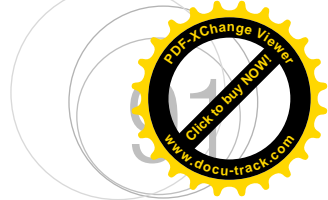
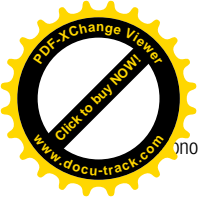


12. Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P (2009) Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD006219.
13. Reda AA, Kaper J, Fikrelter H, Severens JL, van Schayck CP (2009) Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD004305.
14. Rodríguez M, Ayesta FJ (2008) Bases biológicas de la adicción a la nicotina - El consumo de tabaco como trastorno adictivo. En Márquez FL y Ayesta FJ (eds), *Manual de tabaquismo para estudiantes de Ciencias de la Salud*. Junta de Extremadura CSD-SES, 2008, pp: 31-48
15. Stead LF, Bergson G, Lancaster T (2008) Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD000165.
16. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T (2008) Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD000146.
17. Wagena EJ, Knipschild P, Zeegers MP (2005) Should nortriptyline be used as a first-line aid to help smokers quit? Results from a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 100:317-326.
18. Whitley HP, Moorman KL (2007) Varenicline: a review of the literature and place in therapy. *Pharm Pract* 5:51-58.
19. Zierler-Brown SL, Kyle JA (2007) Oral varenicline for smoking cessation. *Ann Pharmacother* 41:95-99.



El tratamiento a fumadores enfocado a poblaciones específicas

ISABEL NERÍN DE LA PUERTA

Resumen

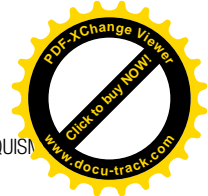
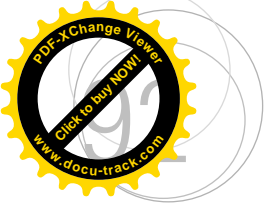
La edición de 2008 de la Guía Americana, establece la recomendación (grado de evidencia B) que las intervenciones en tabaquismo efectivas se pueden utilizar en todas las personas fumadoras, siempre y cuando no exista contraindicación farmacológica específica, o en el caso de algunas poblaciones (adolescentes, mujeres embarazadas, personas fumadoras de pocos cigarrillos, consumidores de smokeless) en las que los tratamientos farmacológicos no han mostrado efectividad. En el tratamiento del tabaquismo intervienen diferentes factores que pueden modificar el uso y la efectividad, por lo que existe cierta controversia sobre si se deben o no diseñar intervenciones “a la medida” según las características personales. Se describen las recomendaciones acerca de las intervenciones sobre tabaquismo que se han mostrado eficaces en pacientes fumadores con características especiales: VHI positivos, hospitalizados, fumadores de ma-

yor edad, con otras patologías, mujeres fumadoras, pacientes psiquiátricos, con bajo nivel socioeconómico y fumadores de minorías étnicas. Se incluyen las recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo en poblaciones específicas de fumadores, como son: niños y adolescentes, mujeres embarazadas, fumadores de menos de 10 cigarrillos /día y de otros productos de tabaco diferentes a los cigarrillos. Se comentan aspectos prácticos en relación con las recomendaciones de tratamiento establecidas para cada grupo.

Palabras clave: tratamiento del tabaquismo, evidencia, poblaciones específicas, adolescentes, embarazo.

Introducción

En el tratamiento del tabaquismo intervienen diferentes factores, según las condiciones de los individuos fumadores, que pueden modificar su uso y su efecti-



vidad. Existe cierta controversia acerca de la manera de intervenir en algunos grupos con características definidas como son los pacientes hospitalizados o las personas fumadoras de mayor edad y también en poblaciones específicas, como las mujeres embarazadas o los adolescentes, entre otros. Por ello, se plantea el interrogante de si existe la necesidad o no de adaptar estas intervenciones según la situación individual o el perfil de la persona fumadora, puesto que además suponen una población cada vez más numerosa dentro del conjunto de fumadores.

Según la última edición de la Guía Americana¹, en general, los tratamientos para dejar de fumar que se han mostrado eficaces han sido utilizados en un amplio rango de poblaciones. Por ello, la recomendación establece (grado de evidencia B) que las intervenciones que se han mostrado efectivas en principio son recomendables para cualquier persona fumadora, siempre y cuando no exista contraindicación farmacológica específica, o en el caso de algunas poblaciones específicas (mujeres embarazadas, personas fumadoras de pocos cigarrillos, consumidores de smokeless o adolescentes) en las que los tratamientos farmacológicos no han mostrado efectividad.

Esta recomendación acerca de la efectividad de los tratamientos en cualquier persona fumadora, independientemente de sus características individuales y con excepción de las poblaciones específicas ya comentadas, surge de diversas consideraciones. En primer lugar, la mayoría de los ensayos clínicos, a partir de los cuales se generan las recomendaciones clínicas incluyen diversas muestras de personas fumadoras, a excepción de las mujeres embarazadas, los adolescentes, los consumidores de smokeless y los fumadores de pocos cigarrillos, que habitualmente son excluidos de los ensayos clínicos. Por otra parte, la relativa seguridad de los tratamientos del tabaquismo, frente al riesgo que supone seguir fumando, avala la utilización de los mismos.

Sin embargo, en la práctica clínica, existe un amplio rango de profesiones sanitarias, (como obstetras, ginecólogos, pediatras, psiquiatras, internistas, cardiólogos, enfermería, dentistas,) que manejan habitualmente estas poblaciones y para los que el tratamiento del consumo de tabaco en sus pacientes puede suponer un reto importante.

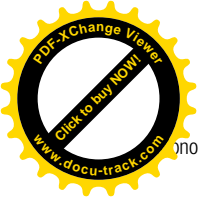
Dada la evidencia disponible sobre la efectividad de los tratamientos, el objetivo de este capítulo no es proporcionar una revisión exhaustiva de la literatura más relevante, sino establecer a la luz de esa revisión, las claves para el tratamiento del tabaquismo en aquellos grupos con características especiales, como pacientes hospitalizados o de mayor edad, entre otros, y en poblaciones específicas (mujeres embarazadas, etc.) con una orientación práctica.

Grupos de fumadores con características especiales

A continuación se comentan las intervenciones que se han mostrado eficaces para grupos de fumadores con características especiales, su justificación y los aspectos en los que se necesita realizar más investigación para disponer de más información.

