Artículo de opinión
Rev Urug Cardiol 2026; 41:e501
doi: 10.29277/cardio.41.1.17

Tratamiento del tabaquismo: imperativo en prevención cardiovascular secundaria y desafío pendiente de la cardiología uruguaya

Eduardo Bianco[1]

Resumen

El tabaquismo es una enfermedad crónica recurrente y el factor de riesgo modificable con mayor impacto en la morbimortalidad cardiovascular. A pesar de la robusta evidencia sobre el beneficio de la cesación del consumo de tabaco en la prevención secundaria, existe una brecha significativa en su abordaje sistemático por los cardiólogos en Uruguay. Este artículo analiza la epidemiología, discute los mecanismos que justifican la intervención cardiológica directa, describe el modelo de intervención breve, la necesidad del manejo farmacológico y examina críticamente el rol de los nuevos dispositivos electrónicos de liberación de nicotina. Finalmente, propone un llamado a la acción por la Sociedad Uruguaya de Cardiología.

Introducción

El consumo de productos de tabaco sigue siendo la principal causa, absolutamente evitable, de muerte a nivel mundial y en Uruguay[1]. El tabaquismo es reconocido por los cardiólogos como un factor de riesgo cardiovascular mayor, pero suele ser catalogado erróneamente como un "estilo de vida" y no como una patología adictiva y crónica[2]. Por eso, en las consultas y salas de internación con frecuencia minimizamos su abordaje o despachamos al paciente con un simple consejo verbal: "Tiene que dejar de fumar". Existe una brecha alarmante entre la necesidad del paciente y nuestra acción terapéutica.

La cardiología en Uruguay ha alcanzado altos estándares en el tratamiento de la cardiopatía isquémica. La optimización de la terapia antiagregante, el control estricto de las metas lipídicas y la disponibilidad de intervenciones coronarias percutáneas de última generación forman parte de la práctica cotidiana. Sin embargo, persisten debilidades en el abordaje sistemático del tabaquismo, la intervención más costo-efectiva en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica.

Dejar de fumar después de un síndrome coronario agudo reduce el riesgo de reinfarto en 30-40% y la mortalidad en 35-45%, un beneficio comparable o superior al observado con muchas de las terapias farmacológicas estándar de prevención secundaria, como antiagregantes plaquetarios, las estatinas de alta intensidad y los inhibidores del sistema renina-angiotensina[3].

Epidemiología en Uruguay: la brecha de datos en población con cardiopatía

Un obstáculo crítico en nuestro país es la escasez de registros sistematizados y continuos sobre cuántos pacientes con cardiopatía establecida persisten consumiendo tabaco y/o nicotina. A nivel global, los datos indican que después de un síndrome coronario agudo la recaída al consumo de tabaco es frecuente; se estima que entre aproximadamente un tercio y dos tercios de los fumadores pueden continuar o retomar el consumo durante el primer año. La evidencia respalda actuar durante la hospitalización, combinando intervención conductual, farmacoterapia y seguimiento prolongado para evitar recaídas[4].

En Uruguay, tras los históricos éxitos de las políticas de control de tabaco, la prevalencia en la población general adulta se estabilizó en el entorno del 19%, pero con una gran inequidad social: los estratos más pobres tienen una prevalencia cercana al 25% y los más ricos, cercana al 10%[5]. La última Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2017) revela que el 72,7% de los fumadores uruguayos quería dejar de fumar y que el 45,9% lo había intentado en los últimos 12 meses, pero solo 18% recibió ayuda para abandonar el consumo[6].

A pesar de contar con una red de unidades de cesación, apoyadas por el Programa de Tabaquis-

1. Director del Programa de Capacitación en Adicciones para Profesionales de la Salud, Fundación Frank, Estados Unidos. Coordinador de Iniciativa para el Tratamiento de la Adicción al Tabaco y Nicotina (NATTI). Miembro de la Sociedad Uruguaya de Cardiología.
El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.
El presente artículo no cuenta con fuentes de financiamiento.
Correspondencia: Eduardo Bianco. Correo electrónico: biancoeduardo1@gmail.com
Recibido: Set 29, 2026; aceptado: Oct 26, 2026.

mo del Fondo Nacional de Recursos y programas específicos en prestadores de salud, el porcentaje de fumadores que accede cada año a un tratamiento integral, incluido el farmacológico, es marginal en comparación con la demanda potencial: se estima en menos del uno por ciento de los que quieren dejar de fumar[7]. Desconocemos datos de pacientes con cardiopatía establecida.

¿Por qué el cardiólogo debe intervenir directamente?

