971; 12:371-9. Citado noviembre 2024.
37. Richmond R, Kehoe L, Webster I. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993. 88:1127-1135. Citado noviembre 2024.