

Abordaje de las personas con diabetes mellitus que fuman: caso clínico

Carlos Martín Cantera

Unitat de Suport a la Recerca Barcelona Ciutat. Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). Barcelona

INTRODUCCIÓN

El cuidado habitual de las personas con diabetes mellitus (DM) incluye el consejo para dejar de fumar, ya que el hábito de fumar y la exposición al humo ambiental del tabaco aumentan su riesgo de enfermedad cardiovascular, muerte prematura y complicaciones microvasculares y se asocian a peor control glucémico, en comparación con las personas con DM no fumadoras. Por otra parte, si la persona con DM deja de fumar puede evitar o retrasar la nefropatía precoz de la DM tipo 2 (DM2). Asimismo, en la DM2 recién diagnosticada, el abandono del tabaco se asocia a la mejora de los parámetros metabólicos y a la reducción de la presión arterial y la albuminuria al año¹. Sin embargo, las intervenciones sistemáticas para ayudar a las personas con DM a dejar de fumar son difíciles, ya que muchas no están motivadas para abandonar este hábito². Además, el número de estudios que evalúan la efectividad de los programas para dejar de fumar en personas con DM es bajo, particularmente en Atención Primaria³⁻⁵, a pesar de que los pacientes con DM son atendidos periódicamente por sus médicos de familia para su control y seguimiento habitual. El objetivo de este caso clínico es revisar la intervención en personas con DM fumadoras y su impacto en aspectos como el peso, así como revisar algunos temas relativos a novedades en el consumo (cigarrillos electrónicos).

HISTORIA CLÍNICA

Laura tiene 63 años, es socióloga y trabaja en una empresa de estudios de mercado. Consume 15 cigarrillos y 2 puros al día. Algunos días los cambia por cigarrillos de liar porque ha oído decir que son más ecológicos. El primer cigarrillo lo hace a los 20 minutos de levantarse. Vive con su pareja (exfumador desde hace 15 años). Sus dos hijos no fuman y viven fuera. Comenzó a fumar a los 15 años; en los embarazos dejó de fumar, pero volvió después de la lactancia. El motivo de recaída es la ansiedad. Nunca ha pedido ayuda

para dejar de fumar. Recuerda que su médico de familia, endocrino y enfermera, le han aconsejado dejarlo. Tiene una hermana con DM fumadora que lo dejó hace tres meses (por un cuadro de cardiopatía isquémica).

Antecedentes personales

DM2 desde hace 25 años con 18 unidades de insulina glargina, hidrocloreuro de metformina (1000 mg)/sitagliptina (50 mg)/12 h. Hemoglobina glucosilada del 7,5 %. Índice de masa corporal: 29 kg/m². Presión arterial: 120/70 mmHg. No padece enfermedad microvascular ni macrovascular secundaria a su DM. Laura nos pide ayuda y proponemos una intervención intensiva con seis visitas.

Primera y segunda visitas

Se acuerda una estrategia conductual combinada con fármacos: registro de consumo durante una semana, disminución del consumo al 50 % y cambios de marca habitual. Se confirma que la paciente está de acuerdo con esta estrategia y se la cita para la segunda visita en una semana. Propuesta de un día D para dejar el consumo. Se acuerdan parches de nicotina de 24 horas (8 semanas). Test de dependencia de Fagerström (7/10) y test de motivación (test de Richmond, 8/10). Cooximetría de 10 partes por millón (ppm).

Tercera a sexta visitas

Elementos conductuales/farmacológicos trabajados: dificultades del primer día, apoyo familiar/social y efectos secundarios de los parches de nicotina (buena tolerancia). Se valoran consecuencias positivas autopercebidas al dejar de fumar. Se acuerda añadir comprimidos de nicotina (antes de las principales comidas) y realizar algún tipo de actividad física (natación) para evitar un aumento excesivo de peso. La

paciente ha ganado 4 kg, por lo que no se encuentra totalmente satisfecha, pero considera que en los próximos meses podrá mejorar esta situación. Cooximetría de 1 ppm. Acordamos el final del tratamiento y seguir con los controles habituales.

