

REDUCCIÓN DE DAÑO EN TABAQUISMO
DOCUMENTO DE POSICIÓN
Sección de Tabaquismo.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como Reducción de daño (RD) a *todas las políticas, programas y prácticas orientadas a minimizar los impactos negativos del consumo de drogas y a las políticas públicas y leyes sobre drogas, tanto a nivel de salud, social y legal*¹. El concepto surgió en la década del 80 como un modelo de atención al consumo de sustancias, distinto del tratamiento o el apoyo a la recuperación, para hacer frente al consumo de drogas inyectables como la heroína y sus consecuencias, motivado por la preocupación generada en el crecimiento de la epidemia del SIDA. Entre las estrategias de reducción de daño bien estudiadas se encuentran los programas de distribución de jeringas, agujas y naloxona. Por extensión se aplicaron estrategias de RD en Tabaquismo, lo que generó debates entre los profesionales de la salud y defensores de la salud pública.

Surge entonces la pregunta si es factible la RD en Tabaquismo y si es correcto implementarla como alternativa de cesación. La reducción de daño en Tabaquismo se refiere a la implementación de estrategias que buscan disminuir los riesgos asociados con el consumo de tabaco, sin necesariamente promover su total abstinencia. La evidencia científica actual es más que suficiente para afirmar que no existe en Tabaquismo un nivel de consumo seguro, por lo que el concepto de reducción de daño no es extrapolable.

El tabaquismo está sostenido por la adicción a la nicotina por lo que, el fumador, no tiene capacidad de elegir en forma autónoma debido a la búsqueda compulsiva por consumir la droga, aún a la luz de las consecuencias negativas para la salud.

Asimismo, diferentes estrategias rotuladas como *reducción de daño* han sido utilizadas por la Industria Tabacalera (IT), sin demostrar veracidad en la propuesta. Estas estrategias incluyen actualmente el uso de productos de tabaco alternativos como cigarrillos electrónicos (CE), dispositivos de calentamiento de tabaco y productos de tabaco sin humo^{2,3}.

Las estrategias de reducción del daño no han demostrado disminuir la prevalencia ni los efectos nocivos del tabaquismo.

Los productos de tabaco alternativos no están exentos de riesgos para la salud, contienen también sustancias químicas tóxicas y carcinógenas. Algunos estudios sugieren, incluso, que el uso de estos productos puede llevar a la adicción y a la eventual recaída en el consumo de cigarrillos. La promoción de la reducción de daño podría socavar los esfuerzos para prevenir y controlar el tabaquismo⁴. Al enfocarse en estrategias que permiten a los fumadores continuar consumiendo tabaco, existe el riesgo de normalizar la conducta adictiva y disminuir la motivación para dejar de fumar por completo. La reducción de daño favorece a la IT, principal inversora en la producción y promoción de productos alternativos de consumo, lo que puede llevar a un conflicto de intereses y a una influencia indebida en las políticas de salud pública.

No existe estrategia más segura para la salud, que abandonar el consumo de tabaco y no reemplazarlo por formas alternativas de consumo.

Antecedentes

En la década del 50 se estableció la relación entre Cáncer de pulmón y Tabaquismo con certeza⁵. A partir de entonces, la IT intentó convencer a sus clientes que fumar podía ser menos dañino mediante modificaciones del cigarrillo y a través de campañas publicitarias: agregado de filtros con el fin de que el alquitrán quedara retenido y así disminuir el daño; lanzamiento al mercado de los cigarrillos “light” o “ligeros” con “bajo contenido en alquitrán” con el mismo fin. El uso de afirmaciones falsas respecto de la salud para comercializar cigarrillos “light” o “ligeros” alienta a los no fumadores a comenzar a fumar y desalienta a los fumadores a dejar de fumar. Estudios posteriores demostraron fehacientemente que no resultaron menos perjudiciales para la salud^{6,7}.

Otros intentos como cigarrillos electrónicos, dispositivos de tabaco calentado, saborización y/o cigarrillos armados generan en el consumidor la percepción de una alternativa menos dañina a fumar, y cataloga la conducta de riesgo como una "experiencia de fumar sin fumar".

