

## Intervención sobre el tabaquismo

Carlos Martín Cantera

Centro de Atención Primaria Passeig de Sant Joan. Barcelona

### INTRODUCCIÓN

La morbimortalidad observada en la diabetes está ligada a las complicaciones macro y microvasculares que genera. El tabaco tiene un efecto multiplicador sobre esta afectación vascular. Existe una relación entre nivel de consumo de tabaco y riesgo de enfermedad coronaria en las mujeres diabéticas (riesgo relativo [RR] = 1,7 e intervalo de confianza [IC] del 95 % = 1,1-2,5 y RR = 2,68 e IC del 95 % = 2,01-3,05, de 1 a 14 y > 15 cigarrillos/día, respectivamente). El riesgo vuelve a los valores basales a los 10 años del abandono (Al-Delaimy et al., 2002). Se ha demostrado que consumir tabaco está asociado a mortalidad por cardiopatía isquémica en pacientes diabéticos (Haire-Joshu et al., 2004), con el desarrollo de nefropatía en diabetes mellitus tipo 1 y 2 (Haire-Joshu et al., 2004) y la progresión de neuropatía diabética. El riesgo de muerte prematura en el paciente diabético fumador es el doble que en el diabético no fumador.

Según las recomendaciones de las guías de diabetes y tabaco nacionales (Guía GEDAPS 2004; PAPPS; Camarelles et al., 2013) e internacionales (ADA, 2013; Fiore et al., 2008), es prioritario conseguir abstinencia en los pacientes diabéticos fumadores, al tratarse de un grupo de pacientes en que el riesgo cardiovascular es de dos a cuatro veces más frecuente. La prevención cardiovascular es una prioridad en Atención Primaria, por ello es importante evitar que los pacientes diabéticos fumen (NICE, 2008; Ranney et al., 2006).

### ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE EL DIABÉTICO FUMADOR?

En nuestro país los datos indican que el 15,4 % de los diabéticos son fumadores (un 23,9 % hombres y un 6,2 % mujeres (Vinagre et al., 2012)). Otros autores señalan que hay más fumadores entre personas jóvenes (18-44 años), con menos ingresos económicos y nivel educativo bajo. Los diabéticos fumadores en su mayoría se visitan con el médico de familia en el último

año (92-97 %) y en muchos casos acuden al dentista (40-44 %), habiendo recibido apoyo para dejar de fumar en las visitas al médico de familia en su mayoría (85-95 %) pero no en las visitas al dentista (63 %) (Carter-Pokras et al., 2011). No obstante, también algunos autores indican que se realizan menos autocontroles, son más sedentarios, tienen tendencia a deprimirse y declaran un estado de salud peor (Solberg et al., 2004).

### ¿QUÉ MODALIDAD DE INTERVENCIÓN ES LA RECOMENDADA?

Existe un consenso en que el modelo del proceso del cambio definido por James Prochaska y Carlo DiClemente es útil en la estadiación del fumador como ayuda a la toma de decisiones terapéuticas y como complemento para apreciar la evolución en las actitudes que el paciente presenta en el proceso de dejar de fumar. Algunos autores han descrito que la gran mayoría de las personas diabéticas fumadoras se encuentra en el estadio precontemplativo, aunque existen diferencias entre diabéticos tipo 1 y 2. Las personas diabéticas que referían haber recibido algún tipo de consejo para dejar de fumar habían avanzado más en el proceso del abandono del hábito tabáquico (Ruggiero et al., 1999; Albareda et al., 2009).

### ¿QUÉ INTENSIDAD DEBE TENER LA INTERVENCIÓN?

En cuanto a la intensidad de la intervención sobre el hábito tabáquico en población general, actualmente se sabe que el consejo mínimo aislado para la deshabituación tabáquica obtiene una media del 5 % de abandonos en un año (Russell et al., 1979), mientras que intervenciones con seguimiento más intensivo pueden llegar a más de un 20 % (Papadakis et al., 2010). En general, la proporción de abstinencia aumenta con la intensidad de la intervención, el tiempo empleado y el número y diversidad de contactos, incluyendo las visitas de seguimiento (Haire-Joshu et al., 2004; Camarelles et al., 2013).

