

TOB.g

RECOMENDACIONES BASADAS
EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA
PARA EL ABANDONO DEL TABACO
EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO

ATENAS 2017



EDITOR

PANAGIOTIS BEHRAKIS

CO - EDITORES

**CONSTANTINE VARDAVAS
SOPHIA PAPADAKIS**



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union



RECOMENDACIONES BASADAS
EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA
PARA EL ABANDONO DEL TABACO
EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO

ATENAS 2017

DOCUMENTO ORIGINAL

EDITOR

PANAGIOTIS K. BEHRAKIS, MD, PhD, FCCP
Investigador Principal del Proyecto TOB.g

CO – EDITORES DEL DOCUMENTO ORIGINAL

CONSTANTINE VARDAVAS
Coordinador Científico del Proyecto TOB.g

SOPHIA PAPADAKIS
Científica Experta del Proyecto TOB.g



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

REVISORES EXTERNOS

EMBARAZO Y PERÍODO DE POSTPARTO

Francisco Rodríguez Lozano, DMD

Presidente de la Red Europea para la Prevención del Tabaco

Email: frguez@infomed.es

ADOLESCENTES

Scott Leatherdale, PhD

*Profesor Asociado, Cátedra CIHR-PHAC de Investigación Aplicada en Salud Pública
Escuela de Salud Pública y Sistemas de Salud, Universidad de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canadá*

Email: sleather@uwaterloo.ca

Nicholas Chadi, MDCM, FRCPC, FAAP

División de Medicina en Adolescentes, Hospital para Niños Enfermos, Toronto, Ontario, Canadá

Email: nicholas.chadi@umontreal.ca

DIABETES

Manfred Neuberger, M.D.

Profesor de Salud Ambiental

*Instituto de Medio Ambiente, Salud y Medicina de la Universidad de Viena
Academia Austriaca de Ciencia, Cambio Climático y Calidad del Aire de Viena, Austria*

Email: manfred.neuberger@meduniwien.ac.at

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Taylor Hays, MD

Profesor de Medicina, Universidad de Vanderbilt

Director Asociado del Centro de Dependencia a la Nicotina, Clínica Mayo, Rochester, Nueva York, EE.UU.

Email: hays.taylor@mayo.edu

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Andrew Pipe, MD, CM, FRCPC

Catedrático de la División de Prevención y Rehabilitación, Instituto del Corazón de la Universidad de Ottawa

Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ottawa, Ottawa, Canadá

Email: apipe@ottawaheart.ca

TRADUCCIÓN AL CASTELLANO

RESPONSABLE DE LA TRADUCCIÓN
Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

REVISORES

Olga Montegudo Piqueras

Jefa del Servicio de Educación y Promoción para la Salud-Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Carlos A. Jiménez Ruiz

Jefe del Servicio de la Unidad Especializada de Tabaquismo de la Comunidad Autónoma de Madrid

Este documento es una traducción al castellano de cada resumen ejecutivo del documento original que forma parte del proyecto 664282 “Guías para el Abandono de Tabaco en Grupos de Alto Riesgo (TOB.g)”, financiado por el Programa de Salud de la Unión Europea (2014-2020).

La Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia cuenta con el permiso expreso de los editores, investigadores principales y responsables del documento original y del Proyecto TOB.g para su traducción y adaptación al castellano, constanding ésta de su visto bueno para su edición, impresión y difusión.

Todas las referencias, investigaciones y ensayos clínicos en las que se apoyan las afirmaciones de los/as autores/as se pueden consultar en el documento original:

Behrakis, Panagiotis. “TOB-G: Tobacco Cessation Guidelines for High risk Populations.” Tobacco Prevention & Cessation, vol. 2, no. April Supplement, 2016, 39. doi:10.18332/tpc/62428.

Documento disponible en:

<http://tob-g.eu/wp-content/uploads/TOB-G-BOOK-DIGITAL-VERSION.pdf>

“El contenido de esta publicación representa únicamente las opiniones del autor y es su exclusiva responsabilidad; no puede considerarse que refleja los puntos de vista de la Comisión Europea y/o la Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación o cualquier otro organismo de la Unión Europea. La Comisión Europea y la Agencia no aceptan ninguna responsabilidad por el uso que pueda hacerse de la información que contiene”.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	09
<hr/>	
1. ABANDONO DEL TABACO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PERÍODO DE POSTPARTO	11
<hr/>	
2. ABANDONO DEL TABACO ENTRE LOS ADOLESCENTES	23
<hr/>	
3. ABANDONO DEL TABACO EN PACIENTES CON DIABETES	33
<hr/>	
4. ABANDONO DEL TABACO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	39
<hr/>	
5. ABANDONO DEL TABACO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	47
<hr/>	

INTRODUCCIÓN

A lo largo del documento, se ha utilizado el sistema de clasificación GRADE para evaluar la calidad de la evidencia que respalda cada una de las recomendaciones que se plantean. GRADE utiliza cuatro categorías de clasificación: ‘alta’, ‘moderada’, ‘baja’ y ‘muy baja’ (ver la Tabla 1). La escala de evaluación de evidencia refleja el tipo, la calidad y la cantidad de evidencia disponible que apoya o respalda la guía de recomendaciones. El nivel de evidencia evaluada aparece en paréntesis al final de cada recomendación.

TABLA 1. GRADE – Categorías de evaluación de evidencia

CÓDIGO	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	DEFINICIÓN
A	Alta	<ul style="list-style-type: none">- Es muy poco probable que nuevas investigaciones modifiquen el nivel de confianza del efecto estimado- Existen varios estudios de alta calidad con resultados consistentes- En casos especiales, existe un gran ensayo multi-centro de alta calidad
B	Moderada	<ul style="list-style-type: none">- Futuras investigaciones pueden tener un impacto importante en el nivel de confianza de la estimación del efecto y pueden cambiar la estimación- Existe un estudio de alta calidad- Existen varios estudios con serias limitaciones
C	Baja	<ul style="list-style-type: none">- Es muy probable que futuras investigaciones tengan un impacto importante en el nivel de confianza de la estimación del efecto y puedan cambiar la estimación- Existen uno o más estudios con serias limitaciones
D	Muy baja	<ul style="list-style-type: none">- Cualquier estimación del efecto es muy incierta- Basada en opiniones de expertos- No existe evidencia científica directa- Existen uno o más estudios con limitaciones muy serias

1.

ABANDONO DEL TABACO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PERÍODO DE POSTPARTO

AUTORES

Victoria G. Vivilaki, RM, PgCert, MMedSc, PhD

Profesora Asociada del Departamento de Midwifery, TEI Atenas, Grecia

Andriani N. Loukopoulou, RN, MSc, PhD,

Hospital General Oncológico de Kifisia, Atenas, Grecia

Este capítulo tiene como principal objetivo sintetizar la evidencia en relación a los riesgos de salud asociados al consumo del tabaco y la exposición al humo durante el embarazo y el período de postparto, así como aquellas intervenciones que resultan efectivas para el apoyo del abandono del tabaco y la prevención de recaídas.

A lo largo del capítulo se presentan recomendaciones de práctica clínica para profesionales de la salud que trabajan con mujeres durante los períodos prenatal y de postparto.

RESUMEN EJECUTIVO

ABANDONO DEL TABACO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PERÍODO DE POSTPARTO

Efectos sobre la Salud de Fumar durante el Embarazo

El consumo de tabaco y la exposición materna al humo del tabaco durante el embarazo suponen un riesgo significativo para el feto y el recién nacido. El tabaquismo materno se ha asociado a numerosas consecuencias adversas durante el embarazo. El consumo de tabaco durante el embarazo es, de hecho, la causa más prevenible de los efectos adversos que se pueden dar en el embarazo. La tasa de mortalidad perinatal es un 150% mayor cuando la madre fuma, y se estima que el tabaquismo es responsable del 15% de todos los casos de nacimiento prematuro.

Por otro lado, también se ha demostrado que los efectos adversos del consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco se extienden hasta la infancia y están asociados a un mayor riesgo de malformación congénita, síndrome de muerte súbita del lactante, enfermedades genéticas hereditarias, mortalidad y morbilidad perinatales, baja estatura, retrasos cognitivos y trastornos neurológicos.

En la Tabla 2 se presenta un resumen de los efectos conocidos del consumo de tabaco durante la gestación.

TABLA 2.
Efectos del tabaquismo materno sobre la salud del feto, el recién nacido y la infancia

PERÍODO DEL IMPACTO	EFECTO SOBRE LA SALUD
Impacto prenatal	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalías placentarias - Embarazo ectópico - Desprendimiento placentario - Placenta previa - Pre-eclampsia - Muerte fetal - Aborto espontáneo - Ruptura prematura de membranas
Impacto postnatal	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor mortalidad perinatal - Nacimiento prematuro (dos veces mayor) - Retraso del crecimiento intrauterino - Bajo peso al nacer (150-250 g más bajo que la media) - Síndrome de muerte súbita del lactante - Defectos de nacimiento
Impacto en la infancia	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes Tipo 2 - Obesidad - Hipertensión - Reducción del colesterol de lipoproteínas de alta densidad - Aumento de la hospitalización - Asma bronquial, infección de las vías respiratorias inferiores, disminución de la función pulmonar - Trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad - Deterioro del rendimiento académico - Aumento significativo de trastornos psiquiátricos

Exposición al Humo de Segunda Mano

La exposición al humo de segunda mano durante el embarazo (también conocida como humo de tabaco ambiental o humo fumado pasivamente) está asociada a múltiples riesgos para la salud del feto. Esto incluye un incremento significativo de parto prematuro, displasia broncopulmonar, malformación congénita, sibilancia o asma, entre otros. Más concretamente, las mujeres embarazadas que están expuestas al humo de segunda mano tienen un 23% más de probabilidades de experimentar muerte fetal y un 13% más de probabilidades de dar a luz a un bebé con malformación congénita.