Evidencia científica

Los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) son dispositivos que generan aerosoles que proporcionan además de nicotina, aditivos y saborizantes que facilitan su absorción y los hacen más atractivos al consumidor. Estos incluyen a los CE y a los nuevos productos de tabaco calentado (PTC). Los aerosoles de estos sistemas electrónicos evidencian in vitro menor concentración de toxinas presentes en el humo del cigarrillo convencional por lo que la IT y algunos grupos de profesionales proponen su uso sobre el consumo adictivo de nicotina, con el argumento de “*reducción de daño*”⁸⁻¹⁰. Sustentan su postura en que el consumo de nicotina con los SEAN expone al usuario a menor toxicidad al reducir o abandonar el tabaco, concepto que surge de estudios con sesgos y limitaciones científicas.

Los CE, están prohibidos en nuestro país desde el 2011, por ANMAT¹¹, a pesar de lo cual hay libre disponibilidad de acceso en los comercios minoristas y compra digital sin restricciones efectivas, resultando en un aumento del consumo, en particular entre niños, niñas y adolescentes. Según la encuesta mundial de jóvenes de 2018, en nuestro país el 7,1 % consumía CE¹²

Desde la comunidad científica se postulan distintos argumentos que contradicen el concepto de Reducción de Daño, considerando las consecuencias sobre la salud y adicción a la nicotina:

- **El atractivo y la novedad para los jóvenes.**
 - creencia de que son inocuos^{13,14}
 - efecto de puerta de entrada al consumo tradicional de nicotina¹⁵
- **Las consecuencias sobre la salud.** No existen evidencias suficientes que el consumo de SEAN esté exento de riesgos.
 - Efectos inmediatos de la nicotina: aumento de la frecuencia cardíaca y de la TA.
 - Riesgo siempre latente de generar adicción.
 - Asociación entre CE y mayor riesgo de enfermedad CV^{16,17} (27) (28)
 - Compuestos químicos nocivos del aerosol generado en el CE - plomo, cadmio, níquel, nitrosaminas y benzopirenos, son cancerígenos¹⁸ (29).
 - Posibles riesgos para la salud asociados con el uso prolongado, incluido el desarrollo de enfermedades respiratorias, problemas cardiovasculares y otras complicaciones de salud^{19, 18} que requieren más tiempo de evaluación.
 - Afecciones pulmonares graves, conocidas como lesiones pulmonares asociadas al vapeo o EVALI, que pueden ser potencialmente mortales y requieren hospitalización²⁰.
 - Incidentes como explosiones e incendios relacionados con las baterías recargables de los CE, que pueden provocar lesiones graves y daños materiales²¹.
- **La IT y el efecto del marketing.** La exposición al marketing de CE se asocia con la progresión hacia el consumo (ser susceptible de no consumir nunca o de consumir alguna vez)²².
- **Cesación tabáquica.** La “Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2021”²³, como otras guías internacionales²⁴, afirma y avala que hasta el momento el único abordaje probado científicamente como eficaz y seguro para la cesación tabáquica es la combinación de tratamiento farmacológico (Vareniclina, Bupropion, terapia de reemplazo nicotínico, etc.) y terapia cognitivo conductual. Con respecto al uso del CE como terapia para dejar de fumar, aún no hay evidencias firmes que lo avalen.

Conclusiones

1. El concepto “*Reducción de Daño*” (RD) de la OMS no es aplicable al Tabaquismo.
2. La industria tabacalera (IT) se contradice en su intento de evitar el daño auspiciando el consumo de nicotina.
3. Todos los intentos previos de la IT en estrategias de RD no fueron efectivos y resultaron en aumento y perpetuación del consumo.
4. El Tabaquismo es una enfermedad adictiva y el consumo de nicotina impide la libertad de elección.
5. Hay evidencia científica suficiente que el tratamiento combinado farmacológico y psicológico es efectivo y seguro para dejar de fumar.
6. No hay evidencia científica suficiente de seguridad y eficacia en el uso de alternativas electrónicas.
7. Los cigarrillos electrónicos y otros dispositivos de liberación de nicotina (SEAN), perpetúan la dependencia psicológica y gestual.
8. Los cigarrillos electrónicos promueven el inicio de consumo de nicotina en niños/as y adolescentes.
9. Los dispositivos electrónicos evitan y/o postergan los intentos de cesación con evidencia demostrada.
10. No existe un umbral seguro de consumo.

