

Enfermedad mental grave, dependencia del tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Aproximadamente una de cada cien personas atendidas en atención primaria podría padecer una enfermedad mental grave (EMG).¹ La prevalencia de la dependencia del tabaco y el riesgo de EPOC junto con otras enfermedades no transmisibles como las cardiopatías y el cáncer de pulmón son sustancialmente mayores en pacientes con EMG en consultas de atención primaria y salud mental en comparación con la población general, lo que constituye tanto una enorme carga sanitaria como una importante oportunidad para mejorar la atención de la EPOC.

Este "Desktop Helper" pretende ayudar a los equipos de atención primaria y a los de salud mental a evaluar, diagnosticar y tratar a los pacientes con enfermedad mental grave con EPOC y dependencia al tabaco. Esta ayuda puede leerse junto con nuestros "desktop helpers" sobre "Cómo ayudar a las personas con EPOC" y "Problemas de salud mental asociados a dejar de fumar".

ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DESIGUALDADES EN SALUD FÍSICA

La enfermedad mental grave (EMG) incluye la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno afectivo con psicosis.²⁻⁵ La EMG causa un deterioro funcional grave que limita las actividades vitales y está relacionada con un peor pronóstico de otras comorbilidades en comparación con quienes no la padecen. El diagnóstico se basa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición (DSM-5), y suele ser realizado por psiquiatras. Una de las principales causas de EPOC sigue siendo el tabaquismo.⁶ Existe una mayor prevalencia de tabaquismo y de exposición a otras drogas inhaladas, como el cannabis o la heroína, que también pueden causar EPOC/enfisema, en las personas con EMG.

Es importante que los médicos de atención primaria reconozcan la EMG en los pacientes para identificar la posible comorbilidad relacionada, porque aproximadamente 1 de cada 4 personas con EMG que fuman puede tener EPOC no diagnosticada.² Además, la prevalencia de la EPOC es mayor en los pacientes con EMG y pueden morir hasta 20 años antes que la población general y tienen entre 3 y 9 veces más probabilidades de morir de EPOC.⁷ Desgraciadamente, la EPOC también suele pasar desapercibida en este grupo de pacientes debido a una edad de diagnóstico más temprano de su EMG y tardía de su EPOC en comparación con los pacientes sin EMG concurrente (a principios de los veinte años en comparación con principios de los cuarenta, respectivamente¹) y a la infra notificación o minimización de los síntomas. Por lo tanto, está justificado realizar pruebas periódicas de la función pulmonar a lo largo de la vida de las personas con EMG que son dependientes del tabaco.

Medidas prácticas recomendadas para diagnosticar y tratar la EPOC en personas con EMG

DIAGNÓSTICO

1. Realizar un historial del tabaquismo para conocer el riesgo por exposición acumulada al tabaco y otras drogas.
2. Identificar los síntomas sugestivos de EPOC utilizando escalas clínicas sencillas, como la escala de disnea del MRC, combinadas con la observación cuando sea necesario.¹⁹
3. Tener en cuenta que este grupo de pacientes puede ser menos propenso a notificar e identificar síntomas como la disnea y puede ser hipóxico sin notificar disnea. Por eso es útil utilizar medidas clínicas de la disnea.
4. Realizar una prueba de función pulmonar mediante una espirometría, o si no se dispone de una prueba de función pulmonar, utilizar un microespirómetro portátil que puede ser más fácil e identificar un diagnóstico de EPOC.²⁰
5. Disponer de un pulsioxímetro y utilizarlo, ya que los pacientes con EMG pueden manifestar menos síntomas o ser menos conscientes de que no se encuentran bien. El fenotipo de EPOC en pacientes con antecedentes significativos de tabaquismo puede ser más el de un enfisema con espirometría relativamente conservada y descenso de las saturaciones de oxígeno en sangre al realizar esfuerzos.²¹
6. El paciente puede tener otras razones para tener niveles bajos de saturación de oxígeno en sangre, incluida la obesidad. Por lo tanto, mida el IMC porque la obesidad es una comorbilidad común de la EMG.²²

