

19

Tabaquismo

El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo de enfermedad y muerte, además de ser la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España¹.

El consumo de tabaco incrementa el riesgo de padecer DM2², en íntima relación con el número de cigarrillos consumidos², recomendando por ello no iniciar o interrumpir su consumo **(GRADO B)**.

El abandono del tabaco siempre acarrea beneficios para la salud, incluso si ya se han desarrollado enfermedades relacionadas con el tabaco³, con la mejor relación coste-efectividad **(GRADO A)**³.

Su retirada disminuye el riesgo de cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica **(GRADO A)**⁴, unido a una mejoría de parámetros metabólicos, así como un descenso de la presión arterial y de la albuminuria en el plazo de un año⁵.

La mayoría de personas que han dejado de fumar lo han hecho por su cuenta, y a veces con apoyo de amigos o familiares, en muchos casos tras dos o tres intentos⁶.

Para algunas personas, el tratamiento sustitutivo con nicotina es una ayuda valiosa, hay diversas terapias de apoyo que han ayudado a algunos fumadores a su abandono⁶.

El consejo breve (oportunista, 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 periodos largos de tiempo **(GRADO A)**³.

La US Preventive Services Task Forces (USPSTF) recomienda hacer anamnesis sobre el consumo de tabaco a todos los adultos y facilitar intervenciones para conseguir el abandono del tabaco en los fumadores (**GRADO A**)⁷, y que desde Atención Primaria (AP) se intervenga para prevenir el consumo de tabaco en niños y adolescentes, mediante la educación e intervenciones breves (**GRADO B**)⁸.

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

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 clínica⁹ (**GRADO A**), con una periodicidad mínima de una vez cada 2 años, sin ser necesario reinterrogar a los mayores de 25 años que no han fumado nunca (Tablas 1 y 2).

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 fijar un seguimiento mínimo en las primeras semanas tras dejar de fumar (**GRADO A**)⁹, así como ser incluido dentro de la asistencia habitual en la Diabetes (**GRADO B**)¹⁰ (Figura 1).

Figura 1 Intervenciones dependiendo de la predisposición del paciente



Tabla 1 Propuesta de intervención sobre el consumo de tabaco

La estrategia de las 5 Aes ⁹
(ASK: preguntar) anamnesis sistemática al paciente sobre el consumo de tabaco
(ADVISE: aconsejar) instar al abandono del tabaco
(ASSES: evaluar) valorar su predisposición según grado de dependencia (test de Fagerström) y motivación (test de Richmond)
(ASSIST: ayudar) a cada persona fumadora en el intento de abandono
(ARRANGE: organizar) fijar visitas de seguimiento

Tabla 2 Cálculo del grado de motivación y de dependencia

Cálculo breve grado de motivación	Cálculo breve grado de dependencia
1. ¿Desea dejar de fumar?	1. ¿Nº de cigarrillos diarios? Puntuación >30 (3); 21-30 (2); 11-21 (1); ≤10 (0)
2. ¿Tiene una fecha decidida para dejarlo? ¿menos de 6 meses?	2. ¿Tiempo entre levantarse y primer cigarrillo? Puntuación <5' (3); 5-30' (2); 31-60' (1); >60' (0)
Alta motivación: Sí (2 preguntas) Alta motivación: intentos previos	Dependencia: Alta (5-6); moderada (3-4); baja (0-2)

Es importante valorar el consumo global de tabaco debido al efecto acumulativo según su nivel de exposición, valorado por:

- Índice de paquetes año (IPA): nº cigarrillos día x nº años fumando/20.
- Riesgo asociado para el desarrollo de enfermedades (despistaje de EPOC en pacientes mayores de 40 años con síntomas e IPA >10 paquetes/año).
- Predisposición para el abandono (escala de Prochaska y DiClemente).
- Grado de dependencia y de motivación.

Se debe recomendar que no fumen cigarrillos ni el consumo de otros productos de tabaco a todos los pacientes (**GRADO A**)¹⁰, ni tampoco cigarrillos electrónicos (**GRADO D**)¹⁰.

Está demostrado el coste-efectividad del tratamiento con fármacos, 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 beneficio demostrado de tratar con terapia combinada de nicotina o bien terapia simple de nicotina unida a fármacos orales, acordando con el paciente el tratamiento a seguir.

No se aconseja el uso de cigarrillos electrónicos como alternativa, carecen de evidencia suficiente más saludable que los cigarrillos o facilitadores del abandono del tabaco¹⁰.

→ Mensajes clave

- El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo de enfermedad y muerte, además de ser la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España, incrementando el riesgo de padecer una DM2, en íntima relación con el número de cigarrillos consumidos.
- Se recomienda el consejo breve (oportunisto, claro, firme y personalizado) para dejar de fumar en todos los pacientes, ya que aumenta el volumen de abandonos, unido a su repetición en periodos largos de tiempo, y debe ser incluido dentro de la asistencia habitual en la diabetes.

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. McCulloch DK, Robertson RP. Risk factors for type 2 diabetes mellitus. *UpToDate*. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-type-2-diabetes-mellitus>.
3. Grupo de Respiratorio SAMFYC en colaboración con el Grupo de Abordaje al Tabaquismo. Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Granada: SAMFYC; 2011.
4. 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.

5. Plan de salud 2013-2020 Osakidetza. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf.
6. Consejo Nacional de Prevención del Tabaquismo. Disponible en: <http://www.cnpt.es/dejar-de-fumar.asp>.
7. Guide to Clinical Preventive Services, 2014: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force, 2014. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines>.
8. Primary Care Interventions to Prevent Tobacco Use in Children and Adolescents. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine and Pediatrics. Ann Intern Med. 2013. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/08/20/peds.2013-2079.abstract>.
9. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2014;46(Supl 4):16-23.
10. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2017 Diabetes Care 2017;40(Suppl 1):S33-S43. DOI: 10.2337/dc17-S007.