Bibliografía

1. WHO. Tabaco: cigarrillos electrónicos. Preguntas y respuestas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>
2. WHO. Productos de tabaco calentados [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272877/WHO-NMH-PND-17.6-spa.pdf>
3. Productos de tabaco novedosos y emergentes. FCTC/COP8(22). WHO. (2018) Disponible en [https://fctc.who.int/es/protocol/overview/assessed-contributions/fctc-cop8\(22\)-novel-and-emerging-tobacco-products](https://fctc.who.int/es/protocol/overview/assessed-contributions/fctc-cop8(22)-novel-and-emerging-tobacco-products)
4. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: abordar los productos nuevos y emergentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032095>
5. Doll R, Hill B. Smoking and carcinoma of the lung. *BMJ*. 1950; 2:739-48.
6. Wilkenfeld J, Henningfield J, Slade J, David Burns, Pinney J. It’s time for a change: cigarette smokers deserve meaningful information about their cigarettes. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92(2):90-92.

7. Harris J, Thun M, Mondul AM, Calle EE. Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. *BMJ* 2004; 328:1-8)
8. Nutt, D.J., et al., Estimating the harms of nicotine-containing products using the MCDA approach. *European addiction research*, 2014. 20(5): p. 218-225
9. Boué S, Goedertier D, Hoeng J, et al. State-of-the-art methods and devices for the generation, exposure, and collection of aerosols from heat-not-burn tobacco products. *Toxicology Research and Application*. 2020;4. doi:10.1177/2397847319897869
10. Benowitz NL, St. Helen G, Liakoni E. Clinical Pharmacology of Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS): Implications for Benefits and Risks in the Promotion of the Combusted Tobacco Endgame. *J Clin Pharmacol*. 2021;61(S2): S18-S36. doi:10.1002/jcph.1915
11. Disposición ANMAT No. 3226/11, Art. 1
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (EMTJ). Argentina (2018). Disponible en <https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-09/encuesta-mundial-sobre-tabaco-en-jovenes-en-argentina-junio-2020.pdf>
13. Yoong SL, and col. Association between electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems with initiation of tobacco use in individuals aged < 20 years. A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021 Sep 8;16(9): e0256044. doi: 10.1371/journal.pone.0256044
14. Wang TW, Neff LJ, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA, King BA. E-cigarette use among middle and high school students— United States, 2020. *MorbMortalWklyRep*. 2020;69(37):1310
15. Soneji S, and col. Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2017 Aug 1;171(8):788-797. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1488.
16. Bianco E, et al. E-Cigarettes: A New Threat to Cardiovascular Health – A World Heart Federation Policy Brief. *Global Heart*. 2021; 16(1): 72. DOI: <https://doi.org/10.5334/gh.1076>
17. Monroy AE, Hommel E, Smith ST, Raji M. Paroxysmal atrial fibrillation following electronic cigarette use in an elderly woman. *Clinical Geriatrics* 2012; 20:28-32
18. Thiri6n-Romero I, P6rez-Padilla R, Zabert G, Barrientos-Guti6rrez I. RESPIRATORY IMPACT OF ELECTRONIC CIGARETTES AND "LOW-RISK" TOBACCO. *Rev Invest Clin*. 2019;71(1):17-27.
19. Bravo-Guti6rrez OA and col. Lung Damage Caused by Heated Tobacco Products and Electronic Nicotine Delivery Systems: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 13;18(8):4079. doi: 10.3390/ijerph18084079.
20. Terek Been, Bayan Alakhtar, Hussein Traboulsi, Thupten Tsering, Alexandra Bartolomucci, Nicole Heimbach, Sofia Paoli, Julia Burnier, et al. Chronic low-level JUUL aerosol exposure causes pulmonary immunologic, transcriptomic, and proteomic changes: The FASEB Journal. 2023;37: e22732.

21. McCauley L, Markin C, Hosmer D. An unexpected consequence of electronic cigarette use. *Chest*. 2012 Apr;141(4):1110-3
22. Pierce JP et al. Association Between Receptivity to Tobacco Advertising and Progression to Tobacco Use in Youth and Young Adults in the PATH Study. *JAMA Pediatr*. 2018 May 1;172(5):444-451. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.5756. PMID: 29582078; PMCID: PMC5875336.
23. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Edición. Ministerio de Salud de la Nación. 2021. Disponible en: <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-nacional-de-tratamiento-de-la-adiccion-al-tabaco-edicion-2021>
24. Carlos A. Jiménez Ruiz, Segismundo Solano-Reina, Eva de Higes-Martínez. Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ante las estrategias de reducción del daño del tabaco (2022) *Open Respiratory Archives*