

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN SITUACIONES ESPECIALES

Sumario

- **Deshabituación tabáquica en pacientes con enfermedad cardiovascular**
- **Intervenciones para prevenir y tratar el tabaquismo en niños y adolescentes**
- **Intervenciones para dejar de fumar en mujeres embarazadas.**
- **Deshabituación tabáquica en pacientes con enfermedad mental**

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

El consumo de tabaco continúa siendo el principal factor de riesgo prevenible de enfermedad y muerte en nuestro medio. A pesar de ser un hecho conocido, el consumo de tabaco sigue siendo muy frecuente. Según la Encuesta sobre Adicciones de 2012, en la CAPV, el 54,4% de la población ha probado el tabaco alguna vez en la vida, el 31,2% lo ha consumido en el último año, el 29,3% en el último mes y un 25,5% lo consume a diario. (Datos de la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco). Históricamente los hombres han fumado más que las mujeres; sin embargo, en los últimos años se observa un cambio de tendencia: entre los 16 y los 24 años de edad, son las mujeres las que más fuman. Entre los hombres se da un claro gradiente socioeconómico: fuman más a medida que se desciende en la escala social, siendo esta relación más clara a medida que disminuye el nivel de estudios. ([Encuesta de Salud 2007](#)).

Recientemente se ha realizado un estudio observacional prospectivo en el Reino Unido¹ en el que participaron más de un millón de mujeres nacidas sobre la década de los 40, que cuantifica mejor que estudios anteriores los riesgos del tabaco, así como los beneficios derivados de su abandono. Entre sus resultados destacan:

- **Fumar triplica las tasas de mortalidad, a cualquier edad.** Dos tercios de todas las muertes en fumadoras entre 50 y 70 años son causadas por el tabaco. Las fumadoras pierden de media **10 años de esperanza de vida** frente a las no fumadoras.
- **La edad de inicio en el tabaco afecta décadas después en la mortalidad.** Así, el riesgo en mujeres que empezaron a fumar con 15 años es mayor que el de las que se iniciaron en el tabaco cuatro años más tarde. La edad de inicio influye especialmente en el riesgo de cáncer de pulmón.
- **El riesgo de muerte aumenta a medida que aumenta el consumo de tabaco**, de forma prácticamente lineal. **Incluso en las fumadoras de menos de diez cigarrillos al día, la tasa de mortalidad es el doble que en las no fumadoras.**

- **En 23 de las 30 causas más comunes de muerte, las tasas de mortalidad son mayores en las fumadoras** que en las no fumadoras. Estos riesgos son más extremos para EPOC y cáncer de pulmón (RR 35,3 y 21,4 respectivamente).
- **En cuanto a los beneficios de dejar de fumar, en las mujeres que dejan de fumar a los 40 años de edad se evita aproximadamente el 90% del exceso de mortalidad** por cáncer de pulmón y de mortalidad general. Las mujeres que lo dejan a los 30 años evitan el 97% del exceso de mortalidad. Incluso dejando de fumar a los 50 años de edad se evita al menos dos tercios del exceso de riesgo de mortalidad.

La intervención para dejar de fumar es altamente coste-efectiva y está seleccionada como área prioritaria en el borrador del [Plan de Salud 2012 - 2020](#) del Gobierno Vasco. Además hay una amplia variedad de recursos disponibles en la [página web de Osakidetza](#). En el boletín [INFAC 2008;16\(1\)](#) se abordó el tema de la deshabituación tabáquica. En este número ampliaremos la información en aspectos concretos como la deshabituación tabáquica en pacientes con enfermedad cardiovascular, en niños y adolescentes, en mujeres embarazadas y en pacientes con enfermedad mental.

Deshabituación tabáquica en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV)

La eficacia de la terapia de sustitución con nicotina (TSN), bupropión y vareniclina en pacientes con ECV se ha evaluado en ensayos bien realizados y revisiones sistemáticas; no obstante, la mayoría de estos estudios no fueron diseñados específicamente para evaluar la seguridad de la farmacoterapia para dejar de fumar. Por ello, existe incertidumbre en cuanto a la seguridad relativa de la vareniclina, bupropión y TSN en pacientes con ECV.

En cuanto a las recomendaciones de las guías ([Canadá](#), [Australia](#), [NICE](#)), en general la TSN se considera segura en pacientes con enfermedad cardíaca estable. En pacientes con evento reciente o mal controlados se recomienda acordar el tratamiento con el paciente y complementarlo con terapia conductual. Bupropión también se considera seguro y eficaz en fumadores con enfermedad cardíaca estable. En cuanto al uso de vareniclina en la ECV, las guías se muestran más prudentes debido a que existe cierta incertidumbre en lo que respecta a su uso en pacientes con enfermedad aguda e inestable².

