6.4. Tabaquismo en la persona con DM2

PUNTOS CLAVE

1. Fumar aumenta el riesgo de desarrollar DM2 y empeora el pronóstico de quien ya la tiene: peor control glucémico, más complicaciones crónicas y mayor mortalidad por cualquier causa.
2. Preguntar por el consumo y registrarlo en la historia clínica. El consejo breve, firme, personalizado y repetido por distintos profesionales aumenta los abandonos.
3. Valorar en qué etapa del cambio está la persona antes de proponer nada: lo que sirve en la fase de preparación no funciona en la de precontemplación.
4. La combinación de tratamiento farmacológico y apoyo conductual es el método más eficaz. En España están financiados vareniclina, bupropión y citisiniclina, con condiciones concretas.
5. Tras dejar de fumar es frecuente una ganancia de peso y un empeoramiento transitorio del control glucémico. Conviene anticiparlo y acompañarlo, nunca usarlo como excusa para no dejarlo.

El cribado del consumo de tabaco y el consejo breve forman parte del algoritmo de tratamiento no farmacológico de la redGDPS presentado en la Figura 1 del Capítulo 5.1 (Alimentación), dentro del bloque de la entrevista personalizada inicial. Este capítulo desarrolla en detalle el abordaje del tabaquismo en la persona con DM2.

1. Por qué importa especialmente en la diabetes

El tabaco aumenta la resistencia a la insulina por varios mecanismos y se asocia a deterioro de la función de la célula beta, de modo que incrementa el riesgo de prediabetes y de DM2 en la población general. En quienes ya tienen diabetes, empeora el control glucémico, agrava las complicaciones crónicas y aumenta la mortalidad por cualquier causa (Durlach V, 2022; Rouland A, 2024). Dejar de fumar es, por tanto, parte esencial del manejo integral de la diabetes, y requiere intervenciones más intensivas y mejor adaptadas que en la población general.

Conviene además advertir de que el consejo debe extenderse a los cigarrillos electrónicos y a los demás productos del tabaco, cuyo uso tampoco se recomienda (ADA, 2026, secc. 5).

2. Cribado y consejo

Debe preguntarse por el consumo de tabaco en cada visita de control y registrarlo en la historia clínica. El consejo breve —oportunista, claro, firme y personalizado— está indicado en todas las personas que fuman, aumenta el número de abandonos y gana eficacia cuando lo repiten distintos profesionales a lo largo del tiempo. Antes de proponer un plan conviene valorar la disposición al cambio, para lo que resulta útil el modelo de etapas de Prochaska y DiClemente (Tabla 1; Rouland A, 2024).

Tabla 1. Etapas del cambio y qué hacer en cada una

Etapa	Situación de la persona	Intervención recomendada
Precontemplación	No se plantea cambiar en los próximos 6 meses. No ve el problema y se resiste al cambio.	Aumentar la conciencia del problema, informar y sensibilizar.
Contemplación	Se plantea cambiar en los próximos 6 meses, pero es ambivalente y aún no se compromete.	Explorar la ambivalencia, analizar pros y contras, reforzar la motivación.
Preparación	Tiene intención de cambiar en el próximo mes y empieza a planificarlo.	Ayudar a elaborar un plan, fijar objetivos realistas y reforzar la autoeficacia.

Etapa	Situación de la persona	Intervención recomendada
Acción	Está llevando a cabo el cambio. Requiere esfuerzo y hay riesgo de recaída.	Apoyo y seguimiento estrecho, estrategias para superar barreras, reforzar logros.
Mantenimiento	Sostiene el cambio, en general más de 6 meses, con posibles tentaciones.	Reforzar los beneficios, prevenir recaídas y fomentar el apoyo social.
Recaída	Vuelve al comportamiento anterior. No es un fracaso definitivo, sino parte del proceso.	Analizar qué ocurrió, reforzar los aprendizajes y volver a la etapa que corresponda.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Intervención breve: las cinco Aes

Paso	Objetivo	Qué hace el profesional
Averiguar *(Ask)*	Conocer hábitos y motivación.	Escucha y formula preguntas abiertas.
Aconsejar *(Advise)*	Informar y motivar el cambio.	Ofrece recomendaciones claras y personalizadas.
Acordar *(Agree)*	Establecer objetivos.	Define metas realistas junto a la persona.
Ayudar *(Assist)*	Facilitar el cambio.	Proporciona herramientas, apoyo y estrategias.
Acompañar *(Arrange)*	Mantener el seguimiento.	Revisa progresos y refuerza los cambios.