INTERVENCIÓN

7. Explique qué es la EPOC y, a continuación, utilice un enfoque basado en la evidencia y sin prejuicios para ofrecer tratamiento para la dependencia del tabaco como tratamiento clave [consulte Helping people quit desktop helper y aquí para obtener información más detallada sobre la farmacoterapia de primera línea para el tratamiento de la dependencia del tabaco.
8. Si es posible, mida los niveles de CO, ya que esto también puede ayudar a motivar al fumador para que deje de fumar.²³
9. En personas con EPOC, explique y ofrezca vacunas. Las vacunas recomendadas incluyen la gripe, el neumococo y la COVID-19, así como la Tdap (tostferina, tétanos y difteria) si no se vacunó en la adolescencia, y el herpes zóster.⁶
10. Trabajar con el equipo de salud mental que conoce al paciente en una agenda compartida para asegurar el acceso al tratamiento de su dependencia del tabaco, la vacunación y para permitir que aquellos pacientes que refieren disnea asistan a rehabilitación pulmonar (RP) (ver nuestro "desktop helper" sobre RP para ayudar a explicarlo, así como nuestro vídeo sobre cómo respiramos, y el modelo Respirar-Pensar-Funcionar explicado en nuestro "desktop helper").
11. El coste es un factor importante que impide a los pacientes utilizar ciertas intervenciones. Ayude a mejorar el acceso a las mismas de forma gratuita, ya sea indicando un servicio gratuito o abogando por que su servicio de salud lo proporcione.
12. Cuando colabore con el equipo de salud mental en el tratamiento de la dependencia del tabaco, puede ser útil abordar cualquier posible mito sobre el tabaquismo dentro de los servicios de salud mental. Educar a los profesionales de la salud mental y abordar opiniones poco útiles como «fumar es el único placer que tienen nuestros pacientes», «fumar ayuda a reducir la agitación de los pacientes», «no deberíamos decirles a los pacientes lo que tienen que hacer», «prohibir fumar en los centros de hospitalización va en contra de los derechos humanos de los pacientes» es importante porque se ha demostrado que todas estas opiniones son clínicamente y legalmente incorrectas.
13. No comience a administrar inhaladores sin una evaluación respiratoria completa, o sin un diagnóstico - si se informa de una nueva disnea, solicite una radiografía de tórax, ya que podría haber otras causas, incluyendo cáncer de pulmón / insuficiencia cardíaca.
14. Incluir las muertes de personas con enfermedades mentales graves menores de 75 años en las revisiones de incidentes adversos.

◀ Por lo tanto, existe una oportunidad sustancial de lograr mejoras cuantificables en el pronóstico y la equidad mediante el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC en personas con EMG, centrándose específicamente en el diagnóstico y el tratamiento de su dependencia del tabaco.

TABACO Y EMG

Fumar tabaco es el principal factor de riesgo prevenible de mortalidad prematura en personas con EMG y sigue siendo un problema grave. A pesar de la tendencia a la baja en la prevalencia global del tabaquismo,²⁻⁴ las personas con EMG siguen fumando hasta tres veces más que la población general y, en general, tienden a ser más dependientes de la nicotina. Históricamente, es menos probable que se les diagnostique la dependencia del tabaco y/o se les ofrezca tratamiento y, en consecuencia, tienen un mayor riesgo de morbimortalidad.^{2-4,8} Si no se trata, esto puede conducir a una muerte prematura y a una morbilidad evitable.⁸⁻¹¹ Esto crea una oportunidad significativa para mejorar su pronóstico y la equidad.

Dado que dos de cada tres personas de la población general que fuman morirán por causas relacionadas con el tabaquismo, esto supone una oportunidad significativa.^{12,13-14} En pacientes con EMG, es sensato dar prioridad a la evaluación de la dependencia del tabaco y al tratamiento de la dependencia.¹⁵ Los estudios demuestran que las personas con EMG que fuman están motivadas para dejar de fumar, lo que se puede conseguir con enfoques basados en la evidencia, pero a menudo no se ofrecen o no son asequibles para el bolsillo.¹⁵ Sin embargo, las personas con EMG que fuman y consiguen dejar de fumar muestran resultados de salud estadísticamente mejores en comparación con antes de dejar de fumar.^{17,18}

PRINCIPALES TRATAMIENTOS

Los principales fármacos para dejar de fumar aprobados por la OMS, a saber, la vareniclina, el bupropión y la terapia de sustitución de nicotina, son todos seguros en personas con EMG. Haga clic [aquí](#) para acceder al “desktop helper” Helping people quit, donde encontrará un enfoque más detallado, y [aquí](#) para obtener más información sobre la farmacoterapia que se expone a continuación.

Vareniclina

La vareniclina es un medicamento autorizado que actúa como agonista y antagonista dual en el receptor nicotínico del cerebro. Reduce el síndrome de abstinencia y los efectos de recompensa dopaminérgicos del tabaquismo. Tenga en cuenta que actualmente hay problemas de suministro en algunos países. Compruebe la situación local y la disponibilidad de vareniclina genérica, ya que este fármaco puede resultar de gran valor para esta

Consejos para una comunicación eficaz sobre la dependencia del tabaco con pacientes con EMG.