Los ambientes 100% libres de humo deberían suponer una prioridad para todas las mujeres durante su embarazo, incluidas las no fumadoras. Igualmente, deberían mantenerse ambientes libres de humo durante el período postnatal para los recién nacidos y los niños/as.

Consumo del Tabaco durante el Embarazo

A pesar de la magnitud de los riesgos asociados al consumo de tabaco durante el embarazo, se estima que del 6 al 19% de las mujeres en Europa continuarán fumando durante el embarazo y una gran parte de las que lo han dejado volverán a fumar pasado éste. Dejar de fumar puede ser extremadamente difícil y pocos reconocen que puede serlo incluso más para las mujeres embarazadas debido tanto a factores fisiológicos como a otros. Por ejemplo, el ratio metabólico de la nicotina aumenta de un 60 a un 140%, contribuyendo a la necesidad de una mayor cantidad de nicotina y, por tanto, una mayor dificultad para dejar de fumar.

Entre las embarazadas fumadoras se pueden distinguir tres grupos:

- Aquellas que dejan de fumar espontáneamente cuando descubren que están embarazadas.
- Aquellas que reducen el consumo del tabaco cuando descubren que están embarazadas.
- Aquellas que continúan fumando durante el embarazo.

Intervenciones para Dejar de Fumar durante el Embarazo

No existe un nivel seguro –esto es, sin riesgo- de fumar durante el embarazo, y se debe recomendar su abandono completo. Más concretamente, se ha encontrado que el riesgo relativo de embarazo ectópico se incrementa 1.6 veces en las mujeres que fuman de 1 a 5 cigarrillos diarios, incremento que es de 2.3 veces si éstas fuman de 11 a 20 cigarrillos al día. El mayor beneficio para la salud deriva del cese absoluto del tabaco durante el embarazo en lugar de la reducción de su consumo. Además, se debe alentar a las mujeres a dejar de fumar antes de que se queden embarazadas, para garantizar los resultados óptimos del embarazo. De acuerdo con esto, es importante destacar que los efectos adversos graves del tabaquismo son reversibles si se deja de fumar en una etapa temprana del embarazo. La evidencia científica ha demostrado que las mujeres que dejan de fumar durante el primer trimestre de embarazo dan a luz bebés de peso similar a los de aquellas mujeres que nunca fumaron.

La creciente preocupación de los futuros padres sobre los riesgos del tabaquismo en los resultados del embarazo y la salud de su recién nacido crea un momento idóneo para dejar de fumar, ya que la madre puede mostrarse más receptiva. Lo mismo ocurre para los futuros padres y otros miembros de la familia.

En este sentido, los profesionales de la salud juegan un papel fundamental en el apoyo a las mujeres embarazadas y otros miembros de la familia que deseen dejar de fumar. Dados los riesgos significativos sobre la salud del feto y el recién nacido como consecuencia del consumo del tabaco, es crucial el trabajo que los profesionales de la salud puedan desarrollar con las mujeres embarazadas, incluyendo médicos de familia, matronas/os, obstetras y ginecólogos/as y enfermeros/as, que estén familiarizados con las últimas evidencias demostradas y se encuentren cómodos y preparados en la intervención y apoyo de las mujeres en proceso de abandono del tabaco.

El modelo de las “5 Aes” (en sus siglas en inglés ‘Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange’, siendo en español un modelo basado en cinco dimensiones que incluyen ‘Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar’) puede ser utilizado como un modelo clínico para el abandono del tabaco de mujeres embarazadas (ver la Figura 1). Como parte del modelo de las 5 Aes, se debería evaluar el estado del consumo del tabaco y la exposición al humo de segunda mano de todas las mujeres embarazadas como parte de los exámenes rutinarios que se les practican. A menudo suele ocurrir que las mujeres embarazadas no exponen este estado, probablemente debido al estigma social que hay alrededor del consumo del tabaco durante el embarazo. Una exposición o revelación honesta del estado del tabaquismo puede incrementarse hasta en un 40% si se utilizan preguntas de respuesta múltiple en lugar de preguntas dicotómicas de respuesta simple sí/no. Se recomienda la validación de la exposición y consumo del tabaco a través de pruebas de monóxido de carbono. Del mismo modo, se debería ofrecer de manera proactiva consejo sin prejuicios para apoyar el cese del tabaquismo en mujeres embarazadas, estableciéndose un plan de seguimiento con pacientes.

Intervenciones en Consulta

El asesoramiento intensivo se requiere a menudo para apoyar o ayudar el abandono del tabaquismo por parte de aquellas mujeres embarazadas que no son capaces de dejarlo por sí mismas. Se ha demostrado que este asesoramiento intensivo aumenta significativamente el abandono del tabaco entre las mujeres embarazadas en comparación con la atención habitual (30 estudios; índice promedio de riesgo 1,44; IC 95%: 1,19 a 1,73). En la mayoría de los estudios una intervención intensiva que dura más de 15 minutos resultó ser más efectiva que las intervenciones más cortas y menos individualizadas (18 estudios; índice promedio de riesgo 1,25; IC 95%: 1,07 a 1,47). Se recomienda asimismo la remisión de las pacientes a los servicios especializados para dejar de fumar, siempre que estén disponibles.

Medicación para Dejar de Fumar

Si bien la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN o NRT, por sus siglas en inglés) se considera la primera medida o la terapia de primera línea para el abandono del tabaco entre la población adulta, su uso durante el embarazo ha supuesto un área de controversia en las guías de práctica clínica internacional. La revisión Cochrane de Coleman T et al. “Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy, 2015” no encontró evidencia de que el uso de la TSN para dejar de fumar durante el embarazo haya tenido efectos beneficiosos o perjudiciales en los resultados del parto. Dicho análisis tampoco encontró evidencia para respaldar el aumento de tasas de abandono del tabaco entre mujeres embarazadas que usaron la TSN en comparación con los grupos de control. Los estudios desarrollados hasta la fecha ponen de manifiesto el mal cumplimiento del tratamiento con TSN, lo que limita la capacidad para entender con precisión su eficacia entre las mujeres embarazadas. A pesar de las limitaciones de la evidencia científica, la magnitud del riesgo potencial del uso de la TSN se considera menor que el consumo continuado del tabaco y, como tal, los beneficios y riesgos del uso de la TSN deben tratarse y discutirse con las mujeres que no pueden dejar de fumar por sí mismas. Dada la falta de datos de eficacia, la TSN debería considerarse como una terapia secundaria. Establecer unas adecuadas dosis y duración de la TSN probablemente mejorará los resultados.

No se recomienda el uso de vareniclina o bupropion durante el embarazo debido a la falta de investigación sobre su seguridad y eficacia.

Tasas de Recaída en el Postparto

Las tasas de recaída en el postparto son extremadamente altas (29-85%) entre aquellas mujeres que han conseguido dejar el hábito del tabaco con éxito durante el embarazo. Muchas mujeres que dejan de fumar durante el embarazo lo hacen con la intención de continuar fumando después del parto. Se sabe que el estrés, la depresión postparto, las preocupaciones sobre el aumento de peso y tener una pareja que fuma, así como niveles socioeconómicos más bajos, contribuyen a la recaída. De este modo, el apoyo al mantenimiento del cese del tabaco tras el embarazo supone un importante objetivo secundario de la intervención. Se recomienda que los profesionales sanitarios aborden planes para el cese continuado del tabaco tras el embarazo desde el inicio del proceso de dejar de fumar, y que dicho asesoramiento se extienda al período de postparto.