PERSONAS FUMADORAS SEROPositIVAS (VHI)

Las personas seropositivas (virus de la inmunodeficiencia humana) con frecuencia fuman más que la población general. Actualmente, las expectativas de vida en este grupo de pacientes se han prolongado, gracias a los avances realizados en el tratamiento. Este aspecto ha condicionado que el consumo de tabaco en estos pacientes se haya convertido en un tema de significativo interés clínico. Por otra parte, dentro del grupo de personas seropositivas, las que son fumadoras tienen mayor riesgo, frente a las que no lo



son, para desarrollar infecciones y otras complicaciones respiratorias, y en general mayor mortalidad y peor calidad de vida. Los datos sugieren también que las personas seropositivas que son fumadoras infravaloran los efectos del tabaco sobre su salud, a pesar de que en ocasiones la causa de muerte está más relacionada con el hecho de que sean fumadores que con su enfermedad de base.

La revisión de la evidencia muestra que, hasta el momento, son escasos los ensayos clínicos aleatorizados en pacientes seropositivos. Solo existe en la literatura un estudio piloto, realizado recientemente, sobre la efectividad de los tratamientos en esta población², y otro estudio que ha valorado el consejo telefónico orientado a mejorar aspectos emocionales, (depresión, ansiedad, autoeficacia), en un grupo de pacientes seropositivos, con resultados satisfactorios a los tres meses de seguimiento³. Sin embargo, no se han realizado estudios que hayan valorado la efectividad de las intervenciones a largo plazo en esta población.

Es necesaria la realización de más estudios en la población de pacientes seropositivos fumadores, destinados a mejorar el conocimiento sobre los siguientes aspectos: efectividad de los tratamientos farmacológicos y psicológicos, incluidas intervenciones “a la medida” de esta población; efectividad de intervenciones destinadas a incrementar la motivación (pe: entrevista motivacional); efectividad del apoyo social y comunitario en el refuerzo de la motivación y en la mejora de los resultados del tratamiento de estos pacientes.

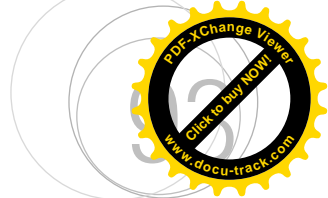
PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS

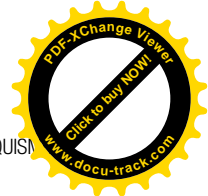
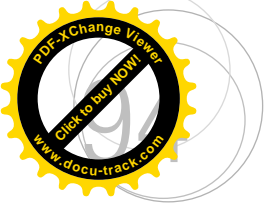
Es vital que los pacientes fumadores que están hospitalizados intenten dejar de fumar, dado que el consumo de tabaco interfiere con su estado de salud en

general y con la recuperación de su proceso en particular.

Entre los pacientes con cardiopatía, el riesgo de padecer un segundo evento es mayor si continúan fumando, así como en los pacientes tratados de algunas neoplasias (pe: pulmón) en los que el riesgo de desarrollar un segundo tumor es mayor si no abandonan el consumo de tabaco. En el caso de los enfermos con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) el mantener el consumo de tabaco influye negativamente y también el hecho de ser fumador dificulta cualquier proceso de cicatrización de tejidos blandos y óseos.

En todos los pacientes que se encuentran ingresados en un hospital se debería trabajar la motivación para que intentaran dejar de fumar por 2 motivos. En primer lugar, porque en muchas ocasiones la causa del ingreso está relacionada con el consumo de tabaco, lo que incrementa la vulnerabilidad percibida por el propio paciente hacia las consecuencias del tabaco sobre su salud y convierte el momento del ingreso en un momento susceptible para intervenir. En segundo lugar, los hospitales deben ser entornos libres de humo lo que hace que las personas que son fumadoras, al estar ingresadas, estén alojadas temporalmente en un ambiente libre de humo. De hecho, en Estados Unidos cualquier hospital debe ser libre de humo para poder ser acreditado por la organización que evalúa la calidad de las instituciones que trabajan en el campo de la salud. También en los Estados Unidos, cada vez son más los hospitales que incluyen los exteriores y el terreno circundante como entornos hospitalarios y por tanto libres de humo. Por todas estas razones, los profesionales sanitarios deberían aprovechar el periodo de hospitalización como una oportunidad para promover la deshabituación tabáquica en cualquier paciente fumador. El ingreso constituye también una ocasión para poder prescribir fármacos





que alivian el síndrome de abstinencia. En este caso, el paciente lo puede percibir como una experiencia positiva, y por tanto es más probable que utilice la medicación en futuros intentos de dejar de fumar y también que mantenga la abstinencia con mayor facilidad.

La intervención propuesta para realizar de manera escalonada en pacientes hospitalizados que son fumadores se resumen en la tabla I.

La importancia del seguimiento tras el alta después del ingreso hospitalario ha sido ampliamente demostrada^{4,5}. Sin embargo, dado que en ocasiones la disponibilidad de recursos del personal hospitalario para realizar este seguimiento es limitada, se ha sugerido utilizar para ello otros sistemas como las “quitlines” que pueden ser un método efectivo y eficiente para realizarlos⁶.

La revisión de la evidencia disponible revela que la intensidad de la intervención (activa durante el ingreso,

más seguimiento al menos de un mes) en los pacientes hospitalizados que son fumadores, se asocia con una tasa mayor de cesaciones frente al grupo control. Las intervenciones que se han mostrado efectivas son: el consejo y tratamiento farmacológico^{4,7,8} y otras intervenciones psicosociales que incluyen folletos o videos de autoayuda; el consejo hospitalario; y el seguimiento hospitalario telefónico después del alta. Además el análisis de la revisión Cochrane de 2007⁶ muestra algunos hallazgos adicionales como son:

- El seguimiento tras la hospitalización es un componente clave para la efectividad de la intervención.
- La efectividad del tratamiento farmacológico (terapia sustitutiva de nicotina y bupropión SR) es similar al encontrado en otras poblaciones.
- La intervención es efectiva independientemente del motivo del ingreso.

Tabla I.- Intervención para pacientes fumadores hospitalizados

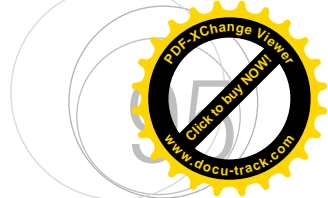
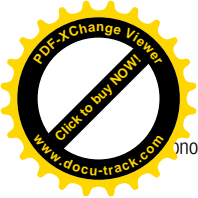
- Preguntar en la admisión de todos los pacientes acerca de su condición en relación con el consumo de tabaco y registrarlo en la historia clínica.

- En el caso de los pacientes que sean fumadores, incluir esta condición como diagnóstico clínico.

- Utilizar el consejo y el tratamiento farmacológico para mantener la abstinencia y tratar los síntomas de abstinencia.

- Proporcionar tratamiento para dejar de fumar durante el ingreso y continuarlo al alta.

- Acordar seguimiento y proporcionar apoyo durante el primer mes después del alta.



