

PREGUNTA 55

¿Cómo debemos hacer el abordaje de la deshabituación tabáquica?

José Manuel Comas Samper

Médico de familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán (Toledo)

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedad y muerte, además de ser la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España¹. Se ha demostrado que el tabaquismo puede desempeñar un importante papel en el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)² y que los fumadores tienen entre un 30 y un 40 % más probabilidades de padecer una DM2 que los no fumadores, en íntima relación con el número de cigarrillos que fume una persona.

Una persona con diabetes mellitus (DM) que fuma tiene más probabilidades de tener dificultad para regular la insulina y controlar la enfermedad que las personas diabéticas que no fuman. El tabaquismo y la DM causan problemas vasculares que incrementan el riesgo de ceguera y amputación; además, los diabéticos que fuman tienen más probabilidades de padecer una insuficiencia renal que los diabéticos que no fuman. La DM es la séptima causa principal de muerte en EE. UU, unido a que los pacientes con DM2 fumadores o expuestos de forma indirecta al humo del cigarrillo presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, muerte prematura y complicaciones microvasculares asociadas a esa DM2³.

El abandono del tabaco siempre produce importantes beneficios para la salud, tanto si se han desarrollado o no enfermedades relacionadas con el tabaco⁴, y con la mejor relación coste-efectividad⁴: disminuye el riesgo de cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer, de infarto agudo de miocardio, de accidente cerebrovascular y de enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁴ y se asocia con una mejoría de los parámetros metabólicos y con un descenso de la presión arterial y de la albuminuria en el plazo de un año⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea han puesto en marcha políticas y

legislaciones para afrontar el fenómeno del tabaquismo orientadas a abordar la parcela sanitaria y preventiva. Ha disminuido la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco, con un aumento significativo de las diferencias sociales en el consumo de tabaco⁶.

VOLUMEN DE LA EVIDENCIA

La mayoría de personas que han dejado de fumar lo han hecho por su cuenta, solas y sin más ayuda que su motivación y el apoyo de amigos o familiares. Muchas personas que han dejado de fumar no han podido hacerlo en el primer intento, pero lo han conseguido tras dos o tres intentos. Para algunas personas, el tratamiento sustitutivo con nicotina es una ayuda valiosa. Hay diversas terapias de apoyo que han ayudado a algunos fumadores a dejar de fumar⁷.

El consejo breve (oportuno, claro, firme y personalizado) para dejar de fumar, y además formulado por distintos profesionales, se recomienda en todos los pacientes y aumenta el volumen de abandonos, unido a su repetición en períodos largos de tiempo⁴. La United States Preventive Services Task Force recomienda hacer anamnesis sobre el consumo de tabaco a todos los adultos y facilitar intervenciones para conseguir el abandono del tabaco a los fumadores. En mujeres embarazadas se aconseja preguntar y ofrecer intervenciones con mayor intensidad y adaptadas a su situación⁸ y sugerir a todos los pacientes que no fumen ni utilicen productos con tabaco³. También recomienda que desde Atención Primaria se intervenga para prevenir el consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar, mediante la educación y las intervenciones breves⁹.

La evaluación constante y minuciosa del consumo de tabaco es esencial para evitar el hábito o alentar su abandono, incluyendo el consejo de dejar fumar y otras formas de tratamiento como un componente más de la asistencia médica habitual de la DM.

En el estudio realizado por Carter et al. relacionado con la mortalidad asociada al consumo de tabaco, se corrobora que las estimaciones anteriores realizadas sobre las muertes prematuras a causa del tabaquismo han subestimado considerablemente la carga del consumo de tabaco en la sociedad y se concluye que la lista de patologías relacionadas con el tabaquismo es mayor de lo que actualmente se reconoce¹⁰.

De acuerdo con las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)¹¹, se recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clínica¹², la periodicidad mínima de esta búsqueda debe ser de una vez cada dos años. No se considera necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en las que haya constancia en la historia clínica de que nunca han fumado. Todas las personas que fuman deben recibir un consejo claro y personalizado para el abandono del tabaco, debe ofrecérseles ayuda para dejar de fumar y se debe fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de fumar¹².

Se recomienda intervenir sobre el consumo de tabaco mediante «la estrategia de las cinco aes»¹², basada en: anamnesis sistemática al paciente sobre el consumo de tabaco (*ask*: **preguntar**); instar al abandono del tabaco (*advise*: **aconsejar**); valorar la disponibilidad según el grado de adicción (test de Fagerström)¹³ y motivación (test de Richmond)¹⁴ para hacer un intento de dejar de fumar (*assess*: **evaluar**); apoyar a cada persona fumadora en el intento de abandono (*assist*: **ayudar**) y fijar visitas de seguimiento (*arrange*: **organizar**).

Es importante valorar como mínimo el consumo acumulado de tabaco debido al efecto acumulativo según el nivel de exposición al tabaco (índice de paquetes/año) y el riesgo asociado del desarrollo de enfermedades (cribado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes mayores de 40 años con síntomas e índice de paquetes año > 10 paquetes/año)¹⁵, disponibilidad para el abandono (escala de Prochaska y DiClemente)¹⁶, grado de dependencia¹³ y de motivación¹⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banegas JR, Díez L, Bañuelos B, González-Enríquez J, Villar F, Martín JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin (Barc)* 2011;136:97-102.
2. Jankowich M, Choudhary G, Taveira TH, Wu WC. Age-, race-, and gender-specific prevalence of diabetes among smokers. *Diabetes Res Clin Pract* 2011;93:e101-5.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015. *Diabetes Care* 2015;38(Suppl 1):S20-30.