Considere la posibilidad de adoptar un enfoque motivacional, por ejemplo, con preguntas OARS y explique el modelo Respirar-Pensar-Funcionar para guiar su conversación. Lea más acerca de este modelo y de las intervenciones no farmacológicas en el manual del IPCRG sobre EPOC y salud mental.

Pregunte sobre el consumo de tabaco

- ¿Fuma tabaco o consume otros productos del tabaco? [no, sí, lo ha dejado - hace cuánto tiempo - más de 3 meses = ex fumador, menos de 3 meses = fumador actual].
- ¿Cuántos cigarrillos al día? [1 paquete-año = 20 cigarrillos fumados diariamente durante un año; paquetes-años = años fumando x paquetes 1 paquete = 20 cigarrillos].

Aconseje sobre los daños y de que apoyo dispone

- El tabaco es realmente adictivo, más que la heroína, pero podemos ayudarle a dejarlo. Si fuma, es probable que contraiga EPOC/enfisema/pulmón de fumador, lo que es muy perjudicial para su salud y su vida.
- Si deja de fumar mejorará su salud mental: reduce la depresión, la ansiedad y el estrés y mejora el estado de ánimo y la calidad de vida.⁴
- Puede ayudarle a reducir la dosis de medicación antipsicótica.²⁴ Fumar disminuye los efectos de los medicamentos antipsicóticos (y otros psicofármacos), como la clozapina, la olanzapina y la risperidona. Por ello, es posible que su médico tenga que aumentar la dosis de su medicación para asegurarse de que recibe la cantidad recomendada. Dejar de fumar puede hacer que su médico le recete menos medicación con los mismos resultados.²⁴
- Tendrá más dinero para gastar en otras cosas y es más probable que obtenga mayores ingresos.²⁵
- Es probable que vivas más tiempo y tengas más posibilidades de evitar el cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer.
- Fumar heroína, cocaína o cannabis también puede causar enfisema; dejar de fumar tabaco puede aumentar su confianza para dejar de fumar estas sustancias también y aumentar su éxito en mantenerse alejado de todas las sustancias.²⁶
- Otras cosas que podemos hacer para ayudar a su salud son vacunarle contra la gripe y, si padece EPOC, también contra la neumonía.

Estos consejos pueden ser útiles si la persona desea ayuda

- La abstinencia puede hacerle sentir mal, por lo que es importante que tratemos su síndrome de abstinencia y evitemos los antojos.
- Tenga en cuenta que puede sufrir cambios de humor, tener problemas de concentración o sentirse irritable a medida que la nicotina desaparece de su cuerpo. No se preocupe: no se trata de nuevos problemas de salud mental, sino de efectos adversos de dejar de fumar.
- Los parches de terapia de sustitución de nicotina (TSN) pueden ayudarle a hacer frente a los síntomas de abstinencia [consulte Ayuda para dejar de fumar de sobremesa].
- Los inhaladores de nicotina o el vapeo también pueden ayudarle con el «golpe» que su cuerpo ansía («urgencia») [véase el cuadro 2].
- La vareniclina es un tratamiento de 12 semanas con comprimidos para ayudarle a dejar de fumar recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Empezará a tomar vareniclina cuando aún esté fumando y fijará una fecha para dejar de fumar aproximadamente 1-2 semanas después de iniciar el tratamiento con vareniclina [ver *].
- Citisina es un tratamiento de 25 días para ayudarle a dejar de fumar. Empezará tomando 6 comprimidos la primera semana y reducirá gradualmente la dosis. Notará que su ansiedad disminuye rápidamente.

Si está interesado en hacer un intento de dejar de fumar en el futuro

- Puede que no sea el momento adecuado para dejarlo ahora, pero también le preguntaremos cuando le veamos la próxima vez.

* Existe una amplia experiencia con la vareniclina. Sin embargo, el uso y la aceptación de la vareniclina es relativamente bajo en los servicios de salud mental. Esto se debe en parte a la falta de conocimiento/experiencia de los médicos, pero también puede estar relacionado con las primeras preocupaciones planteadas en relación con el potencial de la vareniclina para aumentar la ideación autolítica en la EMG, que desde entonces han sido desmentidas.²⁰ Desafortunadamente, en 2023, hay problemas de suministro de vareniclina en todo el mundo, así que compruebe con su farmacia si la vareniclina está disponible o si hay una alternativa.

población de pacientes. Se aconseja ofrecer terapia sustitutiva con nicotina (TSN) junto con la vareniclina para proporcionar la nicotina adicional durante la fase de intensificación de la vareniclina.