Aún así, hay algunos aspectos que requieren una mayor investigación como son la efectividad de las intervenciones según el diferente personal que las implementa (pe: personal de enfermería, terapeutas respiratorios); la efectividad del consejo y del tratamiento farmacológico durante el ingreso y por último, se necesita más información acerca de la posible recaída tras el alta hospitalaria con seguimiento telefónico.

PACIENTES FUMADORES HOMOSEXUALES, BISEXUALES Y TRANSEXUALES

Estas poblaciones fuman más que la población general y son un objetivo de las campañas de marketing de la industria tabaquera. Suelen tener otros factores de riesgo para empezar a fumar como el estrés secundario a los prejuicios a su condición. Se debería ampliar la investigación sobre aspectos relacionados con la accesibilidad a los tratamientos, la efectividad de los tratamientos, incluyendo quitlines y las intervenciones “a medida”.

PACIENTES FUMADORES CON BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL

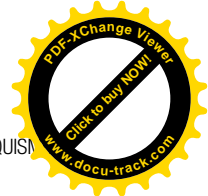
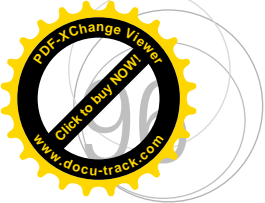
Los individuos con bajo nivel socioeconómico suelen mostrar prevalencias de tabaquismo más altas que la población general. Sin embargo, tienen un menor acceso a los tratamientos, suelen estar más expuestos al humo ambiental en su lugar de trabajo y son una población diana para las compañías tabaqueras; por último suelen tener menos probabilidades de recibir tratamiento para dejar de fumar⁹. Por ello, es necesario que los profesionales sanitarios desarrollen intervenciones sobre tabaquismo adaptadas a su nivel sociocultural, con un lenguaje de fácil comprensión en particular si se utiliza material escrito (folletos).

En este grupo, la investigación futura debería profundizar sobre la efectividad de los tratamientos proporcionados en ámbitos comunitarios (farmacias, lugar de trabajo) además de las quitlines; y desarrollar estrategias para modificar conceptos erróneos que suelen ser más frecuentes en estos grupos más desfavorecidos.

PACIENTES FUMADORES CON OTRAS PATOLOGÍAS

Los pacientes fumadores que tienen otras patologías concomitantes tales como cáncer, enfermedad cardiaca, diabetes, EPOC o asma, constituyen una población diana para el uso de los tratamientos para dejar de fumar, dado el papel que juega el tabaco en la etiología o exacerbación de estos procesos. Los profesionales sanitarios que tratan a estos pacientes tienen una excelente oportunidad ya que si logran que sus pacientes dejen de fumar lograrán también mejorar la enfermedad de base. Incorporar el tratamiento del tabaquismo en los programas del manejo de estas enfermedades crónicas puede ser una manera efectiva y eficiente de proporcionar el tratamiento para dejar de fumar en estas poblaciones.

La revisión de la evidencia muestra que las intervenciones para dejar de fumar se han mostrado efectivas en pacientes fumadores con una amplia variedad de patologías¹. Así en los fumadores con enfermedad cardiovascular, las intervenciones psicosociales, el ejercicio, bupropion SR y el TSN (parches, chicles o inhalador). Para los fumadores con EPOC: el consejo intensivo, los programas conductuales de prevención de recaídas combinados con TSN, bupropion SR, nortriptilina y parches de nicotina o inhaladores. Y en el caso de los pacientes con cáncer que son fumadores el consejo con medicación y el consejo motivacional; todas ellas han mostrado efectividad.



En futuras investigaciones se debería profundizar acerca de la efectividad de los tratamientos (consejo y farmacológico) en la diabetes y el asma en particular y en general sobre el impacto y la efectividad de intervenciones “a medida” según las características de cada enfermedad.

PACIENTES FUMADORES MAYORES DE 65 AÑOS

Dado que la expectativa de vida en los países occidentales se ha prolongado más allá de los 75 años, cada vez es más frecuente asistir a pacientes de mayor edad que continúan fumando. Incluso en esta población el dejar de fumar aporta enormes beneficios¹⁰ al reducir el riesgo de muerte por cardiopatía, EPOC, o cáncer de pulmón; además de disminuir el riesgo de osteoporosis, acelerar la recuperación de algunas enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y mejorar la circulación cerebral.

En realidad, la edad no parece que intervenga para disminuir los deseos de dejar de fumar, ni los beneficios obtenidos al dejarlo, ni tampoco la efectividad de los tratamientos. Sin embargo, las personas mayores de 65 años que continúan fumando es menos probable que reciban tratamiento para dejar de fumar. Algunas características propias de la gente de más edad (pe: menor movilidad) sugieren que los tratamientos proactivos telefónicos pueden ser de utilidad en esta población.

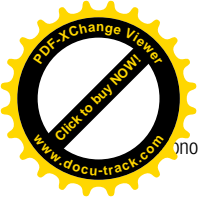
La revisión de la evidencia disponible muestra la misma efectividad de las “4 A's” en pacientes mayores de 50 años, así como del consejo médico, los materiales de autoayuda adaptados a la edad, el consejo telefónico y los parches de nicotina^{11,12} que en población de menor edad.

Como aspectos para la investigación, en la población de fumadores de más edad, quedan pendientes: la efectividad de las intervenciones para promover la cesación, adaptadas o no a la edad; la efectividad y los efectos secundarios del tratamiento farmacológico; y la evaluación de intervenciones motivacionales efectivas.

PACIENTES PSIQUIÁTRICOS, INCLUYENDO OTROS ABUSOS DE SUSTANCIAS

Los trastornos psiquiátricos son más frecuentes entre la población de fumadores que en la población general. De hecho, entre el 30 y el 60% de los pacientes que solicitan tratamiento para dejar de fumar pueden tener antecedentes de depresión y alrededor del 20% pueden tener antecedentes de alcoholismo¹³. El consumo de tabaco también es superior (más del 70%) entre la población que consume otras drogas, que por otra parte, tiene una mayor tasa de mortalidad por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Los tratamientos de deshabituación tabáquica para estos individuos, deberían dispensarse en el contexto de los servicios de drogodependencias y las clínicas de salud mental, a pesar de que ellos mismos suelen demandarlos con menos frecuencia que la población general de personas fumadoras. También, los fumadores con un trastorno mental activo presentan un mayor riesgo de recaída tras realizar un intento de cesación.

A todas las personas fumadoras con enfermedad psiquiátrica, incluyendo el abuso de otras sustancias, se les debería ofertar tratamiento para dejar de fumar y los propios clínicos deberían vencer su reticencia a tratarlos¹⁴. Sin embargo, la oferta de tratamiento debe plantearse cuando los síntomas



psiquiátricos no sean severos. Estos pacientes, incluso estando ingresados en las unidades de psiquiatría, pueden dejar de fumar con escasos efectos adversos, aunque el abandono del tabaco o el síndrome de abstinencia puede exacerbar su enfermedad. Por ejemplo, al dejar de fumar se ha descrito aumento de los síntomas en pacientes deprimidos o la aparición de depresión en aquellos pacientes con antecedentes previos¹⁵.