Las intervenciones y objetivos¹⁷ deberán ser diferentes según la fase de cambio en que se encuentre el fumador⁴:

- No desea abandonar el tabaco. Se debe entregar material informativo y expresarle la disponibilidad de ayuda permanente.
- Se plantea el abandono en los próximos seis meses. Se deben desarrollar estrategias motivacionales, beneficios y fomentar la autonomía del paciente.
- Se plantea abandonar en el próximo mes. En estos casos es básico realizar una intervención efectiva basada en la parcela psicosocial, que abarca sobre todo aspectos de tipo cognitivo y conductual¹⁸ (con especial atención al síndrome de abstinencia como principal causa de recaída), farmacológica y de seguimiento.

Se ha demostrado el coste-efectividad del apoyo terapéutico de tratar con fármacos^{4,19}, salvo que exista contraindicación: bien mediante indicación de terapia sustitutiva de nicotina (parches de 16 o 24 horas, caramelos o chicles de acción rápida) y de fármacos orales (bupropión y sobre todo vareniclina, con distintos mecanismos de acción)¹⁹, ya que se ha demostrado el beneficio de tratar con terapia combinada de nicotina, o bien mediante terapia simple de nicotina unida a fármacos orales (bupropión o vareniclina)²⁰, acordando con el paciente el tratamiento que se va a seguir.

La evidencia científica en relación con los cigarrillos electrónicos es todavía muy limitada, sobre todo en Europa. Se necesitan más datos para fortalecer la confianza en las estimaciones. Hay pruebas a partir de los resultados agrupados de dos ensayos de que los cigarrillos electrónicos con nicotina, comparados con los cigarrillos electrónicos placebo, ayudaron a los fumadores a dejar de fumar a largo plazo; también aumentó el número de personas que no abandonó en absoluto, pero que redujo a la mitad el consumo de cigarrillos. Lo anterior se corresponde con los resultados de los ensayos controlados con placebo de terapia sustitutiva de nicotina (Stead, 2012)²¹.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Véase la tabla 1.

4. Grupo de Respiratorio SAMFYC en colaboración con el Grupo de Abordaje al Tabaquismo SAMFYC. Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Granada: SAMFYC; 2011.
5. Voulgari C, Katsilambros Tentolouris N. Smoking cessation predicts amelioration of microalbuminuria in newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: a 1-year prospective study. *Metabolism* 2011;60:1456-64.

Nivel de evidencia	
1++	El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedad y muerte, además de ser la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España
1+	El tabaquismo puede desempeñar un importante papel en el desarrollo y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2
1+	El consejo breve (oportuno, claro, firme y personalizado) para dejar de fumar, y además formulado por distintos profesionales, se recomienda en todos los pacientes y aumenta el volumen de abandonos, unido a su repetición en períodos largos de tiempo
1++	Se ha demostrado el coste-efectividad del apoyo terapéutico de tratar con fármacos
1+	Las intervenciones y objetivos deberán ser diferentes según la fase de cambio en que se encuentre el fumador
Grado de recomendación	Recomendación
A	El abandono del tabaco siempre produce importantes beneficios para la salud, tanto si se han desarrollado o no enfermedades relacionadas con el tabaco, y con la mejor relación coste-efectividad
A	Se recomienda hacer anamnesis sobre el consumo de tabaco a todos los adultos y facilitar intervenciones para conseguir el abandono del tabaco a los fumadores
B	Se aconseja que desde Atención Primaria se intervenga para prevenir el consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar mediante la educación y las intervenciones breves
A	Se recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco y registrar el consumo en la historia clínica
A	Se debe fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de fumar
A	Si el fumador se plantea abandonar en el próximo mes, en estos casos es básico realizar una intervención efectiva, basada en la parcela psicosocial (de tipo cognitivo y conductual), farmacológica y de seguimiento

- Plan de Salud 2013-2020 de Osakidetza. Disponible en: URL: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf [último acceso: 12 de febrero de 2016].
- Consejo Nacional de Prevención del Tabaquismo. Disponible en: URL: <http://www.cnpt.es/dejar-de-fumar.asp> [último acceso: 12 de febrero de 2016].
- Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Clinical Preventive Services, 2014. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. 2014. Disponible en: URL: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines> [último acceso: 14 de enero de 2016].
- Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent tobacco use in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013;159(8):552-7.
- Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and mortality—beyond established causes. *N Engl J Med* 2015;372:631-40.
- Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008;35:158-76.
- Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 2014;46(Supl 4): S16-23.
- Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978;3(3-4):235-41.
- Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993;88:1127-35.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009. Disponible en: URL: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>.

16. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47(9):1102-14.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Brief interventions in health and community care. Disponible en: URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph1/chapter/1-Recommendations> [último acceso: 14 de enero de 2016].
18. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;10:CD009670.
19. Hollands GJ, McDermott MS, Lindson-Hawley N, Vogt F, Farley A, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2: CD009164.
20. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.
21. McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;12:CD010216.