La justificación para que el cardiólogo asuma un rol activo y protagónico en el tratamiento de la dependencia al tabaco se fundamenta en tres pilares:

1. Fisiopatología y vulnerabilidad aguda: El tabaquismo altera la función endotelial, incrementa el estrés oxidativo, induce un estado proinflamatorio y procoagulante y eleva el tono simpático. En el paciente con enfermedad coronaria, la exposición persistente a la nicotina, el monóxido de carbono y las partículas finas ($PM_{2.5}$) incrementan la vulnerabilidad a la isquemia miocárdica al aumentar la demanda de oxígeno, reducir su disponibilidad, favorecer la vasoconstricción coronaria y promover un sustrato arrítmico mediante activación simpática y alteraciones electrofisiológicas[8,9].

2. La ventana de oportunidad clínica: El momento del diagnóstico de una cardiopatía o, de manera más drástica, el ingreso por un evento coronario agudo representa un estado de alta receptividad psicológica (la "ventana de oportunidad"). El paciente experimenta de forma tangible el riesgo sobre su vida, lo que incrementa su motivación para el cambio conductual si es guiado de manera adecuada por el equipo responsable de su atención.

3. El impacto terapéutico diferencial: Ningún otro profesional de la salud posee la autoridad clínica ante el paciente cardiópata para alinear la cesación tabáquica con sus metas de supervivencia y calidad de vida que tiene el cardiólogo. Delegar esta intervención sistemáticamente a otros especialistas fragmenta la atención en un período crítico.

La dependencia como enfermedad crónica y el modelo de intervención breve

La adicción al tabaco es una enfermedad neurobiológica crónica y recidivante mediada por el incremento de los receptores nicotínicos de acetilcolina en el sistema de recompensa cerebral, a los cuales se asocian factores psicoconductuales y sociales. La inmensa mayoría de los pacientes cardiópatas que aún fuma no logrará o mantendrá la abstinencia a largo plazo basados únicamente en la fuerza de voluntad, debido a la intensidad del síndrome de abstinencia[10].

Para incrementar la chance de ayudar a su paciente a dejar de fumar el cardiólogo debe intervenir[11] aplicando la intervención breve[12], basada en las 5A para los pacientes motivados, que solo requiere entre 30 segundos y tres minutos, y es de probada eficacia:

- ***Ask* (averiguar):** Preguntar y registrar sistemáticamente el consumo de tabaco y dispositivos electrónicos de todo paciente en la historia clínica.
- ***Advise* (aconsejar):** Brindar un consejo claro, firme, personalizado y positivo sobre los beneficios cardiovasculares de dejar de fumar.
- ***Assess* (analizar):** Evaluar su disposición para realizar un intento de cesación en los próximos 30 días.
- ***Assist* (ayudar):** Diseñar conjuntamente un plan que incluya soporte conductual y prescripción farmacológica para aquellos motivados o aplicar entrevistas motivacionales para quienes aún se muestran ambivalentes.
- ***Arrange* (acompañar):** Programar un seguimiento clínico estrecho (especialmente durante las primeras semanas tras el alta o la toma de decisión) para evaluar la adherencia, ajustar fármacos y prevenir recaídas.

Cuando la persona no está dispuesta a hacer un intento de abandono en ese momento, el profesional debe utilizar una intervención motivacional basada en las 5R[13]:

- ***Relevance:*** Relevancia personal de dejar de fumar.
- ***Risks:*** Riesgos de continuar fumando.
- ***Rewards:*** Recompensa; beneficios de abandonar.
- ***Roadblocks:*** Barreras o dificultades para dejar de fumar.
- ***Repetition:*** Repetir la intervención en contactos posteriores.

Si en nuevas consultas el paciente continúa fumando, se deberá referir a un programa multicomponente especializado de cesación.

Una competencia indispensable: el manejo farmacológico de la cesación

La intervención breve pierde efectividad si el cardiólogo no está entrenado para prescribir, ajustar y monitorizar el tratamiento farmacológico de la dependencia. El uso combinado de fármacos duplica o triplica las tasas de éxito en comparación con el placebo, y su perfil de seguridad cardiovascular en pacientes estables está ampliamente demostrado.

El arsenal terapéutico que todo cardiólogo debe manejar incluye[12]:

- **Terapia de Sustitución Nicotínica (TSN):** En forma de parches transdérmicos (acción prolongada) combinados con formas de liberación rápida como gomas de mascar (para el manejo del *craving agudo*). La TSN combinada es segura y más efectiva, incluso en el período posinfarto in-

mediato bajo supervisión clínica.