Figura 1. Protocolo del tratamiento del tabaco 5 Aes

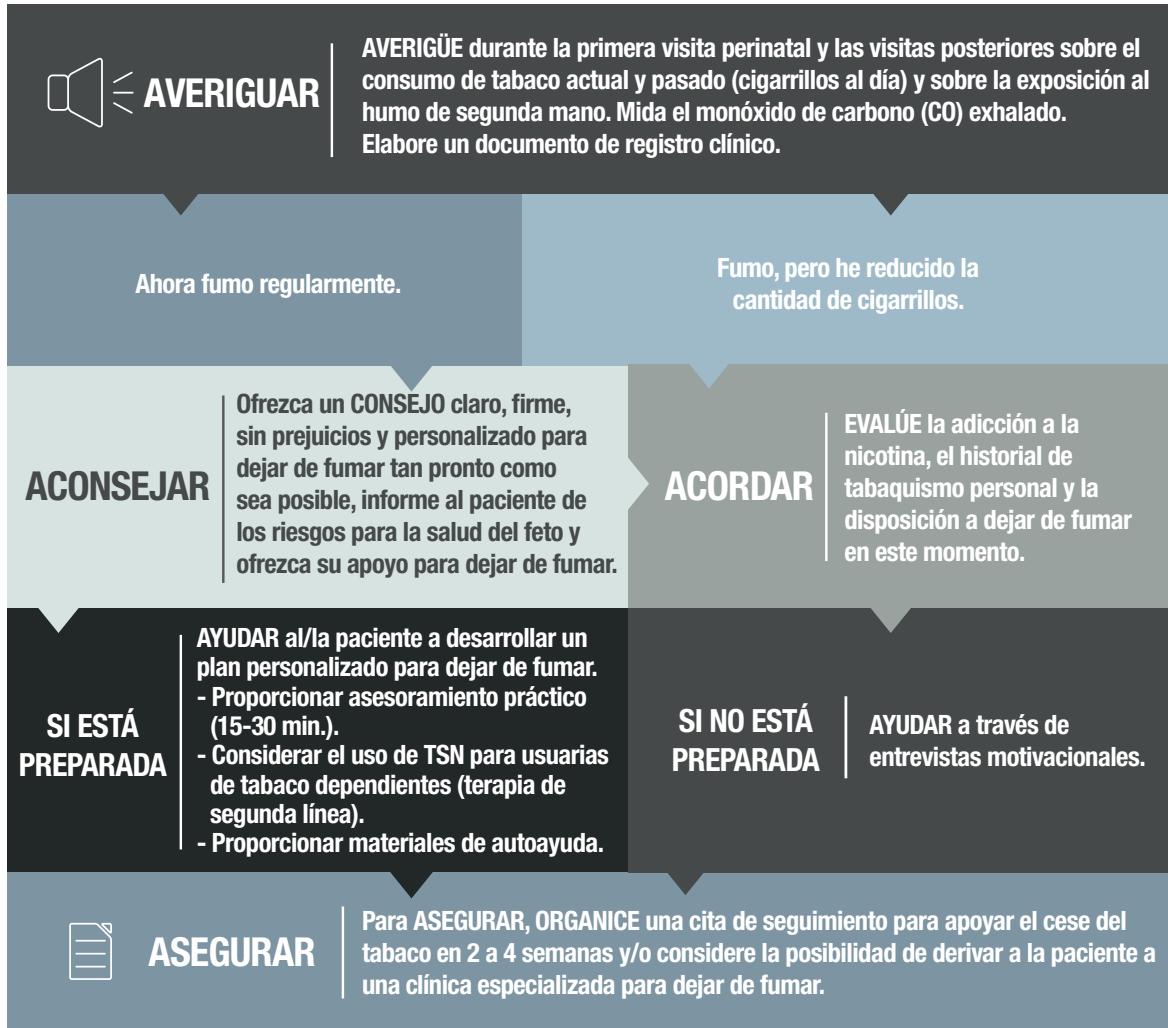


Figura 2. Mujeres en el embarazo y el postparto



Recomendaciones Clave para Profesionales de la Salud

- No existe un nivel seguro (sin riesgo) de fumar durante el embarazo, y se debe recomendar su abandono completo (Nivel de Evidencia A).
- Las mujeres embarazadas deberían dejar de fumar tan pronto como sea posible durante el primer trimestre de embarazo y permanecer libres de humo tras el parto (Nivel de Evidencia A).
- Los profesionales sanitarios deberían informar a los futuros padres y madres sobre los riesgos para la salud de la madre, el feto y el recién nacido tanto del humo de segunda mano como del de tercera mano (Nivel de Evidencia D).
- Los profesionales sanitarios deberían aconsejar a las mujeres embarazadas el mantenimiento de ambientes 100% libres de humo prohibiendo fumar en sus hogares y coches y evitando entornos en los que pueda haber exposición al humo de segunda mano (Nivel de Evidencia A).
- Todos los profesionales sanitarios que trabajan con mujeres embarazadas incluyendo médicos de familia, matrones/as, obstetras y ginecólogos/as, así como enfermeros/as deberían estar familiarizados con las últimas evidencias demostradas y sentirse cómodos y preparados en la intervención y apoyo de las mujeres en proceso de abandono del tabaco (Nivel de Evidencia A).
- El modelo de las “5 Aes” (en sus siglas en inglés ‘Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange’, siendo en español un modelo basado en cinco dimensiones que incluyen ‘Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar’) puede ser utilizado como un modelo clínico para el abandono del tabaco de mujeres embarazadas (Nivel de Evidencia B).
- Se debería evaluar el estado del consumo del tabaco y la exposición al humo de segunda mano de todas las mujeres embarazadas como parte de los exámenes rutinarios que se les practican (Nivel de Evidencia A).
- Los profesionales sanitarios deberían proporcionar consejos claros, firmes y sin prejuicios para el abandono del tabaco a todas las mujeres que fuman, así como ayudar a las fumadoras en el cese de su consumo, incluyendo su seguimiento durante el embarazo y el período de postparto temprano (Nivel de Evidencia A).
- Aquellas mujeres que no pueden dejar de fumar deben recibir asesoramiento y apoyo intensivo para dejar de fumar tan pronto como sea posible durante su embarazo (Nivel de Evidencia A).
- Las intervenciones en consulta son efectivas en el incremento de tasas de abandono del tabaco y reducen significativamente el bajo peso al nacer, incrementando la media de peso al nacer, y reduciendo los ingresos neonatales en cuidados intensivos (Nivel de Evidencia A).

1. ABANDONO DEL TABACO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PERÍODO DE POSTPARTO

- Las mujeres que no puedan dejar de fumar deben ser derivadas a un apoyo especializado. Los profesionales sanitarios deben hacer un seguimiento para asegurar que se realiza el tratamiento (Nivel de Evidencia A).
- El uso de la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) es preferible a continuar fumando durante el embarazo. Sin embargo, la evidencia en términos de efectividad entre mujeres embarazadas es contradictoria. Como tal, la TSN puede considerarse como una terapia secundaria para aquellas mujeres que no pueden dejar de fumar por sí mismas, en combinación con el apoyo que reciben en consulta (Nivel de Evidencia B).
- No se recomienda el uso de vareniclina o bupropion durante el embarazo debido a la falta de investigación sobre su seguridad y eficacia (Nivel de Evidencia – n/a).
- Se debe alentar a los padres a permanecer libres de humo durante el período de postparto. La red social de apoyo de una mujer embarazada, incluyendo su pareja y su familia más cercana, deberían involucrarse en el apoyo y mantenimiento de ambientes y espacios libres de humo compartidos con el recién nacido (Nivel de Evidencia D).
- La atención postparto debe abordar la prevención de recaídas para ambos padres antes del alta hospitalaria y durante las visitas domiciliarias postnatales (Nivel de Evidencia A).
- Los padres que siguen fumando en el momento en que sus bebés ingresan en unidades de cuidados intensivos neonatales, deben ser derivados a programas sanitarios para dejar de fumar (Nivel de Evidencia C).

2.

ABANDONO DEL TABACO ENTRE ADOLESCENTES

AUTORES

Anastasios Fotiou, PhD

Instituto de Investigación Universitario de Salud Mental, Atenas, Grecia

Myrto Stavrou, MSc

Instituto de Investigación Universitario de Salud Mental, Atenas, Grecia

Anna Kokkevi, PhD, Profesor Emérito

Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Atenas

Escuela de Medicina Universitaria, Atenas, Grecia

Instituto de Investigación Universitario de Salud Mental, Atenas, Grecia

Este capítulo tiene como objetivo principal sintetizar la evidencia existente en relación a los enfoques que resultan más efectivos para apoyar el abandono del tabaco entre la población adolescente, definida ampliamente como personas con edades entre los 10 y los 18 años. El capítulo proporciona una sinopsis de la evidencia existente generada a partir de una revisión sistemática de la literatura publicada entre el 2000 y el 2016 relacionada con tratamientos específicos para el abandono del tabaco entre adolescentes. Del mismo modo, describe la efectividad de varias intervenciones para dejar de fumar entre fumadores adolescentes en diferentes entornos, entre los que se incluyen entornos de atención sanitaria, entorno escolar, tecnología informática y de la información, así como en el entorno comunitario. Los distintos enfoques de intervención cubiertos en cada entorno incluyen enfoques conductuales, farmacológicos y de intervención combinada. Es importante señalar que no aborda la prevención al inicio del consumo de tabaco entre los adolescentes, sino su cese.

RESUMEN EJECUTIVO

Experimentar con el tabaco es común durante la adolescencia. Más de la mitad de los estudiantes europeos declaran haber experimentado con el consumo de tabaco y se estima que el 21% de los estudiantes de 16 años en Europa afirma haber fumado durante los últimos 30 días. El uso de cigarrillos electrónicos también es cada vez más popular entre los adolescentes europeos: un 23% de adolescentes de entre 15 y 17 años informa haber usado cigarrillos electrónicos que contienen nicotina, y un 8% ha usado otros que no contienen nicotina.

La dependencia a la nicotina se desarrolla rápidamente durante la adolescencia, y una gran proporción de los adolescentes que fuman regularmente continuarán fumando durante su vida adulta. De este modo, la identificación temprana y el tratamiento del consumo de tabaco entre adolescentes es crucial a la hora de prevenir consecuencias más serias en la salud a corto y largo plazo. Existe una gran preocupación sobre el hecho de que el uso de cigarrillos electrónicos podría incrementar la progresión del fumador a un consumo diario y socavar, de este modo, los esfuerzos de su cese.

Dejar de Fumar entre Consumidores Adolescentes

Son varios los factores personales, ambientales y sociales que parecen contribuir a los resultados del cese del tabaco durante la adolescencia (ver Tabla 3). Por ejemplo, los fumadores adolescentes con un mayor consumo diario de cigarrillos, así como aquellos que consumen alcohol, tienen menos probabilidades de dejar de fumar. Tener amigos que fuman también está asociado con peores resultados a la hora de dejar de fumar.

TABLA 3. Factores que afectan a la probabilidad de que los adolescentes dejen de fumar

CON MENOS PROBABILIDAD DE DEJAR DE FUMAR	CON MÁS PROBABILIDAD DE DEJAR DE FUMAR
Mujeres	Hombres
Mayor adicción a la nicotina	Más mayores
Consumo de droga o alcohol	Alta motivación para dejar de fumar
Consumo del tabaco por iguales (amigos que fuman)	Éxito académico
Consumo familiar (padres y hermanos)	Metabolizador lento de nicotina
Enfermedad mental	
Sobrepeso	
Inactividad física	
Estrés familiar	

Fuente: adaptado de Harvey y Chadi, 2016

Intervenciones en el Tratamiento de Población Adolescente Fumadora

Aunque se han realizado cada vez más ensayos durante la última década, identificar intervenciones efectivas para el abandono del hábito del tabaco entre adolescentes sigue siendo extremadamente difícil. Existe una variabilidad sustancial entre las estrategias de intervención analizadas hasta la fecha, lo que dificulta la identificación de evidencia de alta calidad.

Está aceptado que los/as adolescentes que fuman conforman una población única que requiere enfoques personalizados a la hora de apoyar el abandono del hábito del tabaco. Profesionales de la salud y educadores que trabajan con adolescentes deberían conocer las necesidades y preferencias de aquellos/as que consumen tabaco. Los mensajes que se transmiten para dejar de fumar deben estar adaptados a las creencias, intereses

y características específicas de adolescentes para ser más persuasivos. Por ejemplo, investigaciones sobre estudiantes han puesto de manifiesto como las razones más importantes, entre éstos, para dejar de fumar, los “efectos sobre la salud a largo plazo”, el “deterioro del desempeño deportivo” y la “disminución del atractivo”. Los efectos del tabaco a corto plazo resultan más persuasivos que los efectos a largo plazo.