Cytisine

La citisina es un agonista parcial del receptor nicotínico, similar a la vareniclina. Cuenta con una sólida base científica, que incluye ensayos controlados aleatorizados y metaanálisis que confirman su eficacia

frente al placebo, su no inferioridad (y probablemente superioridad) frente a la TSN y su no inferioridad frente a la vareniclina. Actualmente está autorizado en varios países. Se trata de un tratamiento de 25 días que comienza con 6 comprimidos al día y se reduce a lo largo del tratamiento a dos comprimidos. Se produce de forma natural, a partir de plantas, por lo que resulta atractivo para los pacientes que prefieren un producto «natural». Todavía no figura en la Lista de Medicamentos ▶

Tabla 1: Enfoques terapéuticos para dejar de fumar

Intervención	Número de cada 100 propensos a dejar de fumar	Diferencia en comparación con ninguna intervención	Solidez de las pruebas
Sin asistencia	6		Alta
Vareniclina	14 (rango 12-16)	8 (rango 6-10)	Alta
Cititina	13 (10-18)	7 (4-12)	Alta
Combinación de parche NST y NST de acción rápida	8 (7-9)	2 (1-3)	Estimación
Parche de nicotina	8 (7-9)	2 (1-3)	Alta
NST de acción rápida	9 (8-9)	3 (2-3)	Alta
Nicotina e-cigs	14 (10-19)	8 (4-13)	Alta
Bupropión	9 (8-10)	3 (2-4)	Alta
Disminución de la nicotina	7 (6-8)	1 (0-2)	Bajo

Adaptado de Lindson N, et al. Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults, Cochrane. 2023²⁷

Cuadro 2: Afrontamiento de los síntomas de abstinencia

Síntomas	Qué está ocurriendo	Cómo afrontarlo
Deseo intenso de fumar	El cerebro echa de menos la dosis de nicotina	Recuerda que esto pasará en unas semanas
Tos	Los pulmones se limpian de alquitrán	Mejorará rápidamente, las bebidas calientes pueden ayudar
Hambre	El metabolismo está cambiando, la comida sabe mejor desde que dejé de fumar	Come fruta y verdura, mastica chicle sin azúcar y bebe mucha agua
Estreñimiento y diarrea	El cuerpo vuelve a la normalidad (se calmará)	Bebe mucha agua, come fruta y verdura fresca, haz ejercicio. Si persiste: probar productos de venta libre o consultar al médico
Problemas para dormir	Debido a que la nicotina sale del cuerpo	Dura unas 2-3 semanas, reducir el consumo de té/café, respirar más aire fresco y hacer ejercicio.
Mareos	Más oxígeno al cerebro, menos monóxido de carbono	Pasará en unos días
Cambios de humor, falta de concentración, irritabilidad	Signos de abstinencia de nicotina (pasarán)	Avisa a familiares y amigos, pide apoyo

Para más información, consulte [Ayuda para dejar de fumar desktop helper](#)

Esenciales de la OMS, pero a falta de vareniclina, es una opción importante.

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

La TSN tiene por objeto evitar la recaída en el tabaquismo, prescribir tanto de acción prolongada (parche) como de acción breve (chicle, inhalador, aerosol) para favorecer la abstinencia y hacer frente a las ganas de fumar. En caso de mala dentición, que no es infrecuente en personas con EMG, el chicle puede ser inadecuado y debe considerarse la TSN mediante inhalador o spray bucal.

Para una guía detallada sobre la farmacoterapia de primera línea para el tratamiento de la dependencia del tabaco, consulte la tabla Farmacoterapia de

primera línea para dejar de fumar.²

Bupropion

Consulte las directrices locales para la prescripción de bupropión, ya que en algunos países ha dejado de ser un tratamiento de primera línea. En algunos países, el bupropión sigue considerándose el tratamiento de referencia para ayudar a las personas a dejar de fumar, pero los prescriptores deben ser conscientes del seguimiento adicional que requiere por parte del profesional sanitario.