Fuente: Elaboración propia.

3. Tratamiento farmacológico

La combinación de tratamiento farmacológico y apoyo conductual es el método más eficaz para conseguir el abandono definitivo (Grech J, 2023). Vareniclina y citisiniclina son los fármacos de mayor eficacia; en España las tres opciones financiadas son vareniclina, bupropión y citisiniclina, esta última incorporada en 2023 (Ministerio de Sanidad, 2019) y hoy, con diferencia, la más utilizada (Tabla 3).

Tabla 3. Fármacos disponibles y condiciones de financiación en España

Fármaco	Mecanismo y presentación	Pauta orientativa	Financiación en el SNS
Terapia sustitutiva con nicotina	Parches, chicles, comprimidos para chupar, espray.	Dosis según consumo y grado de dependencia.	No financiada.
Vareniclina	Agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$.	Titulación progresiva; habitualmente 12 semanas.	Financiada, hasta 12 semanas.
Citisiniclina (citisina)	Agonista parcial nicotínico $\alpha 4\beta 2$.	Tratamiento corto en pauta descendente, 25 días.	Financiada desde 2023, 25 días.
Bupropión de liberación sostenida	Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina.	Se inicia antes de la fecha de abandono; 7-9 semanas.	Financiado, hasta 9 semanas.

SNS: Sistema Nacional de Salud.
Fuente: Elaboración propia.

Condiciones de financiación: consumo de 10 o más cigarrillos al día, test de Fagerström igual o superior a 7, motivación expresa con al menos un intento en el último año e inclusión en un programa de deshabituación. Se financia un intento por paciente y año.

4. Qué esperar al dejar de fumar

Tras dejar de fumar es frecuente una ganancia de peso y un empeoramiento transitorio del control glucémico, hasta el punto de que el abandono se asocia a un mayor riesgo de desarrollar DM2 en los primeros años (Durlach V, 2022; Rouland A, 2024). No es un argumento para no dejarlo: el beneficio cardiovascular y de mortalidad lo compensa con creces. Pero si no se anticipa, la persona puede vivirlo como un fracaso y recaer. Conviene advertirlo desde el inicio y reforzar en paralelo la intervención sobre alimentación y actividad física, vigilando el control glucémico durante ese periodo.

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Preguntar y registrar en cada visita: sin registro no hay seguimiento, y sin seguimiento no hay abandono.
2. Antes de ofrecer fármacos, sitúa a la persona en su etapa del cambio. Ofrecer un plan de acción a quien está en precontemplación solo genera frustración en los dos.
3. Comprobar si cumple los criterios de financiación antes de prescribir: consumo, Fagerström y programa. Ahorra una segunda consulta.
4. Anticipar la ganancia de peso y el empeoramiento transitorio de la glucemia, y planificar el refuerzo del estilo de vida en paralelo.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S89-131. doi:10.2337/dc26-S005
2. Durlach V, Vergès B, Al-Salameh A, Bahougne T, Benzerouk F, Berlin I, et al. Smoking and diabetes interplay: a comprehensive review and joint statement. Diabetes Metab. 2022;48(6):101370. doi:10.1016/j.diabet.2022.101370
3. Grech J, Norman I, Sammut R. Helping smokers with diabetes to quit: a scoping review of the interventions used, and the challenges and barriers to smoking cessation. Diabetes Prim Care. 2023;17(3):119-28.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Nota de prensa: el Sistema Nacional de Salud financia por primera vez la vareniclina y el bupropión [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 31 dic 2019 [ampliada en febrero de 2023 con la incorporación de citisiniclina; citado 6 sep 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4764
5. Rouland A, Thuillier P, Al-Salameh A, Benzerouk F, Bahougne T, Tramunt B, et al. Smoking and diabetes. Ann Endocrinol (Paris). 2024;85(6):614-22. doi:10.1016/j.ando.2024.08.001