PERFIL DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS FUMADORA

Son pocos los datos de los que se dispone acerca de la prevalencia del consumo de tabaco entre pacientes con DM. En un estudio realizado en EE. UU. en 2013 se encontró una prevalencia de tabaquismo del 25,7 % en personas con DM, del 24,2 % en sujetos con glucosa en ayunas alterada y del 24,1 % en personas sin DM; las personas de edad más joven, con menor instrucción, más consumo de alcohol, menos actividad física y síntomas de depresión fueron las que más se asociaron con el tabaquismo⁶. En nuestro país, datos de 2012 indican que el 15,4 % de las personas con DM son fumadoras (un 23,9 % hombres y un 6,2 % mujeres⁷). Otros autores señalan que hay más fumadores entre personas jóvenes (18-44 años), con menos ingresos económicos y nivel educativo bajo. Las personas con DM fumadoras 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 %), y han recibido apoyo para dejar de fumar en las visitas al médico de familia en su mayoría (85-95 %) y con menor frecuencia en las visitas al dentista (63 %)⁸. No obstante, algunos autores indican que se realizan menos autocontroles, son más sedentarias, tienen tendencia a deprimirse y declaran un estado de salud peor⁹.

ABORDAJE DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS FUMADORAS

La revisión habitual del consumo de tabaco es esencial para evitar fumar o fomentar el abandono del hábito. Numerosos ensayos clínicos han demostrado la eficacia y efectividad del consejo breve para dejar de fumar, incluido el uso de líneas telefónicas para dejar de fumar. La terapia farmacológica para ayudar a dejar de fumar en personas con DM ha demostrado ser eficaz, y para el paciente motivado, la adición de terapia farmacológica y asesoramiento es más eficaz que cualquiera de los dos tratamientos por separado¹⁰.

AUMENTO DE PESO AL DEJAR DE FUMAR

Aunque algunos pacientes pueden ganar peso poco después de dejar de fumar, investigaciones recientes han demos-

trado que este aumento de peso no disminuye el beneficio sustancial en la enfermedad cardiovascular obtenido al dejar de fumar¹¹. Una revisión reciente encontró en las personas con DM una relación entre el aumento de peso y las *hazard ratios* por mortalidad de enfermedad cardiovascular; así, fueron de 0,69 (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 0,54-0,88) entre quienes dejaron de fumar recientemente sin incremento de peso; de 0,47 (IC del 95 %: 0,35-0,63) si aumentaron 0,1-5,0 kg; de 0,25 (IC del 95 %: 0,15-0,42) al ganar 5,1-10,0 kg; de 0,33 (IC del 95 %: 0,18-0,60) en aumentos de 10,0 kg y de 0,50 (IC del 95 %: 0,46-0,55) entre los que dejaron de fumar a largo plazo (>6 años desde que se dejó de fumar)¹².

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y CIGARRILLOS DE LIAR

En los últimos años los cigarrillos electrónicos intentan generar la percepción de que su uso es menos dañino que el del cigarrillo regular. No hay estudios rigurosos que hayan demostrado que los cigarrillos electrónicos sean una alternativa más saludable o que los cigarrillos electrónicos puedan facilitar la cesación a las personas fumadoras. En el caso de no fumar, se aconseja no usar cigarrillos electrónicos¹³. Varias organizaciones han pedido más investigación a corto y largo plazo sobre los efectos en la salud de los cigarrillos electrónicos y están avisando de los peligros para los jóvenes¹⁴.

También se envían mensajes confusos sobre los cigarrillos para liar («más ecológicos», menor precio). En los últimos años se ha apreciado un aumento significativo de consumo de este tipo de cigarrillos, especialmente en personas jóvenes. No obstante, se han publicado estudios que muestran que estos productos contienen niveles más altos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono: alcanzan valores de hasta el 70, el 85 y el 84 %, respectivamente, más de lo permitido para los cigarrillos convencionales¹⁵.

INTERVENCIONES CONDUCTUALES EN PERSONAS FUMADORAS

Una revisión Cochrane mostró que la asesoría conductual individual de >10 min aumenta significativamente la probabilidad de cese en un 40-60 % en comparación con un control de contacto mínimo¹⁶. Una revisión Cochrane de 2019 concluye que el aumento de la intensidad en el apoyo conductual a las personas que utilizaban fármacos para dejar de fumar elevaba las probabilidades de dejar de fumar. Cerca del 17 % de las personas en los grupos que recibieron menos

o ningún apoyo dejaron de fumar, en comparación con cerca del 20 % en los grupos que recibieron más apoyo. Es útil proporcionar cierto apoyo a través de contactos personales, en persona o por teléfono¹⁰. Además, lo bueno de las intervenciones sobre el comportamiento es su seguridad y que no tienen efectos secundarios.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

En las tablas 1 y 2 se detallan los tratamientos usuales para dejar de fumar.