Desde que se comercializó la vareniclina en el año 2007 hasta ahora, han ido apareciendo datos que la relacionan con un posible aumento del riesgo de ECV, entre otros. Una revisión sistemática y metaanálisis del 2011³ apuntaba a un aumento en el riesgo de ECV entre los fumadores tratados con vareniclina. Sin embargo, una revisión sistemática y metaanálisis posterior vino a contradecir las conclusiones de la revisión sistemática previa y concluyeron que no se ha demostrado una relación de causalidad entre el uso de vareniclina y un aumento de ECV entre los fumadores⁴. Del mismo modo, tanto la [nota emitida por la AGEMED](#), un reciente [metaanálisis de la FDA](#), así como un estudio de cohortes⁵ realizado en población danesa, en el que se comparaba vareniclina frente a bupropión, llegan a conclusiones muy similares.

Por el momento, no hay estudios que comparen el riesgo del tratamiento con vareniclina frente al riesgo de seguir fumando, de manera que la decisión de iniciar el tratamiento con vareniclina debe realizarse explicándole al paciente los posibles riesgos. En cualquier caso, si el paciente presenta angina inestable, conviene suspender el tratamiento con vareniclina hasta que se disponga de más datos que prueben si hay asociación o no entre la ECV y la vareniclina⁶.

Intervenciones para prevenir y tratar el tabaquismo en niños y adolescentes

Los fumadores por lo general inician este hábito en la adolescencia. Una vez iniciado, el abandono del tabaco es un reto y la probabilidad de dejar de fumar es inversamente proporcional a la edad de inicio⁷.

Una revisión mostró que las intervenciones encaminadas a la prevención del tabaquismo en escolares son eficaces para reducir la prevalencia del hábito de fumar, reduciendo el inicio en el consumo y las intenciones de fumar, al menos a corto plazo⁷.

Una reciente revisión Cochrane ha evaluado la eficacia de programas para reducir la prevalencia del hábito de fumar mediante incentivos en niños entre 11 y 14 años. Se concluye que este tipo de intervenciones no han mostrado eficacia para prevenir el inicio del consumo entre los jóvenes a medio-largo plazo, aunque hay relativamente pocos estudios publicados y estos son de calidad variable⁸.

Una revisión sistemática de 2008 evaluó la eficacia a largo plazo de las intervenciones conductuales dirigidas a prevenir el consumo de cigarrillos en niños y adolescentes, mostrando que la evidencia acerca de la efectividad de las intervenciones comunitarias y multisectoriales era más fuerte que la de las intervenciones escolares. El impacto de estas intervenciones sobre el comportamiento a largo plazo para dejar de fumar no está claro. Los autores concluyen que las intervenciones escolares no deben descartarse, pero deben complementarse con intervenciones comunitarias y familiares⁹.

Algunos datos apuntan que los medios de comunicación pueden prevenir el consumo de tabaco en los jóvenes; sin embargo, la evidencia no es concluyente y presenta defectos metodológicos¹⁰.

Una revisión sistemática de 2013 ([online](#)) evaluó la seguridad y eficacia de intervenciones para reducir el consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en atención primaria. Los resultados sugieren que las intervenciones preventivas conductuales retrasan el inicio del tabaquismo un año en comparación con el grupo control; sin embargo, ni las intervenciones conductuales ni el tratamiento con bupropión mejoraron las tasas de abandono.

En cuanto a las intervenciones farmacológicas (TSN, vareniclina y bupropión), existen pocos ensayos y ninguno ha mostrado claramente su efectividad en los adolescentes fumadores¹¹. En general, las guías ([NHS, New Zealand](#)) no recomiendan el uso de vareniclina ni bupropión en menores de 18 años. En cuanto a la TSN, se podría emplear en fumadores entre 12 y 18 años. Se recomienda complementarla con terapia conductual¹².

Intervenciones para dejar de fumar en mujeres embarazadas

Fumar durante el embarazo sigue siendo uno de los pocos factores prevenibles asociados a complicaciones del embarazo, bajo peso al nacer y prematuridad. Se estima que aproximadamente el 45% de las mujeres fumadoras dejan espontáneamente de fumar cuando se quedan embarazadas. Sin embargo, un año después del parto dos tercios de las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo recaen¹³.

A las mujeres embarazadas fumadoras a menudo se les ofrece consejo antitabáquico como parte de intervenciones múltiples para dejar de fumar. Un metaanálisis¹⁴ concluyó que el efecto aislado del consejo antitabáquico en esta población tiene un efecto modesto, pero sugiere que podría ser útil.