En la bibliografía encontramos diversos estudios que demuestran que, cuanto más intensa es la intervención, mejores resultados obtiene. En Suecia, un estudio realizado en Atención Primaria, donde se incluyeron 412 diabéticos fumadores (241 en el grupo de intervención [consejo, seguimiento telefónico o grupal] y 171 en el grupo control [carta con consejo antitabaco]), encontró que un 20 % de los participantes del grupo de intervención se mantenía sin fumar al año frente al 7 % de los del grupo control. Además, dentro del grupo de intervención, el 40 % de los que habían participado en la terapia grupal dejaron de fumar, frente al 14 % si la intervención había sido únicamente telefónica (Persson y Hjalmarson, 2006).

En nuestro país se ha realizado un ensayo clínico aleatorizado por profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario en el que se evaluaba la efectividad de una intervención con seguimiento intensivo para ayudar a dejar de fumar en pacientes diabéticos. A los seis meses de la intervención, el 17 % del total de pacientes del grupo de intervención se mantenía sin fumar frente al 2,3 % del grupo que recibió la práctica clínica habitual. También disminuyó el número de cigarrillos fumados en aquellos pacientes que no consiguieron la abstinencia, y se concluyó que una intervención estructurada aumentaba el cese tabáquico en los pacientes diabéticos (Canga et al., 2000).

Otro estudio de la misma índole en diabéticos fumadores, realizado en Minneapolis (Hokanson et al., 2006), concluye que la intervención intensiva para la deshabituación tabáquica debería incluirse en el programa de educación diabetológica, ya que esto aumenta la eficacia del consejo y no tiene un impacto negativo en el control metabólico de la diabetes.

### **¿QUÉ FÁRMACOS PARA DEJAR DE FUMAR PODEMOS USAR EN LOS DIABÉTICOS?**

El tratamiento farmacológico (sustitutivos de nicotina, bupropión y vareniclina) como parte de la intervención frente al tabaquismo ha demostrado su eficacia en varias revisiones sistemáticas y metaanálisis (Jorenby et al., 2006; González et al., 2006; NICE, 2008).

En cuanto a la población diabética, habría que tener en cuenta que el bupropión debe utilizarse con precaución en pacientes con tratamiento hipoglucemiante o insulina, por ello es recomendable reducir la dosis a la mitad. No es necesaria la modificación de dosis en caso de sustitutivos de nicotina o vareniclina en este tipo de pacientes.

### **¿CÓMO AFECTA EL ABANDONO DEL TABACO A LOS DIABÉTICOS?**

Entre los diabéticos dejar de fumar puede provocar aumento de peso y de ganas de comer y, a corto plazo, empeora-

ramiento de algunos síntomas de la diabetes, lo que puede disuadir a los fumadores con diabetes de intentar dejar de fumar (Tonstad, 2009; Sherman, 2005). Sin embargo, una reciente publicación señala que este aumento de peso no tiene efectos negativos relacionados con patología cardiovascular (Clair, et al., 2013). También algunos autores apuntan a la posibilidad de desarrollar diabetes entre los pacientes que han dejado el tabaco, relacionado con su aumento de peso y especialmente durante los tres primeros años después del abandono (Yeh et al., 2010; Morimoto et al., 2012). Por último, algunos autores recomiendan controlar la posible aparición de síntomas depresivos que requieran terapia específica (Sherman, 2005).

### **¿DÓNDE DEBERÍAMOS REALIZAR LA INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO DEL DIABÉTICO?**

Hay pocos estudios publicados sobre deshabituación tabáquica en población diabética en el ámbito de Atención Primaria, como así lo ratifica la Organización Mundial de la Salud en el documento *Guidelines for Development of a National Programme for Diabetes Mellitus*, en donde se afirma que las actividades de prevención y control de la diabetes han de estar asentadas en la Atención Primaria de salud (Reiber y King, 1991). Sin embargo, es este nivel asistencial el que desempeña un papel esencial en el control de los diabéticos, ya que es donde se atiende a la gran mayoría de estos pacientes y adonde acuden en numerosas ocasiones a lo largo del año para realizar los controles oportunos de su enfermedad. Todo ello hace pensar que la Atención Primaria es el ámbito más idóneo para intervenir de forma intensiva a fin de conseguir la deshabituación tabáquica, según recomiendan las guías de práctica clínica, en los pacientes diabéticos fumadores.