Consejo para el abandono del tabaco

Existe una clara evidencia de que el consejo (asesoramiento) es la intervención más efectiva para que adolescentes que fuman dejen el hábito del tabaco. Las estrategias de consejo (asesoramiento) han mostrado resultados en la reducción del consumo diario de cigarrillos y en la abstinencia a corto plazo entre adolescentes, y existe alguna evidencia que indica que dicho asesoramiento o consulta pueda incrementar la probabilidad de la abstinencia del tabaco a largo plazo. Las intervenciones de asesoramiento con un mayor nivel de evidencia para ser respaldadas son aquellas que emplean mejora motivacional y terapia cognitiva conductual.

Farmacoterapia

Existen muy pocos ensayos clínicos que hayan analizado o testado los resultados de la farmacoterapia para dejar de fumar en poblaciones adolescentes.

El uso de la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) es seguro en poblaciones adolescentes, con efectos adversos sobre la salud como irritación local en la piel, dolor de cabeza, náuseas/vómitos, cansancio, alteraciones del sueño, dolor articular/muscular y mareos/vértigo.

Existe alguna evidencia que indica que las TSN son efectivas para la reducción del número de cigarrillos fumados al día, pero hay una falta de evidencia clara con respecto a su eficacia en el apoyo y logro de la abstinencia a largo plazo entre adolescentes que fuman. De este modo, su uso se recomienda como una terapia secundaria para adolescentes que fuman a diario y son dependientes de la nicotina. La TSN no es recomendable para los adolescentes que son fumadores ocasionales. Por otro lado, se recomienda el uso de la TSN en combinación con el asesoramiento y consulta para maximizar los resultados del proceso de abandono del tabaco.

A fecha de hoy, no hay evidencia suficiente para poder recomendar el uso del bupropión y la vareniclina en el cese del tabaquismo en poblaciones adolescentes. Así, es necesario avanzar en la investigación para disponer de evidencia científica de calidad que respalde las recomendaciones en torno al uso de farmacoterapia entre adolescentes fumadores.

Centros de Atención Sanitaria

En Europa, dos tercios de los/as niños/as y adolescentes de entre 8 y 18 años visitarán a un profesional de la salud al menos una vez al año, con un promedio de visitas de 2,5. Los centros de atención sanitaria (atención primaria, atención hospitalaria, dentistas) ofrecen grandes oportunidades para derivar a los adolescentes fumadores a programas de intervención para dejar de fumar.

Los profesionales de la salud desempeñan un papel muy importante en la prevención del consumo de tabaco y en el apoyo de su cese entre adolescentes. El modelo de las “5 Aes” (en sus siglas en inglés ‘Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange’, siendo en español un modelo basado en cinco dimensiones que incluyen ‘Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar’) es el marco recomendado para derivar al tratamiento para dejar de fumar en entornos clínicos, incluyendo la intervención con adolescentes (ver Figura 3). Específicamente, los profesionales de la salud deberían documentar el consumo de tabaco y cigarrillos electrónicos de todos los pacientes adolescentes. Los profesionales sanitarios deben proporcionar asesoramiento breve y ayuda para dejar de fumar, lo que incluye la atención en consulta y, en su caso, la farmacoterapia –según corresponda– como las vías más apropiadas para el tratamiento de todos aquellos adolescentes que informen del consumo de tabaco o del uso de cigarrillos electrónicos.

Intervenciones Escolares

Las intervenciones escolares tienen muchas ventajas, incluidas las altas tasas de acceso a poblaciones adolescentes. Además, la evidencia científica sugiere que los adolescentes fumadores prefieren los entornos escolares antes que la atención sanitaria u otros entornos a la hora de recibir apoyo para dejar de fumar.

Los datos procedentes del meta-análisis desarrollado por Sussman, Sun y Dent en 2006 han demostrado que los programas de adolescentes para dejar de fumar son más efectivos si se ofrecen dentro del entorno escolar. Del mismo modo, se ha demostrado que aquellos programas específicos de mejora motivacional y los que utilizan técnicas de comportamiento cognitivo, que se imparten en las escuelas durante un prolongado período de tiempo y son multicomponente, resultan efectivos a la hora de apoyar el abandono del tabaco a corto plazo y la reducción de su consumo. La duración de la intervención parece ser un predictor importante del éxito de los resultados de los programas para dejar de fumar, encontrando tasas más altas de abandono del tabaco en aquellos que duran al menos cinco sesiones. ‘Project EX’ (‘Proyecto EX’, disponible en www.projectex.usc.edu) y ‘NotonTobacco –NOT’ (‘No en Tabaco’, disponible en www.lung.org/associations/states/colorado/tobacco/not-on-tobacco) son dos programas grupales para dejar de fumar desarrollados en el entorno escolar con adolescentes, y se configuran como buenas prácticas internacionales que parecen prometedoras.

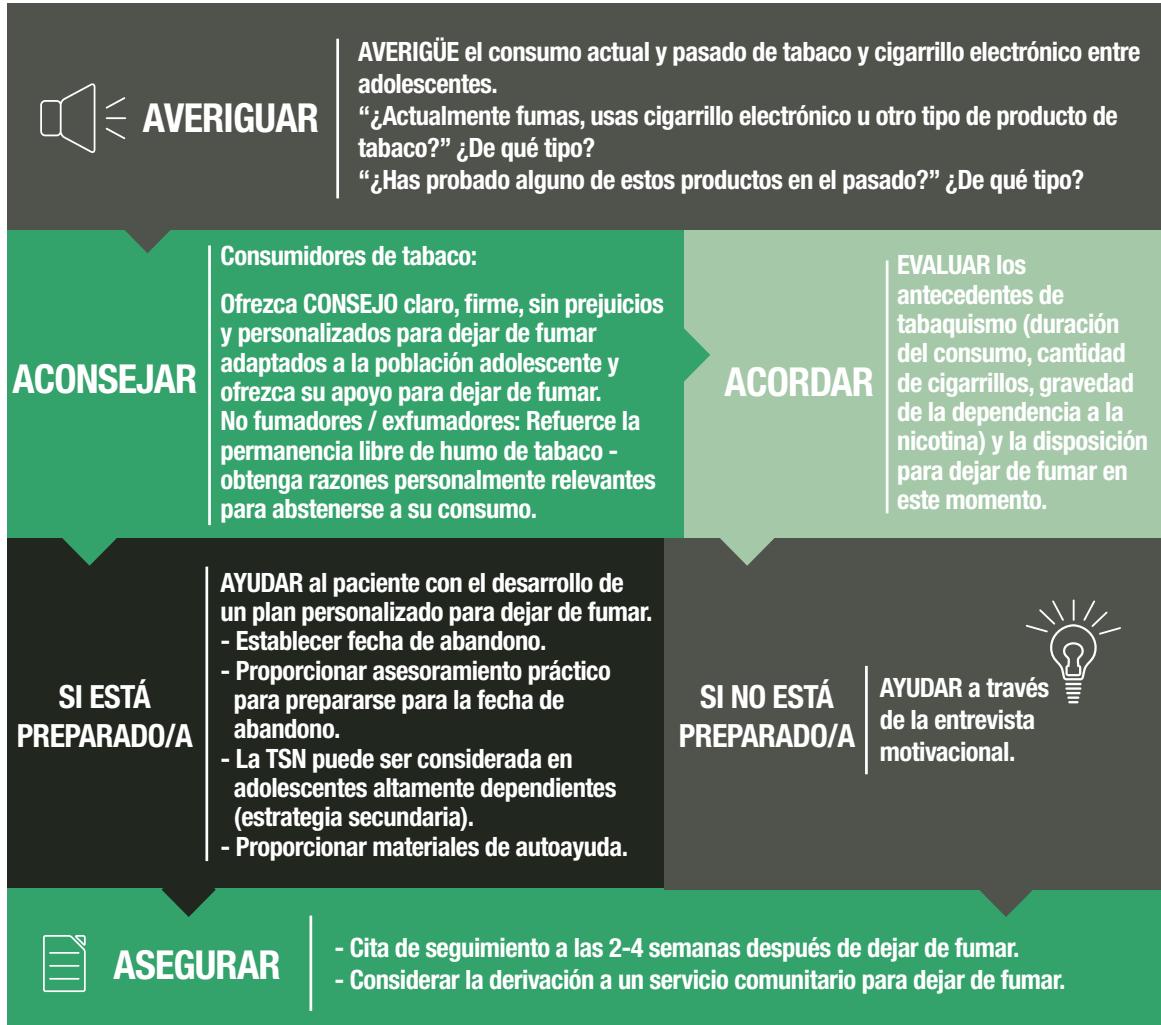
Tecnología de la Información

El interés en el uso de la tecnología para intervenir en poblaciones de adolescentes fumadores ha aumentado. En particular, la literatura ha analizado intervenciones que utilizan mensajes de texto, materiales digitales de autoayuda y otras aplicaciones de base tecnológica. Si bien se trata de estrategias prometedoras, los resultados que respaldan su efectividad son limitados y, como tal, se recomienda que se utilicen en combinación con el asesoramiento, consejo y consulta médicos.

Intervenciones Políticas

Los esfuerzos legislativos y normativos a nivel municipal, regional, nacional o de la UE pueden contribuir al apoyo del abandono del tabaco en la adolescencia. El aumento del precio de los cigarrillos resulta especialmente efectivo entre adolescentes y jóvenes, y está correlacionado con una menor iniciación al tabaquismo por parte de los no fumadores, y con el abandono o la reducción de su consumo entre los fumadores. Existe evidencia de que la exposición de los adolescentes a la publicidad de tabaco está asociada con una mayor probabilidad de iniciar o continuar con su consumo. Del mismo modo, la evidencia también indica que las restricciones y prohibiciones de la venta de tabaco en menores de edad han reducido su consumo en el grupo de adolescentes.