Una revisión Cochrane¹³ mostró que las intervenciones para dejar de fumar en embarazadas incrementaban las tasas de abstinencia y disminuían los eventos adversos neonatales cuando se comparaban con la no intervención (RR 0,94 IC95% 0,93 a 0,96). Las intervenciones se realizaron generalmente de forma individual e incluyeron terapia cognitivo-conductual, entrevista motivacional, incentivos, intervenciones basadas en las etapas de cambio o TSN. Se observó una disminución en el riesgo de bajo peso al nacer y de parto pretérmino. La TSN fue tan efectiva como la terapia cognitivo-conductual, siendo la intervención más eficaz la que proporcionaba incentivos.

La eficacia y seguridad de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar están demostradas en la población general, pero no en embarazadas. Recientemente se ha publicado una revisión Cochrane¹⁵ de 6 ensayos con TSN, que estudia la eficacia y seguridad de la farmacoterapia de deshabitación tabáquica en el embarazo. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de abstinencia entre las mujeres tratadas con TSN frente a placebo o control. Tampoco en las tasas de aborto espontáneo, muerte, parto prematuro, bajo peso al nacer, ingreso en cuidados intensivos neonatales o muerte neonatal entre TSN y el grupo control. Sin embargo, se produjeron más partos por cesárea en el grupo de TSN. Los autores concluyen que no hay evidencia suficiente para determinar si la TSN junto con apoyo conductual es efectiva o segura para dejar de fumar durante el embarazo o para determinar si tiene impacto positivo o negativo en el recién nacido. Reconocen además, que hacen falta más investigaciones y sugieren que quizá con más estudios podrían demostrarse beneficios. No se debe recomendar bupropión o vareniclina en el embarazo por ausencia de estudios.

Un ensayo posterior¹⁶, en el que se incluyeron más de mil mujeres embarazadas, mostró resultados similares: no hubo diferencias significativas en las tasas de abstinencia en el momento del parto entre el grupo de tratamiento (TSN más apoyo conductual) y el grupo placebo. Tampoco hubo diferencias en los efectos adversos en el embarazo o las complicaciones en el parto (aborto espontáneo, parto prematuro).

En general, las guías ([Canadá](#), [Australia](#), [NICE](#)) recomiendan promover el abandono del tabaco en todas las mujeres embarazadas mediante el consejo antitabaco, material de autoayuda, terapia cognitivo-conductual o apoyo motivacional como primeras líneas de tratamiento. Si esto no es eficaz, recomiendan el uso de TSN. La guía canadiense prefiere el uso de TSN de forma intermitente (chicles o pastillas) frente al tratamiento continuo (parches).

Deshabitación tabáquica en pacientes con enfermedad mental

Los pacientes con enfermedad mental tienen mayor probabilidad de ser fumadores, son más propensos a las recaídas y tienen una mayor dependencia a la nicotina, pudiendo sufrir mayor afectación del estado de ánimo por la retirada. Todo ello conlleva una mayor morbi-mortalidad relacionada con el tabaquismo que en el resto de fumadores¹⁷.

La deshabituación tabáquica en enfermos psiquiátricos ha sido una cuestión controvertida. Se ha argumentado que el tabaco es una «automedicación» necesaria, que no están interesados en dejarlo, que no son capaces de hacerlo, que el abandono del hábito interfiere en la recuperación de la enfermedad mental y que no dejaría de ser una prioridad menor en estos pacientes. Sin embargo, estos mitos se están desmontando, ya que los estudios de deshabituación están mostrando eficacia también en estos pacientes. Además, no se ha observado desestabilización en su salud mental¹⁸.

En una reciente revisión sistemática sobre intervenciones de deshabituación tabáquica en pacientes con depresión¹⁷, se observó un pequeño efecto positivo asociando la terapia conductual para mejorar el estado de ánimo a otros tipos de intervención. Los ensayos con TSN mostraron pequeños efectos positivos en el abandono del tabaco. No hubo evidencia suficiente para evaluar la eficacia en función del grado de depresión. Los autores concluyeron que se debe alentar a los pacientes con depresión o antecedentes de depresión a buscar ayuda para dejar de fumar que incluya intervenciones como la TSN o la terapia conductual para mejorar el estado de ánimo.