En relación con los pacientes con varias dependencias, varios estudios concluyen que el tratamiento del tabaquismo no interfiere en la rehabilitación de otra dependencia, aunque en el caso del alcohol un estudio reciente ha comunicado que su tratamiento debería preceder al del tabaco para maximizar sus efectos¹⁶.

El tratamiento del tabaquismo en pacientes con enfermedades psiquiátricas es más complejo, entre otras cosas debido a que suelen estar polimedcados. El abandono del tabaco puede alterar la farmacocinética de ciertos fármacos, por lo que se deben monitorizar los niveles o los efectos de la medicación psiquiátrica.

La revisión de la evidencia muestra que los antidepresivos (bupropion SR y nortriptilina) son efectivos para mantener la tasa de abstinencia a largo plazo en pacientes fumadores con historia de depresión. Los pacientes psiquiátricos se pueden beneficiar de los tratamientos para dejar de fumar, aunque tienen un mayor riesgo de recaída. Algunos datos sugieren que bupropion y TSN pueden ser efectivos para tratar pacientes con esquizofrenia y contribuir a mejorar los síntomas negativos de estos últimos, así como los síntomas depresivos¹⁷.

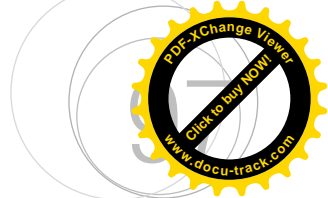
La evidencia disponible en la actualidad es insuficiente para establecer si los fumadores con trastornos psiquiátricos se benefician más de las intervenciones “a medida” según su patología, en comparación con las intervenciones standard. Por otra parte, la evidencia muestra que las intervenciones sobre tabaquismo, consejo y medicación, son efectivas en los fumadores con otras dependencias^{18,19}, y que no interfieren con la recuperación tras el tratamiento de las otras dependencias.

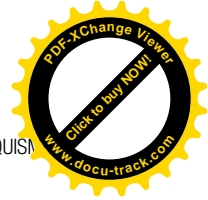
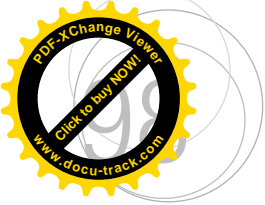
El uso de vareniclina se ha asociado con ánimo depresivo, agitación, ideas suicidas y suicidio. La FDA recomienda que se realice una anamnesis acerca de los antecedentes psiquiátricos en todos los pacientes antes de prescribir vareniclina y monitorizar los cambios en el estado de ánimo durante el tratamiento con este principio activo.

Esta población de fumadores requiere una mayor investigación en los siguientes aspectos: efectividad de los tratamientos farmacológicos y de otras estrategias en pacientes psiquiátricos, incluido la depresión; efectividad e impacto del tratamiento del tabaquismo en el contexto del tratamiento de otras drogas; efectividad de las intervenciones “a medida” y acerca del impacto del abandono de tabaco sobre la enfermedad mental y su manejo.

PERSONAS FUMADORAS PERTENECIENTES A MINORÍAS ÉTNICAS

La prevalencia y el patrón de consumo de tabaco varían mucho dentro de los subgrupos étnicos minoritarios en función de otras variables como el sexo, o el grado de integración, entre otros. En general, estas poblaciones reciben en menor medida el consejo médico y tratamiento para dejar de fumar que la población general. La mayoría de los datos procede de las minorías étnicas de Estados Unidos (afroamericanos,





indios americanos) con lo que resulta difícil extrapolarlos a nuestro país. España es un país receptor de inmigración y en la actualidad representa una “puerta de entrada” a Europa para muchos grupos de inmigrantes. Es necesario ofertar a esta población de fumadores intervenciones eficaces, máxime porque con frecuencia se encuentran en un nivel socioeconómico bajo²⁰.

Por ello, la investigación se debe centrar en evaluar la efectividad de las intervenciones sobre tabaquismo (fármacos, quitlines) en estas poblaciones, adaptadas o no a cada cultura, así como identificar las barreras específicas que presentan para la utilización de los tratamientos y los posibles motivos específicos para dejar de fumar que puedan ser especialmente efectivos.

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN LAS MUJERES

Los datos sugieren que las mujeres solicitan en mayor medida asistencia para dejar de fumar que los hombres. Los estudios realizados apuntan que las mujeres que son fumadoras se pueden beneficiar de los mismos tratamientos que los hombres que son fumadores, aunque los datos son confusos acerca de si el beneficio es igual que en los hombres²¹. Las mujeres hacen frente a diferentes factores estresantes y barreras en el proceso de abandono, como son: mayor probabilidad de presentar depresión, mayor preocupación por la ganancia de peso, variaciones hormonales y más motivos para fumar de tipo no farmacológico (pe: socialización), así como diferencias educacionales, entre otros²². Esto sugiere que los tratamientos del tabaquismo que incorporen estos factores, pueden tener mejor resultado entre las mujeres, aunque pocos estudios han analizado los programas que incorporan una perspectiva de género.

La revisión de la evidencia muestra que el tratamiento del tabaquismo con bupropion SR, TSN y vareniclina es efectivo tanto en hombres como en mujeres²³, aunque la evidencia es confusa acerca de si las mujeres se beneficiarían más con TSN que los hombres²⁴. Las intervenciones psicosociales son efectivas, incluyendo el consejo telefónico proactivo, el seguimiento individualizado “a la medida”²⁵ y el consejo de no fumar cuando se relaciona con la salud de los hijos²⁶. También hay alguna evidencia de que el ejercicio es efectivo en las mujeres, aunque este hallazgo es inconsistente.

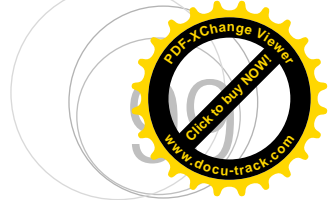
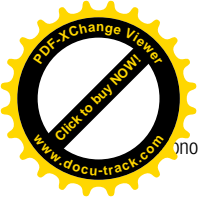
La investigación debería profundizar sobre las diferencias de género en la efectividad de los tratamientos, incluido el consejo y la combinación de fármacos y por otra parte, acerca del impacto de los motivos específicos de género, para dejar de fumar, que pueden incrementar el número de intentos y el éxito de los mismos (pe: mejora de la fertilidad, el embarazo, prevención de osteoporosis).

Poblaciones específicas

A continuación se comentan las recomendaciones establecidas, con algunos aspectos prácticos para el tratamiento de poblaciones específicas, donde se incluyen: los niños y los adolescentes, los fumadores de menos de 10 cigarrillos (fumadores *light*), los consumidores de otras formas de tabaco y por último las mujeres embarazadas.