Cigarrillos electrónicos de nicotina (e-cigs)

Los e-cigs pueden ayudar a las personas con EMG a dejar de fumar y suelen utilizarse durante un periodo aproximado

de seis meses. Estos pueden funcionar mejor que la TSN, los cigarrillos electrónicos sin nicotina, la falta de apoyo o el apoyo conductual. Sin embargo, no están exentos de riesgos. Se necesitan más estudios para aportar pruebas claras de sus efectos.^{9,20}

Terapia conductual

La terapia conductual a través de la entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual (TCC) se utiliza habitualmente en personas con EMG. La TCC combinada con farmacoterapia es más eficaz que la TCC sola.^{5,28,30-33}

Interacciones farmacológicas entre el tabaco y la medicación para la EMG

El consumo de tabaco influye en el metabolismo de otros medicamentos antipsicóticos como la clozapina, la olanzapina y la risperidona, lo que puede afectar a las dosis necesarias para alcanzar niveles sanguíneos terapéuticos y, posteriormente, a su eficacia. Sin embargo, aunque es importante tener en cuenta y abordar las posibles interacciones farmacológicas, el mensaje principal es tratar la dependencia del tabaco. Las personas que utilizan antipsicóticos y dejan de fumar también pueden reducir su dosis.²⁴ Modificar la dosis de clozapina si el paciente deja de fumar.³⁴

Referencias

- Desigualdades graves en salud mental y física: informe. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/severemental-illness-smi-physical-health-inequalities/severemental-illness-and-physical-health-inequalitiesbriefing>. Consultado en noviembre de 2023.
- Jaén-Moreno MJ et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la enfermedad mental grave: Un diagnóstico oportuno para avanzar en el proceso de dejar de fumar. *Eur Psychiatry*. 2021 Feb 26;64(1):e22.
- Taylor GM et al. Abandono del hábito de fumar para mejorar la salud mental (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Mar 9;3(3):CD013522. doi: 10.1002/14651858.CD013522.pub2. PMID: 33687070; PMCID: PMC8121093.
- Gilbody S, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019 May;6(5):379-390. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30047-1. Epub 2019 8 de abril. PMID: 30975539; PMCID: PMC6546931.
- Jahagirdar D, Kaunelis D. Intervenciones para dejar de fumar en pacientes con enfermedades mentales graves: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Agencia Canadiense de Medicamentos y Tecnologías en Salud; 2017 ago 24.
- Informe GOLD 2023. Disponible a través de: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2>
- Jaén-Moreno MJ, Rico-Villademoros F, Ruiz-Rull C, Laguna-Muñoz D, Del Pozo GI, Sarramea F. Revisión sistemática sobre la asociación entre esquizofrenia y trastorno bipolar con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *EPOC*. 2023 Dic;20(1):31-43
- Razzano LA, Cook JA, Yost C, et al. Factores asociados con condiciones médicas concurrentes entre adultos con trastornos mentales graves. *Schizophr Res* 2015;161:458-64.
- Liu NH, Daumit GL, Dua T, et al. Exceso de