• **Bupropión:** Un antidepresivo con acción inhibidora de la recaptación de dopamina y noradrenalina que reduce los síntomas de abstinencia. Ha demostrado eficacia y seguridad cardiovascular, aunque requiere precaución respecto al control de la presión arterial y antecedentes de convulsiones.

• **Vareniclina:** Un agonista parcial de los receptores nicotínicos α4ß2 que disminuye el efecto de recompensa del tabaco y mitiga la abstinencia. Los grandes estudios de seguridad (como el ensayo *EAGLES*) confirmaron que no incrementa de manera significativa el riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores[14,15].

El desconocimiento o el temor infundado a los efectos adversos de estas medicaciones perpetúa el subtratamiento de la adicción en pacientes de muy alto riesgo.

Abordaje de cesación del tabaquismo en congresos uruguayos

Hemos revisado la inclusión del tema cesación y tratamiento del tabaquismo desde el 2015 hasta la fecha en los Congresos de la Sociedad Uruguaya de Cardiología (SUC) y en la Revista Uruguaya de Cardiología (RUC). Observamos que, si bien el tabaquismo aparece de manera recurrente como factor de riesgo cardiovascular, la cesación y el tratamiento de la dependencia nicotínica no han tenido una inclusión significativa. En la RUC se destaca un artículo sobre "Cesación tabáquica en la salud cardiovascular" de 2018[16], mientras que en los Congresos Uruguayos de Cardiología solo hemos identificado un trabajo aislado sobre el abordaje intrahospitalario del tabaquismo presentado en el 39.º Congreso de la SUC en 2023[17].

Sistemas electrónicos de administración de nicotina: ¿reducción de daño o riesgo sostenido?

En los últimos años, la introducción de los nuevos dispositivos electrónicos de tabaco y nicotina ha promovido el debate clínico sobre el rol de estos productos en cesación del tabaquismo y reducción del daño, sobre todo en pacientes refractarios. En gran parte, esta narrativa es sostenida por la industria tabacalera y de la nicotina. Sin embargo, la evidencia científica acumulada obliga a mantener una postura firme de rechazo en el ámbito cardiovascular y a impulsar una mejora en la respuesta de cesación de tabaquismo en nuestro sistema de salud.

Los aerosoles de estos dispositivos contienen nicotina (en ocasiones en concentraciones superiores al tabaco convencional), partículas ultrafinas, metales pesados y compuestos orgánicos volátiles. Revisiones epidemiológicas[18] y estudios clínicos y traslacionales demuestran de forma consistente que los cigarrillos electrónicos inducen disfunción endotelial aguda, aumento de la rigidez arterial, estrés oxidativo y activación plaquetaria, mecanismos estrechamente implicados en la génesis de eventos isquémicos[19,20]. Adicionalmente, no se encuentran aprobados por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay como herramientas de cesación ni está autorizada su venta comercial. Promover su uso en el paciente cardiópata significa sustituir una forma de agresión vascular por otra, cronificando la adicción a la nicotina.

Una necesaria autocrítica

Ante lo expuesto cabe preguntarse: ¿por qué los cardiólogos en Uruguay no hemos sido sistemáticamente entrenados para abordar esta enfermedad? Nos sentimos plenamente capaces de manejar fármacos para la hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia cardíaca, etc., pero la prescripción de terapia de sustitución nicotínica (TSN) o de fármacos específicos para ayudar a dejar de fumar nos resulta ajena. En prevención cardiovascular secundaria, intervenir activamente no es una opción; es una obligación terapéutica idéntica a la de tratar la hipertensión o la dislipemia. Y debe comenzar desde la internación por un evento cardiovascular[21].

Conclusión y llamado a la acción

Es momento de asumir nuestra responsabilidad. No podemos seguir siendo espectadores pasivos de la principal causa de muerte evitable en el mundo. La intervención de cesación y tratamiento del tabaquismo en la prevención secundaria no puede seguir dependiendo de voluntarismos aislados o derivaciones tardías. Es una competencia ineludible del cardiólogo[2].

Para cerrar esta brecha, a nuestro juicio, es imperativo un compromiso institucional coordinado. Se requiere que la SUC, a través de sus comités científicos, incorpore en los congresos, seminarios y otras actividades educativas la cesación y el tratamiento del tabaquismo, y que la Cátedra de Cardiología de la Facultad de Medicina (Universidad de la República) incorpore de forma obligatoria y curricular el entrenamiento en intervenciones breves y farmacoterapia para cesación en los programas de formación de posgrado y residencia. Asimismo, es necesario promover líneas de investigación locales que generen datos propios sobre la prevalencia de consumo posevento y las intervenciones realizadas. Solo mediante la capacitación formal y la jerarquización de esta intervención lograremos disminuir de manera efectiva el impacto del tabaquismo en nuestra población.