Otra revisión sistemática evaluó la eficacia de las estrategias de abandono o reducción del hábito tabáquico en pacientes con enfermedad mental grave. La mayoría de los ensayos incluyeron pacientes con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo sintomáticamente estable o con dosis estables de antipsicóticos. Como terapia utilizaron la TSN, bupropión y terapia individual o grupal. Concluyeron que los tratamientos que son eficaces en la población general también lo son en pacientes con enfermedad mental grave y aparentemente en la misma medida. Además, se confirmó que no empeora el estado mental en pacientes con enfermedad psiquiátrica estable¹⁹.

Algunos estudios sugieren que en pacientes con depresión mayor, esquizofrenia y otras psicosis se debe incrementar y prolongar el tiempo de tratamiento de deshabituación tabáquica, poner en práctica técnicas conjuntas de psicoeducación, técnicas cognitivo-conductuales y la utilización de algún tratamiento farmacológico que ayude a controlar y/o reducir la aparición de recaídas en el consumo de tabaco o en la sintomatología psiquiátrica de base²⁰.

En el año 2008 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios publicó [una nota informativa](#) sobre vareniclina, informando que debe tenerse especial precaución en pacientes con alteraciones psiquiátricas subyacentes, y que, en el caso de que en un paciente en tratamiento con vareniclina aparezca ideación o comportamiento suicida, debe suspenderse el tratamiento inmediatamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V, Collaborators for the Million Women Study Collaboration. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet*. 2013;381:133-41. Disponible en: <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673612617206.pdf?id=40bade4753939e7f:7d6b6f94e:13c5c2b512d:-26fc1358759218279>
2. Pharmacologic Smoking Cessation Interventions for Patients with Cardiovascular Conditions: A Review of the Safety and Guidelines Rapid Response report. Summary with critical appraisal. CADTH. Disponible en: <http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/may-2012/RC0352%20Smoking%20Cessation%20Cardio%20Final.pdf>
3. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2011;183(12):1359-1366. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/183/12/1359.full.pdf>
4. Prochaska JJ, Hilton JF. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;344:e2856. Disponible en: http://www.bmj.com/highwire/filestream/582907/field_highwire_article_pdf/0/bmj.e2856
5. Svanström H, Pasternak B, Hviid A. Use of varenicline for smoking cessation and risk of serious cardiovascular events: nationwide cohort study. *BMJ*. 2012;345:e7176. Disponible en: http://www.bmj.com/highwire/filestream/613660/field_highwire_article_pdf/0/bmj.e7176
6. Harrison-Woolrych M. Varenicline for smoking cessation. *BMJ*. 2012;345:e7547. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7547>
7. Dobbins M, DeCorby K, Manske S, Goldblatt E. Effective practices for school-based tobacco use prevention. *Prev Med*. 2008;46(4):289-297. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743507004549>
8. Johnston V, Liberato S, Thomas D. Incentives for preventing smoking in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD008645. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076949>
9. Müller-Riemenschneider F, Bockelbrink A, Reinhold T, Rasch A, Greiner W, Willich SN. Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tob Control*. 2008;17(5):301-302. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18522963>
10. Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(11):CD001006. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21069667>
11. Grimshaw G, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(4):CD003289. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054164>
12. Smoking Cessation Interventions for Youth: Clinical Evidence and Guidelines. 06 February 2012 CADTH Rapid Response report: Summary and abstracts. Disponible en: <http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/feb-2012/RB0462%20Smoking%20Youth%20Final.pdf>
13. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD001055. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19588322>
14. Filion KB, Abenhaim HA, Mottillo S, et al. The effect of smoking cessation counselling in pregnant women: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG*. 2011;118(12):1422-1428. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21880109>
15. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;9:CD010078. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972148>
16. Coleman T, Cooper S, Thornton JG, et al. A randomized trial of nicotine-replacement therapy patches in pregnancy. *N Engl J Med*. 2012;366(9):808-818. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1109582>
17. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. Smoking cessation interventions for patients with depression: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. Mar 2012;27(3):351-360. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22038468>
18. Prochaska JJ. Smoking and mental illness--breaking the link. *N Engl J Med*. 2011;365(3):196-198. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1105248>
19. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*. 2010;105(7):1176-1189. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20491721>
20. Molina-Linde JM. Efectividad de los programas de deshabituación tabáquica para enfermos mentales graves. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(2):106-114. Disponible en: <http://actaspsiquia-tria.es/repositorio/13/70/ESP/13-70-ESP-106-114-494933.pdf>

Fecha de la revisión bibliográfica: diciembre de 2012

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia
Teléfono 94 400 7070 • Fax 94 400 7103 • correo-e: farmacovigilancia@osakidetza.net

Galdera, iradokizun edo parte-hartzetarako lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME / MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrodo, Arrate Bengoa, Saioa Domingo, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^o José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X