Figura 3. Protocolo de tratamiento del tabaco en adolescentes



Recomendaciones Clave para Profesionales de la Salud

Políticas:

- Incrementar el precio de los cigarrillos resulta particularmente efectivo a la hora de reducir la iniciación a su consumo, y de su abandono o reducción entre fumadores adolescentes, y debería ser aplicado por todos los gobiernos como una prioridad (Nivel de Evidencia A/B).
- La exposición a la publicidad de tabaco está asociada a una mayor probabilidad de iniciar o continuar con su consumo entre los adolescentes. De este modo, los gobiernos deberían tener como prioridad la prohibición de su publicidad (Nivel de Evidencia B).
- Los gobiernos y los ministerios de salud deberían restringir la venta de tabaco a niños y adolescentes con el fin de reducir su consumo entre este grupo de edad (Nivel de Evidencia B).

Consejo:

- Existe una clara evidencia de que el consejo (asesoramiento) o consulta es la intervención más efectiva para el cese del tabaco entre los consumidores adolescentes (Nivel de Evidencia A).
- Las intervenciones de consejo (asesoramiento) o consulta con mayor nivel de evidencia demostrada son aquellas que incluyen la mejora motivacional y la terapia cognitiva conductual (Nivel de Evidencia B).

Farmacoterapia:

- Se recomienda la Terapia de Sustitución con Nicotina (TSN) como una terapia secundaria para los adolescentes que fuman a diario y son dependientes de la nicotina (Nivel de Evidencia B).
- El uso de la TSN es recomendable en combinación con el consejo para maximizar los resultados del abandono del tabaco (Nivel de Evidencia A).
- No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de bupropión y vareniclina para el abandono del tabaco en poblaciones adolescentes (Nivel de Evidencia C).

Terapias Alternativas:

- No se recomienda la acupuntura como tratamiento para el abandono del tabaco entre adolescentes en el marco de los entornos sanitarios o de cuidado (Nivel de Evidencia C).

Centros de Atención Sanitaria:

- Los profesionales sanitarios deberían preguntar a todos sus pacientes adolescentes sobre el consumo de tabaco y de cigarrillos electrónicos (Nivel de Evidencia A).

- Se debe aconsejar a los consumidores actuales de tabaco sobre dejar de fumar y derivarlos a recursos basados en la evidencia para el apoyo de su cese cuando esté indicado (Nivel de Evidencia B).
- Los profesionales de la salud deben adaptar los consejos para dejar de fumar a los fumadores adolescentes, centrándose en los efectos sobre su salud a corto y largo plazo, la higiene personal (olor, mal aliento), las implicaciones que pueda tener en su desempeño atlético y deportivo, el atractivo, y el coste de su consumo en el corto y el largo plazo (Nivel de Evidencia C).
- Los profesionales de la salud deben recibir formación para el apoyo del abandono del tabaquismo, para mejorar sus habilidades a la hora de dirigirse a consumidores de tabaco adolescentes (Nivel de Evidencia A).
- La Entrevista Motivacional llevada a cabo por profesionales clínicos ha resultado efectiva en la reducción del consumo diario de tabaco entre adolescentes y, como tal, conforma una estrategia de intervención recomendada (Nivel de Evidencia B).

Entorno Escolar:

- Las intervenciones para el cese del tabaquismo que tienen lugar en los entornos escolares y se basan en estrategias de mejora motivacional o terapia cognitivo-conductual, y que se desarrollan durante un período de tiempo extenso, son efectivas en la reducción del tabaco diario que se consume y el incremento de la abstinencia a corto plazo, por lo que es un servicio que debería ofrecerse en todos los centros escolares (Nivel de Evidencia B).
- Existe evidencia que indica que intervenciones complejas que combinan distintos enfoques de intervención (como programas de asesoramiento grupales con seguimiento y apoyo a través del teléfono o el móvil, o incentivos) pueden incrementar los ratios de abstinencia hasta cuatro meses después del tratamiento, así como reducir los cigarrillos fumados al día, por lo que son recomendadas como prácticas prometedoras para la intervención en adolescentes fumadores (Nivel de Evidencia C).

Tecnología de la Información y Comunicación:

- Las intervenciones que utilizan o se basan en la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) conforman una estrategia efectiva en la reducción del consumo diario de tabaco entre los adolescentes. Sin embargo, la evidencia científica disponible no puede respaldar su uso en el apoyo al cese del tabaquismo a largo plazo. Así, es recomendable que estas intervenciones de base tecnológica se combinen con otras estrategias de intervención basadas en el asesoramiento, consejo o consulta (Nivel de Evidencia B).

Entorno Comunitario:

- Los entornos comunitarios, como los campamentos de verano o los centros de ocio recreativos en los vecindarios, deberían considerarse en la implementación de intervenciones para el cese del consumo de tabaco entre adolescentes (Nivel de Evidencia C).

3.

ABANDONO DEL TABACO EN PACIENTES CON DIABETES

AUTORES

Lucía María Lotrean, PhD

Universidad de Medicina y Farmacia Iulio Hatieganu, Cluj-Napoca, Rumanía y Sc Anlet Med Srl, Rumanía

Este capítulo pretende resumir evidencias en términos de los riesgos sobre la salud asociados con el tabaquismo entre pacientes con diabetes, así como ofrecer enfoques o aproximaciones efectivas para favorecer el abandono del tabaquismo y la prevención de recaídas.

A lo largo del capítulo, se presentan recomendaciones de práctica clínica para profesionales sanitarios que trabajen con pacientes con diabetes.

RESUMEN EJECUTIVO

Efectos sobre la Salud del Tabaquismo en Pacientes con Diabetes

El consumo de tabaco está asociado a un incremento significativo del riesgo vinculado a la diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2), independientemente del nivel educativo, la actividad física, el consumo de alcohol y la dieta. Esto quiere decir que el riesgo de diabetes aumenta con un mayor consumo de tabaco.

El tabaquismo en pacientes con diabetes (DM tipo 1 y tipo 2) aumenta significativamente el riesgo de enfermedades coronarias, infarto de miocardio, fallo cardíaco, apoplejía, enfermedad arterial periférica, mortalidad cardiovascular así como mortalidad total. El consumo de tabaco también incrementa el riesgo de complicaciones microvasculares en pacientes con diabetes, incluyendo la nefropatía diabética.

Además, la exposición pasiva al humo del tabaco (fumar pasivamente) incrementa el riesgo de desarrollar síndrome metabólico, intolerancia a la glucosa y DM tipo 2.

Beneficios para la Salud derivados del Abandono del Tabaco

Mientras que ser exfumador está asociado con un mayor riesgo de incidencia de DM tipo 2, en comparación al nunca fumador, este riesgo disminuye sustancialmente desde el momento en que se deja de fumar.

Está empíricamente demostrado que dejar de fumar disminuye el riesgo de mortalidad cardiovascular, así como de episodios cardiovasculares entre pacientes diabéticos. Sin embargo, los/as ex fumadores/as tienen todavía un riesgo mayor de enfermedad cardiovascular y mortalidad en comparación con los que no han fumado nunca.

Consideraciones Importantes para Pacientes Diabéticos

Es vital insistir a los pacientes jóvenes con diabetes sobre la importancia de no empezar a fumar, ya que una vez adquirido el hábito puede resultar difícil dejarlo.

A pesar de la incidencia que tiene el tabaquismo en el desarrollo de la DM tipo 2, la prevalencia de fumadores diabéticos sigue siendo alta en Europa. A esto contribuye el hecho de que, a menudo, los fumadores con diabetes están inadecuadamente informados sobre los beneficios de dejar el tabaco y/o sobre las opciones disponibles de apoyo en el abandono del tabaquismo.

En la DM tipo 2, el cese del tabaquismo está asociado a un deterioro en el control glucémico que puede durar entre 2 y 3 años y no está relacionado con el aumento de peso. Una vez que se abandona el hábito de fumar

es necesario un seguimiento continuo de los pacientes con diabetes, y un ajuste de la medicación anti-diabética para mantener un control glucémico efectivo.

Intervenciones para el Abandono del Tabaco en Pacientes con Diabetes

Deben desarrollarse intervenciones específicas para el abandono de tabaco en pacientes con diabetes. Esto resulta importante porque la evidencia científica sugiere que los pacientes con diabetes no se adaptan con facilidad a las intervenciones dirigidas al cese del tabaquismo, y a menudo los índices de éxito de su abandono son bajos.

La prevención y el cese en el consumo del tabaco son componentes importantes en el cuidado clínico de la diabetes. Todos los pacientes con diabetes deberían tener documentado su consumo de tabaco tanto previo como actual y, a aquellos pacientes que sean fumadores, se les debería ofrecer como prioridad apoyo para abandonar este hábito, siendo las intervenciones más adecuadas aquellas que incluyen una combinación de terapia conductual y farmacoterapia.

Las recomendaciones sobre la eficacia de las intervenciones basadas en la terapia para el abandono del tabaco entre la población de pacientes con diabetes están limitadas a pocos ensayos clínicos, a tamaños muestrales relativamente pequeños de los resultados publicados, así como a una heterogeneidad de las intervenciones evaluadas hasta la fecha. Aun así, existen varios ejemplos de programas para el abandono del tabaco implementados en centros de atención primaria y/u hospitalaria que han mostrado efectos beneficiosos entre pacientes diabéticos.

La evidencia existente disponible para guiar las mejores prácticas en relación a la eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico para el cese del tabaquismo es limitada. Hasta la fecha, no se han publicado ensayos clínicos a gran escala que reporten la eficacia y seguridad de la Terapia Sustitutiva con Nicotina con bupropión o vareniclina en pacientes diabéticos. No hay evidencia, por otra parte, que invite a mitigar el uso de estos medicamentos de primera línea para el abandono del tabaquismo entre diabéticos. Debido al aumento del riesgo de convulsiones, no se recomienda el uso de bupropión entre pacientes con DM que utilicen agentes hipoglucémicos o insulina. Se recomienda un seguimiento continuo de los niveles de azúcar en sangre al comenzar el tratamiento con medicamentos para el abandono del tabaquismo, y puede que se haga necesario el ajuste de la medicación.