### **PUNTOS CLAVE**

- Es importante aconsejar e intervenir ante el diabético fumador, aunque sea un paciente difícil y resistente al cambio. El modelo de Prochaska y DiClemente es el más utilizado como herramienta para estadificar a los pacientes diabéticos fumadores.
- Con fumadores diabéticos, cuanto más intensa es la intervención, mejores resultados se obtienen.
- El ámbito más adecuado para intervenir en diabéticos fumadores es la Atención Primaria.
- La intención de la intervención en diabéticos fumadores no debería ser solo la abstinencia continuada, sino que habría que dar importancia a la disminución del consumo y el avance en la etapa del cambio.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Al-Delaimy WK, Manson JE, Solomon CG, Kawachi I, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Smoking and risk of coronary heart disease among women with type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2002;162:273-9.
- Albareda M, Sánchez L, González J, Viguera J, Mestron A, Vernet A, et al. Results of the application of the American Diabetes Association guidelines regarding tobacco dependency in subjects with diabetes mellitus. *Metabolism* 2009;58(9):1234-8.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2013. *Diabetes Care* 2013;36(Suppl 1):S11-66. doi: 10.2337/dc13-S011.
- Camaralles GF, Dalmau González-Gallarza R, Clemente JL, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano PA, Pinet Ogue MC. Consensus report for the clinical care of smoking cessation in Spain. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. *Med Clin (Barc)* 2013;140(6):272.
- Canga N, De Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martínez-González MA, et al. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients: a randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. *Diabetes Care* 2000;23(10):1455-60.
- Carter-Pokras OD, Johnson TM, Bethune LA, Ye C, Fried JL, Chen L, et al. Lost opportunities for smoking cessation among adults with diabetes in Florida (2007) and Maryland (2006). *Prev Chronic Dis* 2011;8(3):A51.
- Clair C, Rigotti NA, Porneala B, Fox CS, D'Agostino RB, Pencina MJ, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *JAMA* 2013;309(10):1014-21. doi: 10.1001/jama.2013.1644.
- Córdoba R, Cabezas C, Camaralles F, Gómez J, Díaz D, López A, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 2012;44(Supl 1):16-22.
- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services Public Health Service; 2008.
- González D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):47-55.
- Guía GEDAPS 2004. Disponible en: URL: <http://www.redgdps.org/>.
- Haire-Joshu D, Glasgow RE, Tibbs TL. Smoking and diabetes. *Diabetes Care* 2004;27(Suppl 1):S74-5.
- Hokanson JM, Anderson RL, Hennrikus DJ, Lando HA, Kendall DM. Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program: a randomized trial of diabetes and reduction of tobacco. *Diabetes Educ* 2006;32(4):562-70.
- Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):56-63.
- Morimoto A, Ohno Y, Tatsumi Y, Nishigaki Y, Maejima F, Mizuno S, et al. Impact of smoking cessation on incidence of diabetes mellitus among overweight or normal-weight Japanese men. *Diabetes Res Clin Pract* 2012;96(3):407-13.
- NICE Public Health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: National Institute for Health and Clinical Excellence 2008. Disponible en: URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/ph010guidance.pdf> (acceso 02/09/2013).
- Papadakis S, McDonald P, Mullen KA, Reid R, Skulsky K, Pipe A. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2010;51(3-4):199-213.
- Persson LG, Hjalmarson A. Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 2006;24(2):75-80.
- Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Ann Intern Med* 2006;145:845-56.
- Reiber GE, King H. Guidelines for the development of a national programme for diabetes mellitus (document WHO/DBO/DM/91.1). Geneva: World Health Organization; 1991.
- Ruggiero L, Rossi JS, Prochaska JO, Glasgow RE, De Groot M, Dryfoos JM, et al. Smoking and diabetes: readiness for change and provider advice. *Addict Behav* 1999;24(4):573-8.
- Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med J* 1979;2(6184):231-5.
- Sherman JJ. The impact of smoking and quitting smoking on patients with diabetes. *Diabetes Spectr* 2005;18(4):202-8.
- Solberg LI, Desai JR, O'Connor PJ, Bishop DB, Devlin HM. Diabetic patients who smoke: are they different? *Ann Fam Med* 2004;2(1):26-32.
- Tonstad S. Cigarette smoking, smoking cessation, and diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2009;85(1):4-13.
- Vinagre I, Mata-Cases M, Hermsilla E, Morros R, Fina F, Rosell M, et al. Control of glycemia and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care in Catalonia (Spain). *Diabetes Care* 2012;35(4):774-9. doi: 10.2337/dc11-1679. Epub 2012 Feb 16.
- Yeh HC, Duncan BB, Schmidt MI, Wang NY, Brancati FL. Smoking, smoking cessation, and risk for type 2 diabetes mellitus: a cohort study. *Ann Intern Med* 2010;152(1):10-7.