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Diversos motivos avalan la idea de que el consumo de tabaco es un tema pediátrico. Es un hecho conocido que la experimentación con los primeros cigarrillos suele darse a en la adolescencia, y que la mayoría de



los adultos que son fumadores (90%) iniciaron el consumo de cigarrillos antes de los 21 años. Las razones por las que los jóvenes empiezan a fumar son múltiples; entre ellas se han descrito la influencia de la publicidad, de los “pares” o iguales (amigos), el tabaquismo de los padres, el control del peso o la simple curiosidad. Sin embargo, independientemente de los motivos por los que experimentan con los cigarrillos, los adolescentes desarrollan rápidamente dependencia a la nicotina.

Dada la importancia de la prevención primaria en el consumo de tabaco, en el ámbito pediátrico, los profesionales sanitarios deberían evaluar el consumo de tabaco, tanto a los niños y niñas como a sus padres, además de proporcionar el consejo firme de no fumar de manera rutinaria. La prevención del tabaquismo sigue siendo una prioridad, máxime si se tiene en cuenta que las últimas revisiones de las campañas de prevención en adolescentes han mostrado una efectividad limitada²⁷. Los más jóvenes infravaloran el poder

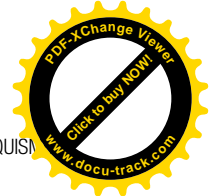
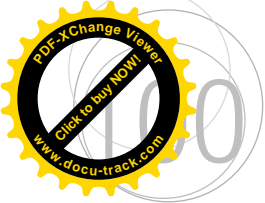
adictivo de la nicotina y los adolescentes que son fumadores piensan que pueden dejar de fumar en cualquier momento. Solo el 4% de los chicos y chicas entre 12 y 19 años que son fumadores, logran dejar de fumar, con una tasa de recaída superior a la de los adultos. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes piensan habitualmente en dejarlo, aunque rara vez solicitan ayuda terapéutica para ello.

INTERVENCIONES SOBRE TABAQUISMO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Las recomendaciones para estas poblaciones, incluidas las del ámbito pediátrico, junto con el grado de evidencia se muestran en la tabla II. A continuación se describen con más detalle algunos aspectos de interés sobre el consejo en los adolescentes y sus padres. Por último se comenta el análisis de los tratamientos farmacológicos en esta población.

Tabla II.- Recomendaciones en niños y adolescentes y grado de evidencia

RECOMENDACIÓN	GRADO DE EVIDENCIA
Preguntar siempre a los niños y adolescentes acerca del consumo de tabaco y dar el consejo firme de la importancia de no fumar nada.	C
En los adolescentes que son fumadores se debe aplicar el consejo médico como ayuda efectiva para dejar de fumar.	B
En el ámbito pediátrico preguntar a los padres sobre el consumo de tabaco y ofrecer consejo y tratamiento en el caso de que sean fumadores.	B



Consejo médico. La aplicación del consejo dobla aproximadamente la tasa de abstinencia a largo plazo en los adolescentes que lo reciben, tal y como muestra la tabla III. Es necesario resaltar que aunque el consejo mejora la tasa de abstinencia, ésta en cifras absolutas es bastante baja, lo que refuerza la necesidad de mejorar las intervenciones en este grupo²⁸. Da-

do que los estudios analizados sobre los que se basan las recomendaciones fueron muy heterogéneos, se estableció un grado de evidencia B, en lugar de un grado A.

Estudios recientes han mostrado que entre el 33 y el 55% de los adolescentes que son fumadores son identificados como tales y aconsejados por su médi-

Tabla III.- Efectividad y tasa de abstinencia del consejo en adolescentes fumadores

Adolescentes fumadores	Número de grupos	Odds Ratio (IC 95%)	Tasa de abstinencia (IC 95%)
Control	7	1.0	6.7
Consejo	7	1.8 (1.1-3.0)	11.6 (7.5-17.5)

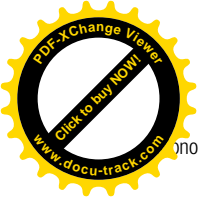
cos y solo el 20% en su visita al dentista. Preguntar acerca del consumo de tabaco y ofrecer el consejo para dejar de fumar es el primer paso para poder hacer intervenciones efectivas. También los profesionales sanitarios deberían usar estrategias motivacionales adaptadas a los adolescentes. Por último, es importante que la relación del profesional con el adolescente se desarrolle en un clima de confidencialidad y privacidad (pe: sin presencia de los padres).

Consejo a los padres en el ámbito pediátrico. Investigaciones recientes han puesto de manifiesto que las intervenciones realizadas a los padres en el ámbito pediátrico incrementan su interés por dejar de fumar, el n.º de intentos y las tasas de abstinencia²⁹. Del mismo modo, al proporcionar, a los padres información acerca del daño que ocasiona la exposición al humo de segunda mano se ha comprobado que dis-

minuyen la exposición de sus hijos y disminuye el consumo entre los padres.

Tratamiento farmacológico. Aunque la terapia con nicotina se ha mostrado segura en los adolescentes, hay escasa evidencia de que esta medicación y el bupropion SR sean efectivas para lograr la abstinencia a largo plazo en este grupo de fumadores³⁰. Por ello no se recomiendan como un componente más de las intervenciones efectivas en niños y adolescentes.

En esta población, la investigación futura se debería centrar en temas como: efectividad del consejo estructurado (las 5 A's) en el ámbito pediátrico tanto para los adolescentes como para sus padres cuando sean fumadores; seguridad y efectividad de fármacos (bupropion SR, TSN, vareniclina y vacuna nicotínica) en adolescentes; efectividad de las intervenciones



motivacionales específicas para los más jóvenes; efectividad de intervenciones utilizando internet y quillines y de los programas escolares.

PERSONAS FUMADORAS DE MENOS DE 10 CIGARRILLOS (FUMADORES LIGHT)

No existe un consenso acerca de la definición del fumador *light*. En la Guía americana¹ se consideró como tal, la persona que fuma menos de 10 cigarrillos al día, lo que incluye también a los fumadores que no consumen cigarrillos a diario; no incluye los consumidores de tabaco *light*.

Fumar pocos cigarrillos también es un riesgo para desarrollar patología relacionada con el consumo de tabaco³¹. Debido a las restricciones para fumar y al incremento del precio de los cigarrillos, esta población cada vez es más frecuente. Muchos de estos fumadores quieren dejar de fumar, pero tienen dificultades para ello debido a la dependencia a la nicotina que desarrollan. Este grupo de fumadores reciben con menor frecuencia tratamiento para dejar de fumar que los que consumen un mayor número de cigarrillos³².

Dos estudios han evaluado la efectividad de TSN oral (comprimidos/goma de mascar) en los fumadores *light*, con resultados contradictorios.