Recomendaciones Clave para Profesionales de la Salud

- El consumo activo de tabaco y la exposición pasiva al mismo se asocia a un aumento del riesgo de desarrollar DM tipo 2 y debería considerarse entre los factores de mayor riesgo para la DM tipo 2 (Nivel de Evidencia A).
- Los profesionales de la salud deberían comunicar con claridad la relación entre fumar y estar expuesto al tabaco a todos sus pacientes fumadores, y el riesgo de desarrollar DM tipo 2, riesgo que será mayor para aquellas personas que fumen con más intensidad; y se debería dar atención especial a aquellas personas con predisposición u otros factores de riesgo para la diabetes (Nivel de Evidencia A).
- Para lograr una intervención exhaustiva en el abandono del tabaco entre pacientes con diabetes, es esencial el asesoramiento y consejo conductual, de manera que contrarresten los conceptos erróneos sobre el abandono del tabaco y que puedan desarrollar nuevas estrategias para enfrentar los factores de estrés y control de peso (Nivel de Evidencia B).
- Los profesionales de la salud deberían asegurar una valoración del consumo del tabaco en pacientes con diabetes y el abandono del tabaquismo debería ser una prioridad clínica entre pacientes diabéticos fumadores (Nivel de Evidencia A).
- Las intervenciones para el abandono del tabaquismo deberían iniciarse como un componente esencial dentro de un plan de tratamiento para pacientes diabéticos fumadores. Las intervenciones deberían incluir una combinación de terapia conductual y farmacoterapia (Nivel de Evidencia A).
- La estrategia de las “5 Aes” (en sus siglas en inglés ‘Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange’, siendo en español un modelo basado en cinco dimensiones que incluyen ‘Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar’) constituye un método efectivo dirigido al abandono del tabaco en entornos clínicos y es apropiada para su uso con pacientes diabéticos (Nivel de Evidencia B).
- Las intervenciones para el abandono del tabaquismo implementadas en atención primaria y/u hospitalaria por diferentes miembros de un equipo puede que tengan un efecto beneficioso en el abandono del consumo por parte de enfermos diabéticos. Sin embargo, el número total de ensayos clínicos es limitado (Nivel de Evidencia B).
- A pesar del limitado número de ensayos clínicos que han demostrado la eficacia de la farmacoterapia de primera línea en pacientes con diabetes, no hay evidencia suficiente que indique el uso de medicamentos (TSN, bupropión y vareniclina) de primera línea para el abandono del tabaquismo entre diabéticos (Nivel de Evidencia C).
- No se recomienda el uso de bupropión en pacientes diabéticos que estén utilizando agentes hipoglucémicos o insulina debido al incremento del riesgo de sufrir convulsiones (Nivel de Evidencia C).

3. ABANDONO DEL TABACO EN PACIENTES CON DIABETES

- Debido al posible empeoramiento en el nivel de control glucémico durante los primeros 2-3 años posteriores al abandono del tabaco, los profesionales sanitarios deberían monitorizar de forma continua la glucemia y ajustar la medicación antidiabética para mantener un control glucémico efectivo una vez que se deja de fumar (Nivel de Evidencia B).
- Cuando se administre por primera vez medicación para dejar de fumar, se recomienda una monitorización más detallada de los niveles de azúcar en sangre y es posible que sea necesario un ajuste en la medicación (Nivel de Evidencia B).

Figura 4. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL TABACO EN PACIENTES CON DIABETES



4.

ABANDONO DEL TABACO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

AUTORES

Antigona Carmen Trofor, MD, PhD

Directora S.C. ANLET MED S.R.L. y Profesora Asociada de la Universidad de Medicina y Farmacia “Grigore T. Popa” – Departamento de Neumología y Clínico del Hospital de Enfermedades Pulmonares Iasi, Rumanía

Este capítulo pretende resumir evidencias en relación a los riesgos sobre la salud asociados con el consumo de tabaco en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como ofrecer enfoques efectivos que sirvan de apoyo en el proceso de abandono del tabaquismo en este amplio sector de la sociedad.

A lo largo del capítulo, se presentan recomendaciones de práctica clínica para profesionales sanitarios que trabajan con pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

RESUMEN EJECUTIVO

Efectos del Tabaquismo sobre la Salud de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

El consumo de tabaco constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de EPOC. Los/as fumadores/as tienen un 50% de posibilidades reales de desarrollar EPOC durante su vida.

Además, la exposición pasiva al tabaco está asociada a una disminución del estado de salud y a un incremento de las exacerbaciones entre los pacientes con EPOC. Investigaciones previas han demostrado la relación entre el tabaquismo pasivo en la niñez y el desarrollo de EPOC en la edad adulta.

Beneficios sobre la Salud del Abandono del Tabaco

El abandono del tabaquismo es el tratamiento más efectivo para reducir la tasa de progresión de EPOC entre personas fumadoras, y resulta altamente rentable.

El abandono del tabaquismo resulta beneficioso para las personas fumadoras con EPOC en cualquier momento, y se ha demostrado que retrasa el avance de la enfermedad, reduce los niveles de intensidad de la enfermedad, aumenta la efectividad de los tratamientos para la EPOC y aumenta la calidad de vida en general (ver Tabla 4). Los síntomas respiratorios se reducen pasados 3-9 meses después de dejar el tabaco y la función pulmonar puede llegar a incrementar un 10%.

TABLA 4. Beneficios del abandono del Tabaco en fumadores con EPOC

> Disminución en la prevalencia de síntomas respiratorios
> Reducción del número de hospitalizaciones
> Mejora de los síntomas respiratorios en el primer año de abandono del tabaco
> La disminución anual del FEV1 se reduce, con una disminución acumulada de 72 ml en los 5 años después del abandono, en comparación con los 301 ml en aquellos que continúan fumando
> Reducción de la mortalidad en todas sus causas
> Es la medida más efectiva para reducir la progresión de la EPOC
> Mejora la respuesta a los fármacos broncodilatadores y a los corticosteroides inhalados
> Reduce las infecciones bronquiales

Perfil de las personas Consumidoras de Tabaco con EPOC

Las personas fumadoras con EPOC fuman más, inhalan con más profundidad y son más adictas al tabaco que la población general fumadora. De hecho, se ha detectado que la concentración de monóxido de carbono (CO) entre personas fumadoras con EPOC es mayor que en la población general.

A las personas fumadoras con EPOC les resulta más difícil dejar de fumar que al resto de la población fumadora. La coexistencia de EPOC con patrones de depresión, ansiedad, etc. se asocia con una falta de motivación y auto-confianza para dejar el tabaco, reduciendo de este modo las posibilidades de abandonar el tabaquismo.

Entender estas diferencias y ajustar las intervenciones para el cese del tabaquismo puede aumentar la efectividad de los tratamientos para el abandono entre personas con EPOC.

Intervenciones para el Abandono del Tabaco en Personas con EPOC

Las intervenciones para el abandono del tabaquismo deben integrarse en la rutina de cuidados de las personas con EPOC que son fumadoras, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria. Las hospitalizaciones, exacerbaciones y las revisiones regulares constituyen momentos propicios para organizar intervenciones en el abandono del tabaquismo.

Todas las personas con EPOC deberían tener una evaluación completa de su historial tabáquico incluyendo la adicción a la nicotina, detonantes y rutinas. La validación bioquímica puede servir como instrumento para evaluar el tabaquismo y para incrementar la motivación de las personas con EPOC para abandonar su consumo. La determinación de niveles de monóxido de carbono en el aire respirado se puede utilizar en entornos clínicos para evaluar el status del/la fumador/a y para monitorizar el abandono del tabaquismo. La “Edad Pulmonar” puede utilizarse también como estrategia secundaria para la intervención con fumadores/as.

La combinación de asesoramiento y consejo junto con la farmacoterapia es más efectiva para afrontar la dependencia a la nicotina entre personas con EPOC, que hacerlo de forma aislada.

Las personas con EPOC, en particular aquellas que refieren un alto nivel de dependencia a la nicotina, presentan mayor dificultad para el abandono del consumo que el resto de la población fumadora, y necesitarán de un apoyo estructurado e intensivo.

La farmacoterapia disponible con efectividad probada para apoyar el abandono del tabaquismo entre personas con EPOC incluye: bupropión, vareniclina y Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN). Se recomiendan altas dosis de TSN, vareniclina y bupropión para personas con EPOC que presenten niveles moderados y altos de dependencia a la nicotina en el Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom. Cuando se use TSN, es altamente recomendable la combinación de dos tipos de TSN con diferentes vías de administración. Incrementar el plazo de tiempo en que se usa la medicación para dejar de fumar hasta 6 o 12 meses, puede resultar efectivo para incrementar los índices de abstinencia de personas fumadoras con EPOC, en comparación con las 12 semanas que se utilizan de forma estándar con la TSN.