- mortalidad en personas con trastornos mentales graves: un marco de intervención multinivel y prioridades para la práctica clínica, las políticas y las agendas de investigación. *Psiquiatría Mundial* 2017;16:30-40.
10. Launders N, Dotsikas K, Marston L, Price G, Osborn DPJ, Hayes JF. El impacto de la enfermedad mental grave comórbida y las condiciones de salud física crónicas comunes en la hospitalización: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2022 Aug 18;17(8):e0272498.
 11. Mitchell C, Zuraw N, Delaney B, Twohig H, Dolan N, Walton E, Hulin J, Yousefpour C. Primary care for people with severe mental illness and comorbid obstructive airways disease: a qualitative study of patient perspectives with feedback integrado de las partes interesadas. *BMJ Open*. 2022 Mar 1;12(3):e057143.
 12. Evins AE, Cather C, Laffer A. Treatment of tobacco use disorders in smokers with serious mental illness: toward clinical best practices. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23(2):90-8.
 13. Jaén-Moreno, M., Feu, N., Redondo-Écija, J. et al. Smoking cessation opportunities in severe mental illness (tobacco intensive motivational and estimate risk - TIMER-): protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorizado. *Ensayos* 20, 47 (2019).
 14. Banks E, et al. *BMC Medicine* 2015;13(38): doi:10.1186/s12916-015-0281-z
 15. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Tabaquismo y enfermedad mental: resultados de encuestas poblacionales en Australia y Estados Unidos. *BMC Public Health*. 2009 Aug 7;9:285. doi: 10.1186/1471-2458-9-285
 16. Ranita Siru, Gary K. Hulse y Robert J. Tait, «Assessing Motivation to Quit Smoking in People with Mental Illness; A Review», *Addiction* 104:5 (2009): 719-733
 17. Difeng Wu A, et al. Smoking cessation and changes in anxiety and depression in patients with and without psychiatric disorders. *JAMA Network Open* 2023;6(5):e2316111.Doi:10.1001/jamanetworko-2023.16111.
 18. Firth J, Wootton RE, Sawyer C, Taylor GM. Clearing the air: clarifying the causal role of smoking in mental illness. *World Psychiatry*. 2023 Feb;22(1):151-152. doi: 10.1002/wps.21023.
 19. Dragonieri S, et al. Assessment of Five Questionnaires for Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Southern Italian Population: A Proof-of-Concept Study. *Medicina (Kaunas)*. 2023 Jul 5;59(7):1252.
 20. Agonistas parciales del receptor de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2023;5 de mayo. Doi:10.1002/14651858.
 20. Agonistas parciales del receptor de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2023; 5 de mayo. Doi:10.1002/14651858.
 21. Walker PP, et al. Asociación entre la inhalación de heroína y el enfisema de aparición temprana. *Chest* 2015; 148(5): 1156-1163.
 22. Afzal M, et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas con enfermedad mental grave: Revisión sistemática y metaanálisis. *Front Endocrinol (Lausana)* 2021 Nov 25;12:769309.
 23. Marler JD, Fujii CA, Wong KS, Galanko JA, Balbierz DJ, Utley DS. Assessment of a Personal Interactive Carbon Monoxide Breath Sensor in People Who Smoke Cigarettes: Single-Arm Cohort Study. *J Med Internet Res*. 2020 Oct 2;22(10):e22811
 24. Dervaux A, Laqueille X. Tabaco y esquizofrenia: aspectos terapéuticos. *L'encephale*. 2007 Sep 1;33(4 Pt 1):629-32. DOI: 10.1016/s0013-7006(07)92064-3
 25. RCP. Tabaquismo y salud mental. Marzo de 2013, disponible a través de: <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/118078/pdf/>
 26. McKelvey K, Thrul J, Ramo D. Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: Una revisión actualizada y narrativa. *Conductas adictivas*. 2017 Feb 1;65:161-70. DOI: 10.1016/j.addbeh.2016.10.012
 27. Lindson N, et al. Intervenciones farmacológicas y con cigarrillos electrónicos para dejar de fumar en adultos: metaanálisis de redes de componentes (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database Syst Rev* 2023 12 de septiembre;9(9):CD015226.
 28. Campion J, Shiers D, Britton J, Gilbody S, Bradshaw T. *Real Colegio de Médicos Generales y Real Colegio de Psiquiatras*; Londres: 2014. Guía de atención primaria sobre tabaquismo y trastornos mentales - actualización 2014.
 29. Hartmann-Boyce J, Lindson N, Butler AR, et al. Cigarrillos electrónicos para dejar de fumar (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Rev* 2022.<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub7>
 30. Rigotti NA. Farmacoterapia para dejar de fumar en adultos. In: Post TW, editor. *UpToDate [Internet]*. Waltham (MA): UpToDate; 2017 [citado 2017 ago 10]. Disponible en: www.uptodate.com Se requiere suscripción. [Lista de referencias]
 31. RACGP. *El Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda. Mental Health Clinician Guidance for Managing People's Smoking Cessation*; 2022.
 32. Evins AE, Cather C, Daumit GL. Smoking cessation in people with serious mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2019 Jul;6(7):563-564
 33. Küçükaksu, M.H., van Meijel, B., Jansen, L. et al. A smoking cessation intervention for people with severe mental illness treated in ambulatory mental health care (KISMET): study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 23, 108 (2023).
 34. Wagner E, McMahon L, Falkai P, Hasan A, Siskind D. Impact of smoking behavior on clozapine blood levels - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2020 Dec;142(6):456-466. doi: 10.1111/acps.13228. Epub 2020 Sep 27.

Nota: hemos utilizado principalmente el término «tratamiento de la dependencia del tabaco» para reconocer que se trata de una enfermedad tratable en sí misma. Sin embargo, entendemos que algunos colegas utilicen el término «dejar de fumar». Hemos intentado ser coherentes en nuestro lenguaje. La palabra «fumar» sigue siendo importante, y en este documento nos centramos en fumar tabaco más que en otras formas de consumo de tabaco como el tabaco masticado.