La combinación de la terapia sustitutiva de nicotina también se recomienda con muchas pautas. Generalmente, consiste en utilizar un parche de nicotina de larga duración y formas de acción corta (inhalador, chicle o pastillas), que pueden combinarse de forma secuencial o concurrente. También el uso combinado de vareniclina y bupropión, en comparación con la monoterapia, podría aumentar la abstinencia prolongada.

TRATAMIENTO BREVE FRENTE A INTENSIVO

En diferentes estudios se ha demostrado la efectividad del tratamiento intensivo frente al breve (riesgo relativo: 1,29; IC del 95 %: 1,09-1,53). Así lo encontraron Canga y Pérez en ensayos clínicos realizados en nuestro país, que se han incluido en una revisión Cochrane^{3,5,16}.

CONCLUSIONES

En el abordaje de las personas con DM fumadoras se recomienda tener en cuenta sus comorbilidades y preferencias. La combinación de terapia conductual más fármacos se ha demostrado como la más útil y efectiva. No se aconseja el uso de cigarrillos electrónicos ni para evitar el consumo ni para reducir daños. Es básico registrar y aconsejar habitualmente a todas las personas fumadoras con DM. Los tratamientos intensivos han demostrado más efectividad.

Tabla 1. Tratamientos farmacológicos para dejar de fumar: bupropión y vareniclina

Bupropión (comprimidos de 150 mg)

- **Dosis/duración:** 150 mg durante 6 días; después, 150 mg/2 veces/día separadas 8 h. Iniciar 1-2 semanas antes del día D. Duración de 7-9 semanas desde el día D
- **Efectos adversos:** insomnio, cefalea, sequedad de boca y alteraciones sentido del gusto, reacciones cutáneas/hipersensibilidad
- **Contraindicaciones:** hipersensibilidad al producto, trastorno convulsivo actual o antecedentes, tumor en el sistema nervioso central, cirrosis hepática grave, deshabitación brusca de alcohol o benzodiazepinas, diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia, uso de inhibidores de la monoaminoxidasa en los 14 días previos, historia de trastorno bipolar, embarazo y lactancia, niños y adolescentes
- **Precauciones:** en insuficiencia hepática leve-moderada o insuficiencia renal y ancianos, 150 mg/día. Si hay un umbral convulsivo disminuido (*tratamiento con medicación que baja el umbral de convulsiones, uso abusivo de alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos*), NO DEBE USARSE SALVO que exista una causa clínica justificada donde el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo de convulsiones. En estos casos la dosis será de 150 mg/día

Vareniclina (comprimidos de 0,5 y 1 mg)

- **Dosis/duración:** 0,5 mg/día del primer al tercer día, 0,5 mg/12 h del cuarto al séptimo día y 1 mg/12 h del octavo día al final de tratamiento. Duración: 12 semanas. Iniciar tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar. Tomar durante las comidas
- **Efectos adversos:** náuseas, cefalea, insomnio y sueños anormales, estreñimiento y flatulencia, vómitos
- **Contraindicaciones:** hipersensibilidad al producto, no usar en <18 años, durante el embarazo o la lactancia. No existen interacciones clínicamente significativas
- **Precauciones:** en insuficiencia renal grave, disminuir dosis a 1 mg/día (iniciar dosis con 0,5 mg/día durante los 3 primeros días)

Adaptada de Camarelles Guillem et al.¹⁷.

Tabla 2. Tratamientos farmacológicos para dejar de fumar: terapia sustitutiva de nicotina

Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidos de nicotina
Parches de 16/24 h	Chicles de 2 y 4 mg	Comprimidos de 1 y 2 mg
Dosis/duración		
1 parche/día Parches de 16 h: 4 semanas, 15 mg; 2 semanas, 10 mg; 2 semanas, 5 mg Parches de 24 h: 4 semanas, 21 mg; 2 semanas, 14 mg; 2 semanas, 7 mg	Dar 2 mg inicialmente y 4 mg si hay dependencia alta (≥ 5 en el test de Fagerström) No pasar de 25/día de 2 mg, ni de 15/día de 4 mg. Disminuir gradualmente después de 3 meses	Dosis habitual: 8-12 comprimidos/día Disminuir gradualmente después de 3 meses
Instrucciones: durante su uso NO SE DEBE FUMAR y son un complemento a la intervención psicosocial		
Utilizar sobre piel sana y sin vello, en el tronco, la parte superior del brazo o la cadera. En mujeres, no aplicar sobre el pecho Empezar al levantarse el día D y retirar: el de 16 h por la noche y el de 24 h al día siguiente Cambiar la localización a diario	Masticar hasta percibir un sabor «picante», colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor, volver a masticar (cambiando el sitio de colocación del chicle) Utilizar cada chicle o comprimido durante 30 min Absorción limitada por la ingesta de café, bebidas ácidas o refrescos (evitarse durante los 15 min anteriores)	Chupar el comprimido lentamente hasta percibir un sabor «picante», colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor, volver a chupar (cambiando el sitio de colocación del comprimido)
Efectos adversos: reacciones dermatológicas locales (parches); insomnio y pesadillas; dolor muscular en la mandíbula (chicles); gástricos: náuseas, vómitos, pirosis, hipo, cefaleas; locales: hipersalivación, irritación o úlceras leves en la boca o garganta		
Contraindicaciones: dermatitis generalizada (parches) y enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, accidente cerebrovascular reciente, insuficiencia cardíaca avanzada		
Precauciones: durante el embarazo y la lactancia se debe recomendar siempre el abandono COMPLETO del tabaco sin terapia sustitutiva con nicotina; no obstante, en caso de no conseguirse en mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes, puede recomendarse la terapia sustitutiva con nicotina bajo supervisión médica valorando siempre la relación riesgo-beneficio. No recomendado su uso en niños; se puede utilizar en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico. Usar con precaución en hipertensión no controlada, úlcera péptica activa, feocromocitoma, hipertiroidismo o daño hepático o renal grave		
Adaptada de Camarelles Guillem et al. ¹⁷ .		

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care* 2019;42(Suppl 1):S4-6.
- Scemama O, Hamo-Tchatchouang E, Le Faou AL, Altman JJ. Difficulties of smoking cessation in diabetic inpatients benefiting from a systematic consultation to help them to give up smoking. *Diabetes Metab* 2006;32:435-41.
- Canga N, De Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martínez-González MA. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients: a randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. *Diabetes Care* 2000;23:1455-60.
- Persson L-G, 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;24:75-80.
- Pérez-Tortosa S, Roig L, Manresa JM, Martín-Cantera C, Puigdomènech E, Roura P, et al. Continued smoking abstinence in diabetic patients in primary care: a cluster randomized controlled multicenter study. *Diabetes Res Clin Pract* 2015;107:94-103.
- Clair C, Meigs JB, Rigotti NA. Smoking behavior among US adults with diabetes or impaired fasting glucose. *Am J Med* 2013;126:541.e15-541.e18.
- Vinagre I, Mata-Cases M, Hermosilla E, Morros R, Fina E, 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;35:774-9.
- 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:A51.
- Solberg LI, Desai JR, O'Connor PJ, Bishop DB, Devlin HM. Diabetic patients who smoke: are they different? *Ann Fam Med* 2004;2:26-32.
- Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to

- pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;6:CD009670.
11. 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;309:1014-21.
 12. Hu Y, Zong G, Liu G, Wang M, Rosner B, Pan A, et al. Smoking cessation, weight change, type 2 diabetes, and mortality. *N Engl J Med* 2018;379:623-32.
 13. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev* 2016;9:CD010216.
 14. Surgeon General's Advisory on E-cigarette Use Among Youth. 2018. Disponible en: URL: <https://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/surgeon-generals-advisory-on-e-cigarette-use-among-youth-2018.pdf>. [último acceso: 19 de agosto de 2019].
 15. Castaño Calduch T, Hebert Jiménez C, Campo San Segundo MT, Ysa Valle M, Pons Carlos-Roca A. Tabaco de liar: una prioridad de salud pública y consumo. *Gac Sanit* 2012;26:267-9.
 16. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD001292.
 17. Camarelles Guillem F, Barchilón Cohen V, Clemente Jiménez L, Iglesias Sanmartín JM, Martín Cantera C, Minué Lorenzo C, et al.; Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC. Pocket Guide to Quit Smoking (semFYC). Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2018. Disponible en: <https://semanasinhumo.es/wp-content/uploads/2017/02/GUIASINHUMO2018english-FINAL.pdf>. Último acceso: 11 de octubre de 2019.