La recomendación para este grupo es: identificar este patrón de consumo y de manera firme proporcionar las intervenciones relacionadas con el consejo de no fumar (grado de evidencia B).

Se debería investigar acerca de la efectividad del consejo específico y del tratamiento farmacológico en este grupo.

PERSONAS QUE CONSUMEN OTRAS FORMAS DE TABACO

Al igual que los cigarrillos, el uso de tabaco sin humo (*smokeless*) en cualquiera de sus formas, produce adicción a la nicotina y serias consecuencias sobre la salud. Por otro lado el uso de *smokeless* no es una alternativa segura para los fumadores de cigarrillos ni se ha demostrado que sea efectivo para ayudarles a dejar de fumar. La evidencia muestra que el consejo es eficaz en este grupo.

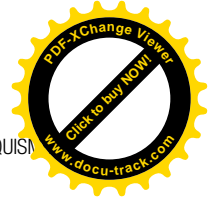
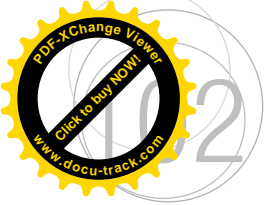
Respecto a los cigarros puros (habanos) también incrementan el riesgo de enfermedad coronaria, EPOC, periodontitis y de desarrollar cáncer oral, esofágico, laríngeo, de pulmón entre otros. En los últimos años se han incrementado las ventas de puros y también en su formato más reducido (puros).

La recomendación para los consumidores de *smokeless* es: identificar el consumo y de manera firme proporcionar las intervenciones relacionadas con el consejo de no fumar (grado de evidencia A). Los dentistas deberían realizar una intervención breve en todos los pacientes consumidores de *smokeless* (grado de evidencia A).

En el caso de los fumadores de puros, pipas u otras formas de tabaco fumado, la recomendación es: identificar el patrón de consumo y proporcionar el mismo consejo recomendado para los fumadores de cigarrillos (grado de evidencia C).

No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de medicación en este grupo. Se necesita más información sobre la efectividad del consejo para promover la abstinencia en los consumidores de productos de tabaco distintas a los cigarrillos.





MUJERES EMBARAZADAS

Las recomendaciones para las mujeres embarazadas que sean fumadoras se muestran en la tabla IV. A continuación se comentan algunos aspectos prácticos relacionados con las recomendaciones.

Intervenciones psicosociales. En los artículos analizados en los que se basan las recomendaciones, se compararon las intervenciones psicosociales individuales frente a un consejo breve. Las intervenciones psicosociales individuales incluyen un consejo más in-

Tabla IV.- Recomendaciones en mujeres embarazadas y grado de evidencia

RECOMENDACIÓN	GRADO DE EVIDENCIA
Ofertar siempre que sea posible, intervenciones psicosociales (superior el consejo mínimo) en formato individual.	A
Ofertar intervenciones eficaces desde la primera visita y durante todo el embarazo.	B

tensivo; en la tabla V se muestran algunos componentes de este tipo de intervención.

Es interesante comentar que, en el caso de esta población, la abstinencia se puede medir en dos momentos diferentes: antes del parto (> 24 semanas) y

después del parto (5 meses después). Como se observa en la tabla VI las intervenciones psicosociales son más efectivas que el consejo breve para lograr que las mujeres embarazadas dejen de fumar durante el embarazo; estos hallazgos son consistentes con los comunicados en una revisión reciente³³.

Tabla V.- Ejemplos de intervenciones psicosociales en el embarazo

- Consejo médico e información acerca de los riesgos relacionados con el consumo de tabaco (2-3 minutos); video/casete con información sobre riesgos, obstáculos, métodos de cesación; consejo de la comadrona (10 minutos); manual de autoayuda y seguimiento.
- Materiales de autoayuda específicos para el embarazo y una sesión de 10 minutos con un profesional sanitario.
- Sesión de 90 minutos con un profesional sanitario y seguimiento telefónico bimensual durante el embarazo y mensual después del parto.

Tabla VI.- Efectividad y tasa de abstinencia de intervenciones psicocociales en mujeres embarazadas fumadoras

Adolescentes fumadores	Número de grupos	Odds Ratio (IC 95%)	Tasa de abstinencia (IC 95%)
Control	8	1.0	7.6
Consejo	9	1.8 (1.4-2.3)	13.3 (9.0-19.4)

El primer paso en cualquier intervención es evaluar la situación en relación con el consumo de tabaco. Dado que existe un cierto estigma social hacia el hecho de fumar en esa condición (el embarazo) en ocasiones puede ser más difícil recoger una información veraz, puesto que las mujeres pueden negar el consumo³⁴. Por eso en el caso de las mujeres embarazadas que son fumadoras, se recomienda formular las preguntas evitando ser punitivo y preferentemente con varias respuestas mejor que preguntas de única respuesta (sí/no).

En el caso de las mujeres embarazadas dejar de fumar proporciona beneficios de manera inmediata en cualquier momento del embarazo, pero sin duda es más beneficioso dejarlo antes de la concepción o al inicio del embarazo. Se estima que el 20% o más de los casos de bajo peso se podrían prevenir suprimiendo el consumo de tabaco durante el embarazo. Por ello, es obligado realizar la intervención en todas las mujeres embarazadas que sean fumadoras y también en aquellas que acuden a las consultas de fertilidad o de salud reproductiva.

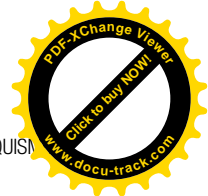
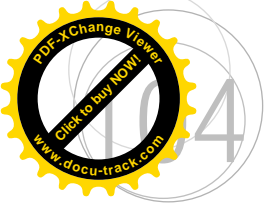
Otro aspecto de interés es resaltar que en las mujeres fumadoras que abandonan el consumo durante el embarazo, la tasa de recaída es alta, incluso después de estar 6 meses o más sin fumar durante el periodo de gestación³⁵. La recaída post-parto en el consumo

de tabaco se puede prevenir enfatizando la relación entre el tabaquismo de la madre y la salud del recién nacido. Sin embargo, existe una necesidad enorme de investigar la recaída post-parto pues existen estudios con resultados contradictorios.

En cuanto a los materiales de autoayuda también existe evidencia de su eficacia.

Efectividad de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar durante el embarazo. Se han analizado tres estudios controlados, aleatorizados³⁶⁻³⁸, con terapia sustitutiva de nicotina con resultados contradictorios en relación con su efectividad, que no permiten por el momento plantear este tratamiento como una recomendación.