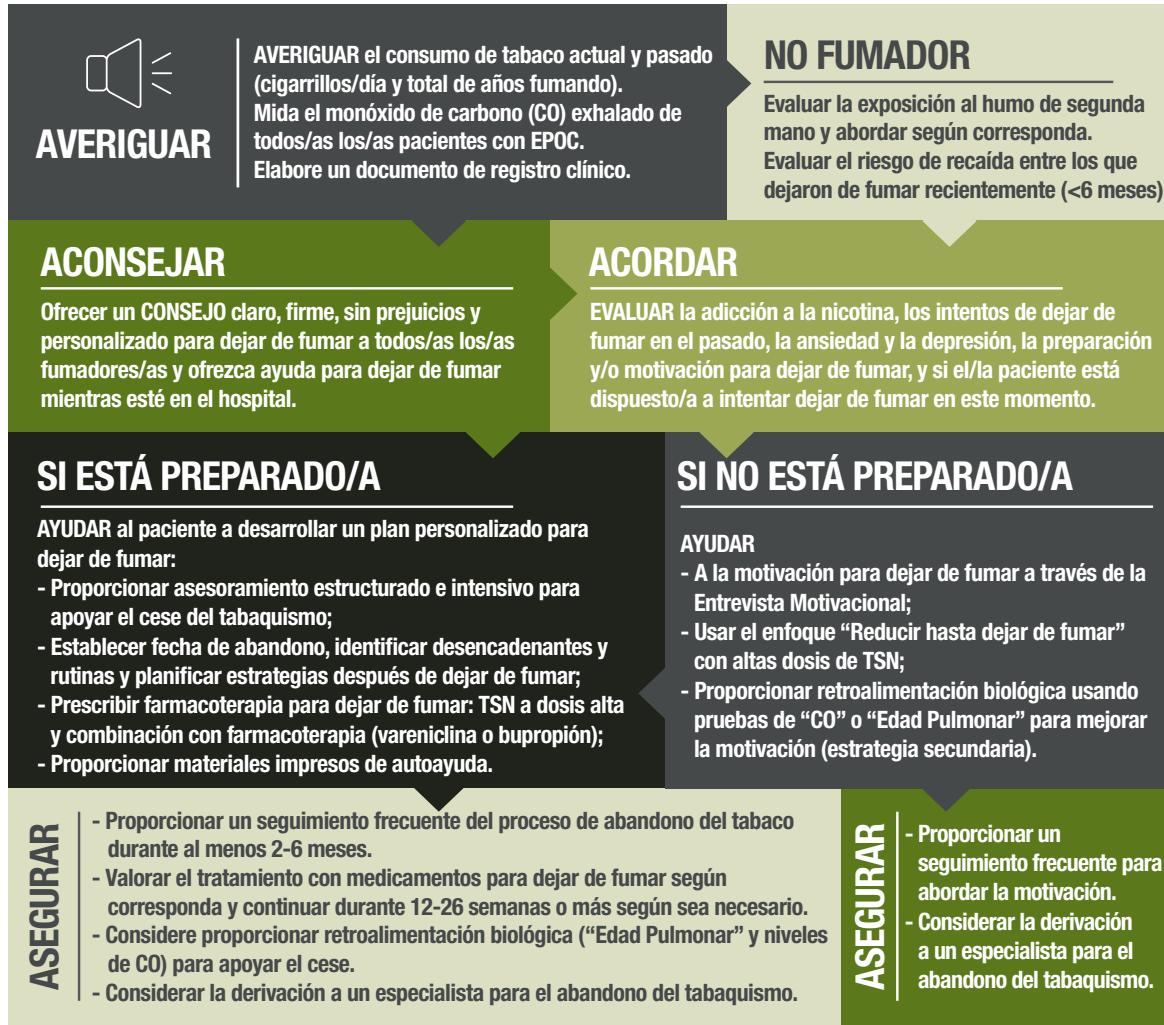
Debería ponerse a disposición de los pacientes un seguimiento frecuente para garantizar el abandono del tabaquismo, y se debe considerar su derivación a especialistas en esta materia.

Recomendaciones Clave para Profesionales de la Salud

- Entre las personas con EPOC que sigan fumando, el cese del tabaquismo supone la intervención principal para reducir la destrucción pulmonar progresiva y el deterioro de la función pulmonar, y debería suponer una prioridad clínica para todas estas personas (Nivel de Evidencia A).
- Los familiares y convivientes con personas con EPOC deberán saber que no pueden exponer a éstas al humo del tabaco y deberían participar en los programas de abandono del tabaquismo (Nivel de Evidencia D).
- Todos los profesionales sanitarios que traten a personas con EPOC fumadoras deberían estar al tanto del tipo de tabaco que consumen, y las pautas de abandono de ese grupo de personas con la intención de confeccionar estrategias de intervención y aumentar las posibilidades de éxito (Nivel de Evidencia D).
- Las intervenciones para el abandono del tabaquismo deberían integrarse en la rutina de cuidados de personas fumadoras con EPOC, tanto en atención primaria en atención hospitalaria (Nivel de Evidencia A).
- Profesionales de atención primaria, neumólogos/as y otros profesionales sanitarios vinculados en el tratamiento de la EPOC deberían formarse en tratamientos para el abandono del tabaquismo basados en la evidencia científica, y deberían estar preparados para ofrecer farmacoterapia en el abandono del tabaco y aconsejar a sus pacientes con EPOC o, en su caso, poder derivarlos a algún profesional formado en el cese del tabaquismo (Nivel de Evidencia A).
- La estrategia más efectiva para el tratamiento del consumo de tabaco en pacientes con EPOC consiste en una combinación de ayuda psicológica de alta intensidad y farmacología (Nivel de Evidencia B).
- El monóxido de carbono exhalado y la cotidina son biomarcadores no invasivos útiles para evaluar la exposición al humo del tabaco y pueden utilizarse en ámbitos clínicos para evaluar el status de fumador y para monitorizar el abandono del tabaquismo (Nivel de Evidencia A).
- Aquellos profesionales clínicos que estén supervisando el cuidado de fumadores/as con EPOC deberían tener la oportunidad de evaluar los valores de CO siempre que sea posible en las consultas de seguimiento, y utilizarlo como herramienta motivacional que apoye los intentos de abandono, siendo conscientes al mismo tiempo de mayores niveles de CO debido a procesos inflamatorios de las vías respiratorias (Nivel de Evidencia B).
- Es necesario desarrollar futuras investigaciones sobre el rol de la “Edad Pulmonar” como elemento motivacional para dejar de fumar (Nivel de Evidencia C).
- Cada vez son más las conclusiones que sugieren que la mayoría de los pacientes con EPOC, en particular aquellos que reportan altos niveles de dependencia a la nicotina, requerirán de un apoyo para el abandono del tabaquismo intensivo y estructurado (Nivel de Evidencia C).

- La TSN puede utilizarse para el apoyo del abandono entre pacientes con EPOC; sin embargo, la dosis estándar de TSN entre la población con EPOC ha producido menores índices de abandono que en la población general de fumadores (Nivel de Evidencia A).
- Se recomiendan altas dosis de TSN para pacientes con EPOC que tengan niveles moderados y elevados de adicción a la nicotina medidos según el Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom. Se recomienda la combinación de dos tipos de TSN con diferentes modos de liberación (Nivel de Evidencia A).
- El aumento del tiempo de uso de la TSN entre 6-12 meses puede resultar efectivo para incrementar los índices de abstinencia en fumadores con EPOC, en comparación con las 12 semanas estándar que se suelen usar en estas terapias (Nivel de Evidencia B).
- En el caso de personas con EPOC con poca motivación, la TSN puede utilizarse como apoyo para una reducción gradual del consumo (Nivel de Evidencia B).
- La vareniclina es una medicación de primera línea para dejar de fumar que ha demostrado ser efectiva en el apoyo del abandono en el caso de fumadores con EPOC, a pesar de la severidad de la enfermedad o del número de cigarrillos consumidos (Nivel de Evidencia A).
- El bupropión es una ayuda efectiva para ayudar en el abandono del tabaquismo entre personas con EPOC, y resulta seguro administrarlo entre esta población fumadora (Nivel de Evidencia B).

Figura 5. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL TABACO EN PACIENTES CON EPOC



AVERIGUAR



AVERIGUAR el consumo de tabaco actual y pasado (cigarrillos/día y total de años fumando).
Mida el monóxido de carbono (CO) exhalado de todos/as los/as pacientes con EPOC.
Elabore un documento de registro clínico.

NO FUMADOR

Evaluar la exposición al humo de segunda mano y abordar según corresponda.
Evaluar el riesgo de recaída entre los que dejaron de fumar recientemente (<6 meses).

ACONSEJAR

Ofrecer un **CONSEJO** claro, firme, sin prejuicios y personalizado para dejar de fumar a todos/as los/as fumadores/as y ofrezca ayuda para dejar de fumar mientras esté en el hospital.

ACORDAR

EVALUAR la adicción a la nicotina, los intentos de dejar de fumar en el pasado, la ansiedad y la depresión, la preparación y/o motivación para dejar de fumar, y si el/la paciente está dispuesto/a a intentar dejar de fumar en este momento.

SI ESTÁ PREPARADO/A

AYUDAR al paciente a desarrollar un plan personalizado para dejar de fumar:

- Proporcionar asesoramiento estructurado e intensivo para apoyar el cese del tabaquismo;
- Establecer fecha de abandono, identificar desencadenantes y rutinas y planificar estrategias después de dejar de fumar;
- Prescribir farmacoterapia para dejar de fumar: TSN a dosis alta y combinación con farmacoterapia (vareniclina o bupropión);
- Proporcionar materiales impresos de autoayuda.

SI NO ESTÁ PREPARADO/A

AYUDAR

- A la motivación para dejar de fumar a través de la Entrevista Motivacional;
- Usar el enfoque “Reducir hasta dejar de fumar” con altas dosis de TSN;
- Proporcionar retroalimentación biológica usando pruebas de “CO” o “Edad Pulmonar” para mejorar la motivación (estrategia secundaria).

ASEGURAR

- Proporcionar un seguimiento frecuente del proceso de abandono del tabaco durante al menos 2-6 meses.
- Valorar el tratamiento con medicamentos para dejar de fumar según corresponda y continuar durante 12-26 semanas o más según sea necesario.
- Considere proporcionar retroalimentación biológica (“Edad Pulmonar” y niveles de CO) para apoyar el cese.
- Considerar la derivación a un especialista para el abandono del tabaquismo.

ASEGURAR

- Proporcionar un seguimiento frecuente para abordar la motivación.
- Considerar la derivación a un especialista para el abandono del tabaquismo.

5.