Enfermedad mental grave, dependencia del tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Farmacoterapia de primera línea para dejar de fumar tabla^{13,28,29}

DROGA	ACCIÓN	FORMA DE PRESENTACIÓN Y POSOLOGÍA	CONTRA-INDICACIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS
Terapia sustitutiva nicotina (TSN)	<p>Reduce la necesidad y el deseo de fumar tabaco, proporcionando nicotina sin los efectos nocivos de la combustión del tabaco, que produce el humo.</p> <p>Las pruebas lo indican:</p> <ul style="list-style-type: none"> Más de cuatro semanas de uso tienen más probabilidades de resultar en un abandono exitoso y ocho semanas de uso se consideran igualmente eficaces que duraciones más largas de uso, aunque los pacientes que experimentan síntomas de abstinencia ocho semanas después de dejar de fumar pueden beneficiarse de duraciones más largas. Las pruebas actuales no apoyan una asociación entre la exposición a largo plazo a la TSN y efectos adversos graves para la salud. Un periodo más largo de TSN puede ayudar a algunas personas a mantener la abstinencia y es mucho menos perjudicial que fumar tabaco. Este puede ser especialmente el caso de las personas con enfermedades mentales graves. Las personas con enfermedades mentales graves, que suelen ser muy 	<p>Se presenta en diversas formas en función de su sistema de administración y su inicio de acción.</p> <p>Parche: 7 mg, 14 mg, 21 mg 24 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> 20 cigarrillos al día y, a continuación, utilizar un parche de 21 mg durante cuatro semanas antes de pasar a un parche de menor potencia. 20 cigarrillos al día y, a continuación, empezar con un parche de 14 mg durante un máximo de ocho semanas antes de pasar a un parche de menor potencia. <p>Parche de 16 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> 20 cigarrillos al día y, a continuación, utilizar un parche de 25 mg durante ocho semanas antes de pasar a un parche de menor potencia. 20 cigarrillos al día y empezar con un parche de 15 mg durante ocho semanas antes de pasar a un parche de menor potencia. <p>Chicles: 2 mg y 4 mg. Puede utilizarse cada 2 horas solo para controlar los síntomas de abstinencia, o puede utilizarse según sea necesario para los antojos más fuertes cuando se utiliza en combinación con un parche de nicotina.</p> <p>Combinación de dos formas de TSN (por ejemplo, parche más una forma de acción más rápida, como un spray bucal, chicle, inhalador o pastilla) ha demostrado ser más eficaz que una sola forma de sustitución de nicotina. No es adecuado para personas con dentición dañada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Niños menores de 12 años Personas con sensibilidad conocida a la nicotina o a cualquier otro componente del producto de TSN. Personas que pesan menos de 45 kg, que pueden utilizar la TSN pero que pueden necesitar la dosis más baja (por ejemplo, parches de 14 mg/24 horas). La TSN debe utilizarse con precaución en pacientes hospitalizados con episodios cardiovasculares agudos, pero si la alternativa es fumar, la TSN puede seguir utilizándose bajo supervisión médica. La TSN es segura en pacientes con enfermedad cardiovascular estable, pero debe utilizarse con precaución en pacientes que hayan sufrido recientemente un infarto de miocardio, angina inestable, arritmias graves o eventos cerebrovasculares recientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Los efectos secundarios leves son frecuentes con el uso de TSN y suelen estar asociados a la formulación: Parches: irritación de la piel, enrojecimiento, picor y erupción cutánea, que suelen ser leves pero que pueden tratarse con crema de hidrocortisona al 1% y rotando el lugar de aplicación cada día se puede reducir la irritación. Las personas pueden experimentar insomnio o sueños vívidos, pero éstos también pueden estar asociados a otras farmacoterapias y psicopatología. Reducir la ingesta de cafeína a la mitad y evitarla después de las 16.00 horas puede reducir las alteraciones del sueño. Sin embargo, si las alteraciones del sueño son graves y alteran las