Seguridad de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar durante el embarazo. El tabaquismo es el principal factor de riesgo modificable de morbi-mortalidad durante el embarazo³⁹. Las consecuencias del consumo de tabaco durante la gestación incluyen mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, desprendimiento de placenta, retardo en el crecimiento fetal, muerte súbita del lactante, entre otros riesgos tanto para la madre como para su hijo. Los cigarrillos contienen cientos de toxinas, muchas de las cuales intervienen en la toxicidad



dad a la que se somete al feto. La nicotina puede contribuir a los efectos adversos producidos por el tabaco, sobre el feto. En los 3 estudios analizados para valorar la efectividad de la terapia sustitutiva se valoró también la seguridad³⁶⁻³⁸. En dos de ellos no se comunicaron efectos adversos en el grupo de embarazadas tratadas con nicotina terapéutica, pero sí en el tercer estudio. En este último, como efecto adverso se produjo con mayor frecuencia parto prematuro en las mujeres tratadas con nicotina, y aunque este hecho no se atribuyó directamente al tratamiento, no permitió concluir el estudio³⁸. Un estudio realizado por Morales-Suarez-Varela en 2006⁴⁰ ha sugerido un pequeño incremento pero significativo de malformaciones en mujeres embarazadas y tratadas con nicotina durante las primeras 12 semanas. Este estudio presenta múltiples problemas metodológicos que hacen que los resultados comunicados sean de difícil interpretación. En cualquier caso la mayoría de las mujeres que utilizan terapia sustitutiva con nicotina lo hacen en el segundo y tercer trimestre y en estos casos no se ha comunicado este efecto adverso.

Por otra parte, el concepto de seguridad refleja que los beneficios son mayores que los riesgos. Probablemente la nicotina tiene efectos adversos sobre el feto, pero fumar cigarrillos expone al feto y a la madre a numerosas sustancias químicas perjudiciales para ambos, aspecto que debe considerarse en el contexto adecuado.

La investigación en cuanto a tabaco y embarazo debería orientarse hacia: prevención de recaídas durante el embarazo y después del parto; efectividad de las intervenciones psicosociales no presenciales (Internet, quitlines); la seguridad y la efectividad de los tratamientos farmacológicos (TSN, bupropion SR y varenciclina) durante el embarazo y durante la lactancia; efectividad de proporcionar incentivos para promover la cesación y acerca de los efectos del tabaquismo

sobre la infertilidad en hombre y mujeres, así como durante los tratamientos de fertilidad.

Ganancia de peso y ejercicio físico

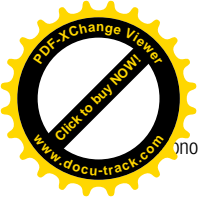
Por último, una breve referencia a dos temas relacionados con la cesación en general: la ganancia ponderal y el ejercicio físico.

Ganancia ponderal. Es habitual que los fumadores aumenten el peso al dejar de fumar; pero este incremento es, en la mayoría, moderado y solo en el 10% es superior a 10Kgs. Las razones que justifican la ganancia de peso son por un lado una mayor ingesta calórica y un menor gasto energético; ambas situaciones producidas por la supresión de la nicotina.

Como aspectos prácticos, se debe informar al paciente acerca de la posibilidad de un incremento del peso moderado y aconsejar un estilo de vida saludable en cuanto a la dieta, rica en frutas y verduras, limitando la ingesta de alcohol, y ejercicio físico moderado.

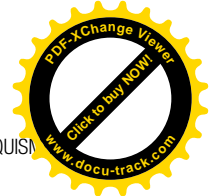
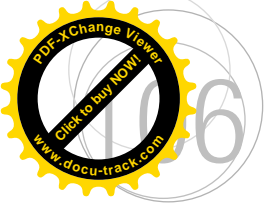
En las personas fumadoras muy preocupadas por el peso la recomendación establece como tratamiento más apropiado utilizar bupropion SR o TSN oral (goma de mascar o tabletas). Ambos se han mostrado eficaces para retrasar la ganancia ponderal (grado de evidencia B), ya que al suprimirlos suele producirse el incremento de peso¹.

Ejercicio físico. La evidencia disponible no muestra que los programas que incorporan el ejercicio físico mejoren las tasas de abstinencia. Sin embargo, parece oportuno sugerir la práctica de ejercicio moderado, al dejar de fumar, como una estrategia más para incorporar estilos de vida saludables¹.

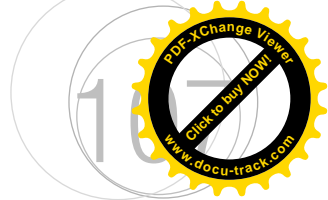
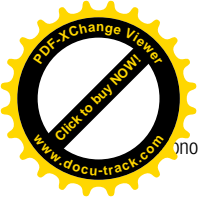


Bibliografía

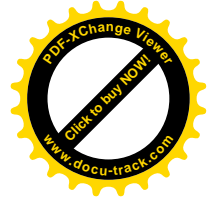
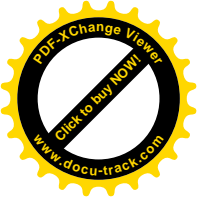
1. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
2. Elzi L, Spoerl D, Voggensperger J, et al. A smoking cessation programme in HIV-infected individuals: a pilot study. *Antivir Ther* 2006;11:787-95.
3. Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. Impact of a cell phone intervention on mediating mechanisms of smoking cessation in individuals living with HIV/AIDS. *Nicotine Tob Res* 2006; 8 Suppl 1:S103-8.
4. Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, et al. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest* 2007;131: 446-52.
5. Ong KC, Cheong GN, Prabhakaran L, et al. Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. *Respirology* 2005;10:63-9.
6. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:1-28.
7. Molyneux A, Lewis S, Leivers U, et al. Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counseling, brief counseling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax* 2003;58:484-8.
8. Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, et al. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *Am J Med* 2003;114:555-62.
9. Connor SE, Cook RL, Herbert MI, et al. Smoking cessation in a homeless population: there is a will, but is there a way? *J Gen Intern Med* 2002;17:369-72.
10. Taylor DH Jr., Hasselblad V, Henley SJ, et al. Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Public Health* 2002;92:990-6.
11. Washington HA. Burning love: big tobacco takes aim at LGBT youths. *Am J Public Health* 2002;92:1086-95.
12. Miller N, Frieden TR, Liu SY, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. *Lancet* 2005;365:1849-54.