ABANDONO DEL TABACO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV)

AUTORES

Christina-Maria Gavrilescu, MD, PhD

S. C. ANLET MED S.R.L.

*Profesora, Universidad de Medicina y Farmacia “Gr T. Popa” – 1er Departamento de Medicina, Iasi, Rumanía
Consultor Médico Senior en Medicina Interna, Clinical Railway Hospital Iasi, Rumanía*

Este capítulo propone resumir evidencias en relación a los riesgos para la salud asociados con el uso del tabaco en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV), así como indicaciones efectivas que apoyen el abandono en esta población de fumadores.

A lo largo del capítulo se presentan recomendaciones de práctica clínica para profesionales sanitarios que trabajen con pacientes con ECV.

RESUMEN EJECUTIVO

Efectos sobre la Salud Cardiovascular del Consumo de Tabaco

Fumar es responsable del 50% de todas las enfermedades evitables entre fumadores, y la mitad de éstas se deben a ECV. El consumo de tabaco contribuye a la aparición y desarrollo de hipertensión, enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, muerte cardíaca repentina, fallo cardíaco y sus complicaciones.

Por otro lado, las personas expuestas al humo (consumo pasivo) tienen un 20-30% más de riesgo de morbilidad y mortalidad causada por enfermedad coronaria. Con estos antecedentes, se ha puesto de manifiesto que la legislación “sin humos” está asociada a una incidencia reducida de infarto de miocardio y mortalidad en la población.

Beneficios para la Salud del Abandono del Tabaquismo

Dejar de fumar después de haber sufrido un infarto de miocardio reduce la mortalidad cardiovascular en un 36-46%.

Dejar de fumar debería considerarse una prioridad para la prevención primaria y secundaria de todas las formas de enfermedad cardíaca, y debería tratarse con el mismo rigor que en el caso de otros factores de riesgo graves como la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia.

El abandono del tabaquismo supone la reducción más importante de la mortalidad por enfermedad cardiovascular en comparación con cualquier otra medida de prevención secundaria, incluyendo el uso de betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, estatinas o aspirinas. Además, los beneficios de los antihipertensivos o medicamentos para la reducción de los lípidos, se reducen considerablemente en aquellos que siguen fumando.

Intervenciones para el Abandono del Tabaco en Pacientes con Enfermedad Cardiovascular

La combinación de farmacología y apoyo conductual resulta más eficaz que cualquiera de ellas de forma aislada, y se recomienda para todas las personas fumadoras con ECV. Las intervenciones conductuales son más efectivas para promover la abstinencia si son de intensidad y duración suficientes.

La Terapia de Sustitución con Nicotina, bupropión y vareniclina, como medicamentos de primera línea de tratamiento, han demostrado aumentar significativamente la abstinencia al tabaco entre pacientes con ECV. Esta medicación es segura en pacientes con ECV estable. Las últimas evidencias científicas respaldan también

su uso en pacientes con enfermedad cardiovascular aguda, aunque es necesario el desarrollo de investigación más exhaustiva en esta población de pacientes.

La hospitalización en el caso de ECV supone una oportunidad para iniciar el abandono del tabaco. En este contexto, la atención primaria seguida de atención telefónica u otro tipo de seguimiento después del alta ha demostrado aumentar los índices de abandono. El comienzo de la farmacoterapia durante la hospitalización incrementa los índices de abandono del tabaco una vez dada el alta.

Dado el rol que el tabaquismo tiene en el aumento de la presión arterial, la inducción a la arterioesclerosis y el dramático incremento del riesgo de infarto de miocardio, apoplejía y enfermedad vascular periférica, el abandono del tabaquismo debería entenderse como una responsabilidad fundamental de todo especialista cardiovascular.

Recomendaciones Clave para Profesionales de la Salud

- Fumar es un importante factor de riesgo modificable para las enfermedades cardiovasculares y debería tratarse con la misma importancia que otros factores de riesgo tales como la hipertensión, la dislipidemia o la diabetes (Nivel de Evidencia A).
- La exposición pasiva al tabaco es casi tan peligrosa como su consumo activo y, por tanto, tal exposición debería limitarse (Nivel de Evidencia B).
- La legislación “libre de humo” se asocia con reducciones a nivel poblacional de casos de infarto de miocardio y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, y debería ser una prioridad para todo país (Nivel de Evidencia C).
- El cese del tabaquismo supone una estrategia eficaz para la prevención primaria y secundaria de enfermedad cardiovascular y debería suponer una prioridad clínica para todos los pacientes con ECV fumadores (Nivel de Evidencia A).
- Aquellos profesionales sanitarios que trabajen con pacientes con ECV deberían recibir una formación adecuada y estar preparados para intervenir en pacientes fumadores utilizando enfoques de tratamientos basados en la evidencia (Nivel de Evidencia A).
- La combinación de farmacología y apoyo conductual es más eficaz que cualquiera por separado, y se recomienda para todos los pacientes con ECV fumadores (Nivel de Evidencia A).
- Las intervenciones conductuales resultan eficaces para fomentar la abstinencia, siempre y cuando sean de duración e intensidad suficiente (Nivel de Evidencia A).
- Entre los pacientes hospitalizados con alguna enfermedad relacionada con ECV, las intervenciones para el abandono del tabaquismo que incluyan farmacoterapia deberían iniciarse durante la hospitalización como un cuidado estándar (Nivel de Evidencia A).

TOB.G. RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA PARA
EL ABANDONO DEL TABACO EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO

- Al menos 1 mes de seguimiento posterior al alta ayuda a aumentar los índices de abandono (Nivel de Evidencia A).
- El modelo de las “5 Aes” (en sus siglas en inglés ‘Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange’, siendo en español un modelo basado en cinco dimensiones que incluyen Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar’) para el abandono del tabaco debería utilizarse en pacientes con ECV en todos los entornos clínicos (Nivel de Evidencia A).
- La Terapia de Sustitución de Nicotina (Nivel de Evidencia A), el bupropión (Nivel de Evidencia A) y la vareniclina (Nivel de Evidencia A) son medicamentos de primera línea para el abandono del tabaco, han demostrado aumentar significativamente la abstinencia en pacientes con ECV y son seguros para utilizarse en pacientes con ECV estable.

Figura 6. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL TABACO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ENTORNOS HOSPITALARIOS

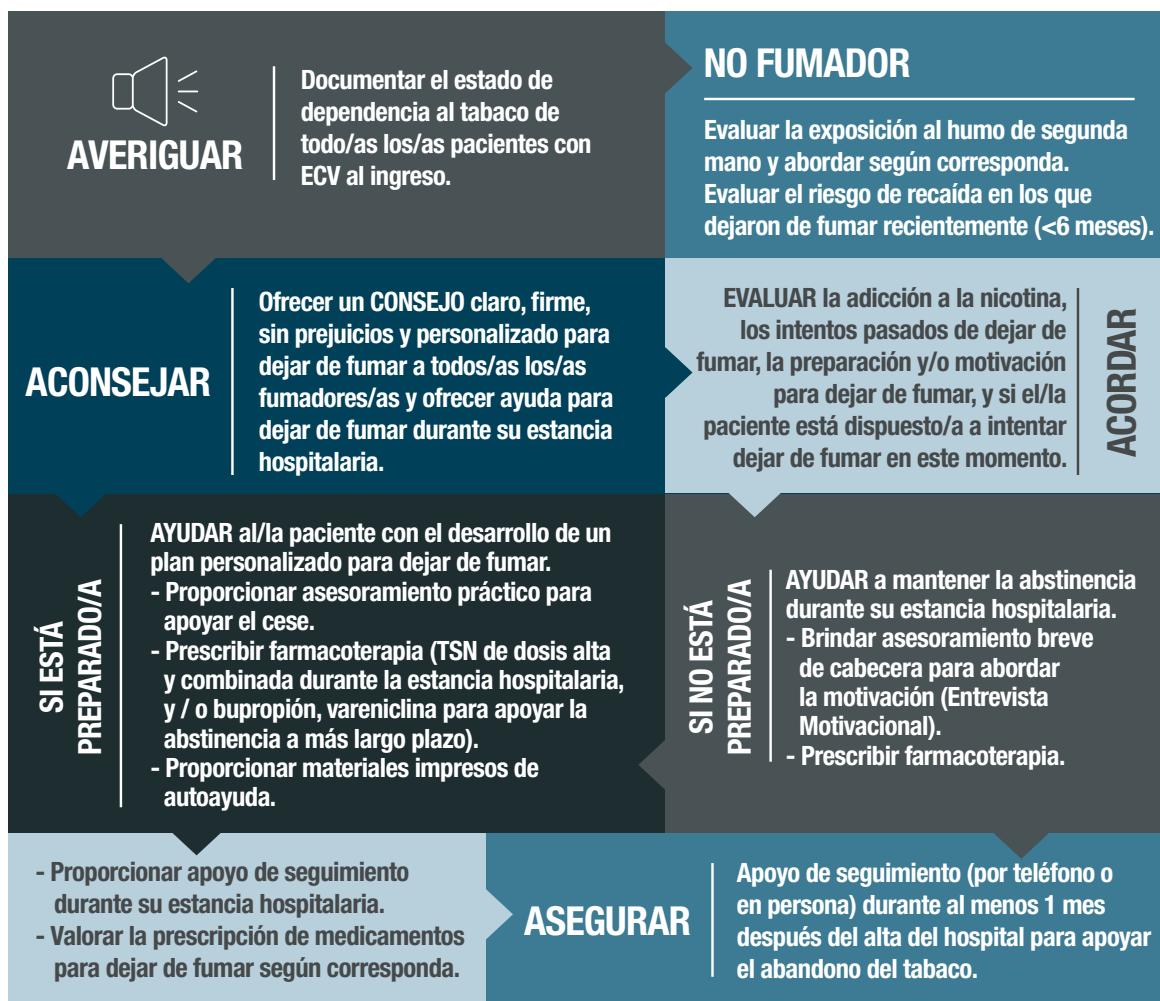


Figura 7. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL TABACO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CLÍNICAS CARDIOLÓGICAS AMBULATORIAS





HELLENIC CENTER FOR
DISEASE CONTROL & PREVENTION

MINISTRY OF HEALTH