DROGA	ACCIÓN	FORMA DE PRESENTACIÓN Y POSOLOGÍA	CONTRA-INDICACIONES	EFECTOS SECUNDARIOS
	<p>dependientes de la nicotina, suelen necesitar dosis más altas y una combinación de TSN.</p> <p>Seguir fumando tabaco mientras se utiliza la TSN puede indicar que la dosis suministrada es demasiado baja, o que los productos de TSN se utilizan de forma incorrecta.</p> <p>- En los fumadores empedernidos se recomienda la precarga con el uso de parches de TSN antes de reducir el consumo de tabaco, y no recomendar la disminución progresiva y el uso a largo plazo.</p>	<p>No es como un chicle normal. Muerda lentamente el chicle (hasta que empiece el hormigueo) y luego manténgalo entre la mejilla y la encía durante un minuto sin masticar para que se absorba la nicotina. Repítalo durante los treinta minutos siguientes o hasta que desaparezca el hormigueo.</p> <p>Pulverización: Al principio, 1 pulverización en cada fosa nasal (1 miligramo (mg)). La dosis total no suele superar los 40 mg al día (40 pulverizaciones en cada fosa nasal). Reducir antes de interrumpir el tratamiento.</p> <p>Inhalador oral de nicotina: 6 cartuchos al día durante las 3 a 6 primeras semanas. (no más de 16 cartuchos al día) periodo de tratamiento:10-12 semanas</p> <p>Mujeres embarazadas: Ofrecer dejar de fumar sólo con intervención conductual, pero los clínicos pueden recomendar TSN. También debe proporcionarse intervención conductual y seguimiento.</p>		<p>actividades cotidianas, los pacientes pueden retirar el parche al acostarse o un par de horas antes y volver a aplicar un nuevo parche por la mañana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considere la posibilidad de utilizar una forma de TSN de acción más rápida por la mañana, ya que los niveles óptimos de nicotina pueden tardar hasta 3 horas en alcanzar los niveles óptimos de nicotina tras retirar el parche de la noche. • Para chicles y pastillas de nicotina: dispepsia y náuseas. • Para el inhalador de nicotina o el spray bucal: puede producirse irritación de la boca y la garganta
Vareniclina	<p>Fármaco agonista parcial de los receptores nicotínicos para dejar de fumar que alivia los síntomas del ansia y el síndrome de abstinencia. El uso de vareniclina puede más que duplicar las posibilidades de dejar de fumar a largo plazo.</p> <p>Puede utilizarse con seguridad en personas fumadoras con problemas de salud mental, pero debe vigilarse durante los intentos de abandono. Se debe aconsejar a los pacientes que informen de cambios de humor inusuales, depresión, alteraciones del comportamiento y pensamientos suicidas, y que dejen de tomar el medicamento si se producen.</p>	<p>Dosis: Empezar una semana antes de dejar de fumar: 0,5 mg durante 3 días, 0,5 mg durante 4 días, luego 1mg a partir de la fecha de abandono durante 12 semanas.</p>	<p>Para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y adolescentes.</p>	<p>Náuseas que pueden minimizarse si se toma con alimentos.</p> <p>Otros efectos secundarios: trastornos del sueño, somnolencia, dolor de cabeza, estreñimiento, mareos y flatulencia.</p> <p>Tomar con un vaso lleno de agua y comida para reducir las náuseas.</p>

DROGA	ACCIÓN	FORMA DE PRESENTACIÓN Y POSOLOGÍA	CONTRA-INDICACIONES	EFECTOS SECUNDARIOS
Bupropión	Terapia oral no nicotínica, aprobada para su uso como antidepresivo. Aumenta significativamente el abandono del tabaquismo, pero en comparación con el placebo ha demostrado ser menos eficaz que la vareniclina y la TSN para dejar de fumar.	Dosificación: 150 mg (1 comprimido) al día durante 3 días, luego el día 4 - 150 mg (1 comprimido) (con un intervalo mínimo de 8 horas). Después regularmente 150 mg durante 7- 12 semanas y en algunos casos hasta 6 meses.	Pacientes con antecedentes de convulsiones, trastornos de la alimentación y aquellos que toman inhibidores de la monoaminoxidasa o mujeres embarazadas/lactantes. <ul style="list-style-type: none"> Debe utilizarse con precaución en personas que toman medicamentos que pueden disminuir el umbral convulsivo (por ejemplo, otros antidepresivos, antipsicóticos, antimaláricos, agentes hipoglucemiantes orales). 	Convulsiones, insomnio, dolor de cabeza, sequedad de boca, mareos, ansiedad, alteración del gusto.

Referencias

- Jaén-Moreno, M., Feu, N., Redondo-Écija, J. et al. Oportunidades para dejar de fumar en enfermedades mentales graves (tabaco intensivo motivacional y estimación de riesgo - TIMER-): protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorizado. *Ensayos* 20, 47 (2019).
- Campion J, Shiers D, Britton J, Gilbody S, Bradshaw T. Royal College of General Practitioners y Royal College of Psychiatrists; Londres: 2014. Guía de atención primaria sobre tabaquismo y trastornos mentales - actualización de 2014.
- Hartmann-Boyce J, Lindson N, Butler AR, et al. Cigarrillos electrónicos para dejar de fumar (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Rev* 2022. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub7>

Este apéndice del desktop helper es de carácter consultivo y debe leerse junto con el desktop helper del IPCRG n.º 16 Enfermedad mental grave, dependencia del tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). 16 Enfermedad mental grave, dependencia del tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); está destinado a un uso general y no debe considerarse aplicable a un caso específico. Más información en: <https://www.ipcr.org/DTH16>