Eduardo Bianco, ORCID: 0000-0002-8284-5132.

Editor responsable: Dr. Jorge Estigarribia.

Bibliografía

1. World Health Organization. Tobacco: WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 May 19 [citado 2026 Sep 29] Disponible en: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-and-the-who-framework-convention-on-tobacco-control

2. Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. Eur Heart J. 2013 Nov;34(42): 3259-67. doi: 10.1093/eurheartj/eht352

3. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 2003 Jul 2;290(1):86-97. doi: 10.1001/jama.290.1.86

4. Colivicchi F, Mocini D, Tubaro M, Aiello A, Clavario P, Santini M. Effect of smoking relapse on outcome after acute coronary syndromes. Am J Cardiol. 2011 Sep 15;108(6):804-8. doi: 10.1016/j.amjcard.2011.04.033

5. Gerstenblüth M, Triunfo P. El control del tabaco en Uruguay: evolución de los últimos 20 años. Rev Méd Urug. 2024 Jul; 40(3): e204. doi: 10.29193/RMU.40.3.4.

6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS Uruguay 2017) [Internet]. 2.ª ed. Montevideo: OPS/OMS; 2019. [citado 2026 Sep 29] Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/2da-edicion-ury-encuesta-mundial-tabaquismo-adultos.

7. McAfee T, Short E, White L, Quan G. Strengthening the Tobacco Cessation Ecosystem: Strategies for Improving Access, Use, Success, Synergy and Impact at the National, Subnational and Organizational Levels [internet] New York: Vital Strategies; 2026 [citado 2026 Sep 29]. Disponible en: https://www.vitalstrategies.org/resources/strengthening-the-tobacco-cessation-ecosystem

8. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2023;148(9):e9-e119. doi: 10.1161/CIR.0000000000001168.

9. Rajagopalan S, Brauer M, Bhatnagar A, et al. Personal-level protective actions against particulate matter air pollution exposure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2020(23);142:e411-e431. doi: 10.1161/CIR.0000000000000931.

10. Selby P, Zawertailo L. Tobacco addiction. N Engl J Med. 2022;387(4):345-354. doi: 10.1056/NEJMcp2032393.

11. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484

12. World Health Organization. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [citado 2026 Sep 29]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431

13. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 update: clinical Practice Guideline [Internet]. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 [citado 2026 Sep 29]. Disponible en: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6964.

14. Benowitz NL, Pipe A, West R, Hays JT, Tonstad S, McRae T, Lawrence D, St Aubin L, Anthenelli RM.Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2018;178(5):622-631. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.0397.

15. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients hospitalized with acute coronary syndrome: a randomized trial. Circulation. 2010 Jan 4;121(2):221-9. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.869008.

16. Soto E, Lorenzo A, Esteves E. Cesación tabáquica en la salud cardiovascular. Rev Urug Cardiol. 2018;33(3):310-7. doi: 10.29277/cardio.33.3.11.

17. Farachio P, Rodríguez A, Olave S. Abordaje del tratamiento en internación: un nuevo comienzo. En: 39.º Congreso Uruguayo de Cardiología. Temas libres. Rev Urug Cardiol. 2023;38(Supl 1):38.

18. Glantz SA, Oliveira da Silva AL. Comparison of e-cigarette and cigarette use and dual use associations with disease: updated systematic review and meta-analysis. Public Health Rep. 2026;141(4):509-23. doi: 10.1177/00333549251403349.

19. Chaumont M, de Becker B, Zaher W, Culié A, Deprez G, Mélot C, Reyé F, Van Antwerpen P, Delporte C, Debbas N, Boudjeltia KZ, van de Borne P Differential effects of e-cigarette on microvascular endothelial function, arterial stiffness and oxidative stress: a randomized crossover trial. Sci Rep. 2018;8(1):10378. doi: 10.1038/s41598-018-28723-0.

20. Rose JJ, Krishnan-Sarin S, Exil VJ, Hamburg NM, Fetterman JL, Ichinose F, Perez-Pinzon MA, Rezk-Hanna M, Williamson E. Cardiopulmonary impact of electronic cigarettes and vaping products: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2023;148(8):703-28. doi: 10.1161/CIR.0000000000001160.

21. Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012;16(5):CD001837. doi: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.