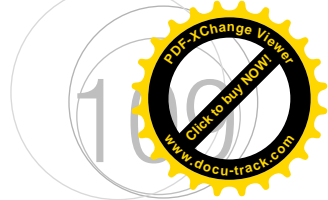
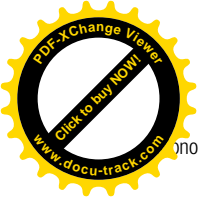


13. Romberger DJ, Grant K. Alcohol consumption and smoking status: the role of smoking cessation. *Biomed Pharmacother* 2004;58:77-83.
14. Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend* 2006;82:91-102.
15. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, et al. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001;357:1929-32.
16. Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, et al. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *J Stud Alcohol* 2004;65:681-91.
17. Evins AE, Cather C, Rigotti NA, et al. Two-year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: increased rates of smoking cessation and reduction. *J Clin Psychiatry* 2004;65:307-11; quiz 452-303.
18. El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, et al. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatr Serv* 2002;53:1166-70.
19. Burling TA, Burling AS, Latini D. A controlled smoking cessation trial for substance-dependent inpatients. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:295-304.
20. Lurie N, Dubowitz T. Health disparities and access to health. *JAMA* 2007;297:1118-21.
21. Munafo M, Bradburn M, Bowes L, et al. Are there sex differences in transdermal nicotine replacement therapy patch efficacy? A meta-analysis. *Nicotine Tob Res* 2004;6:769-76.
22. Smith SS, Jorenby DE, Leischow SJ, et al. Targeting smokers at increased risk for relapse: treating women and those with a history of depression. *Nicotine Tob Res* 2003;5:99-109.
23. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:47-55.
24. Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:712-22.
25. Copeland AL, Martin PD, Geiselman PJ, et al. Smoking cessation for weight-concerned women: group vs. individually tailored, dietary, and weight-control follow-up sessions. *Addict Behav* 2006;31:115-27.
26. Yilmaz G, Karacan C, Yoney A, et al. Brief intervention on maternal smoking: a randomized controlled trial. *Child Care Health Dev* 2006;32:73-9.
27. Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, et al. Smoking cessation interventions for adolescents: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;25:363-7.



28. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD003289.
29. Winickoff JP, Hibberd PL, Case B, et al. Child hospitalization: an opportunity for parental smoking intervention. *Am J Prev Med* 2001;21:218-20.
30. Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, et al. Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. *Pediatrics* 2005;115:e407-14.
31. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control* 2005;14:315-20.
32. Tong EK, Ong MK, Vittinghoff E, et al. Nondaily smokers should be asked and advised to quit. *Am J Prev Med* 2006;30:23-30.
33. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD001055.
34. England LJ, Grauman A, Qian C, et al. Misclassification of maternal smoking status and its effects on an epidemiologic study of pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res* 2007;9:1005-13.
35. DiClemente CC, Dolan-Mullen P, Windsor RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tob Control* 2000;9 Suppl 3:III16-21.
36. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, et al. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol* 2000;96:967-71.
37. Kapur B, Hackman R, Selby P, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy. *Curr Ther Res Clin Exp* 2001;62:274-8.
38. Pollack KI, Oncken C, Lipkus IM, et al. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med.* 2007 Oct;33(4):297-305.
39. Armour BS, Campbell VA, Crews JE, et al. State-level prevalence of cigarette smoking and treatment advice, by disability status, United States, 2004. *Prev Chronic Dis* 2007;4:A86.
40. Morales-Suarez-Varela MM, Bille C, Christensen K, et al. Smoking habits, nicotine use, and congenital malformations. *Obstet Gynecol* 2006;107:51-7.





Incorporación del tratamiento del tabaquismo en las prestaciones del sistema sanitario: Recomendaciones para la administración sanitaria y para otros proveedores de servicios de salud

TERESA SALVADOR LLIVINA

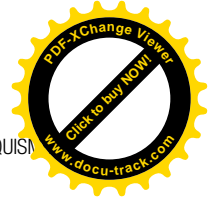
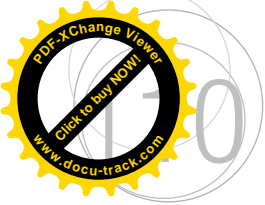
Resumen

Uno de los valores añadidos de esta segunda actualización de la guía clínica para el tratamiento de la dependencia del tabaco –promovida y financiada por las principales agencias federales de Salud de los Estados Unidos de América– es la ampliación de las recomendaciones propuestas para facilitar la incorporación del tratamiento del tabaquismo en el seno de la política asistencial y el sistema sanitario de los EEUU. Desde este marco, se proponen cinco medidas estratégicas clave: sistematización universal del registro y tratamiento de pacientes que fuman; formación profesional y dotación de recursos clínicos a los equipos de salud; designación de una persona responsable de tabaquismo en cada equipo; promoción de hospitales libres de humo que incluyan en esta política el tratamiento del tabaquismo; y financiación universal del tratamiento por parte los

distintos sistemas sanitarios que conviven en aquel país. Estas recomendaciones están fundamentadas en la valoración del coste-efectividad y grado de evidencia disponible para cada medida propuesta. El presente artículo resume las propuestas presentadas por la guía y concluye con una mención a la situación del tratamiento en España, señalando la oportunidad de valorar estas recomendaciones en el desarrollo –todavía pendiente en nuestro país– de una política efectiva en materia de tratamiento del tabaquismo.

Introducción

Debido a los efectos del consumo de tabaco sobre numerosas causas de enfermedad y muerte, claramente determinados en las últimas décadas, a comienzos del s. XXI el tabaquismo constituye todavía la causa aislada más importante de morbilidad y morta-



lidad prematura prevenible. En los países desarrollados se ha estimado que un 14,9% del total de muertes registradas durante la última década del s. XX y un 11,7% de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (DALYs) se debieron al consumo de tabaco^{1,2,3,4}.

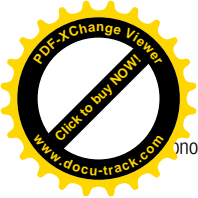
A pesar de esta dimensión epidémica, el tabaquismo es un problema evitable si se aplican determinadas medidas políticas de probada efectividad. El impacto positivo de los distintos elementos que deben constituir las estrategias políticas de prevención y control del problema ha quedado suficientemente demostrado en diversos contextos socioculturales a lo largo del último medio siglo^{5,6,7}. En este marco, existe un amplio consenso internacional^{7,8}, y también en España^{9,10}, en considerar la prestación de tratamiento del tabaquismo como una de estas medidas clave que deben formar parte de las políticas de control del problema.

Desde finales de los años 50 del siglo pasado, se ha desarrollado un intenso trabajo de investigación para medir la eficacia de distintos tipos de intervenciones para dejar de fumar. En los últimos años, la prolífica producción científica en este campo ha permitido la elaboración de importantes trabajos de revisión y síntesis de la información —basada en la evidencia— sobre la eficacia, la efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones asistenciales en este campo. Y es a partir de esta evidencia que se ha visto la necesidad de incorporar el tratamiento del tabaquismo como una de las medidas contempladas en el Convenio Marco de la OMS¹⁰ para el Control del Tabaco (CMCT). El CMCT de la OMS establece los principios y el contexto para la formulación de políticas, la planificación de intervenciones y la movilización de recursos políticos y financieros para el control del tabaquismo. Entre las medidas contempladas a lo largo de sus 38 artículos, el CMCT incluye la atención sanitaria de la dependencia del tabaco dentro del sistema sanitario (Artículo 14).

La disponibilidad de esta evidencia ha servido además para el desarrollo, en la práctica, de políticas asistenciales de amplio alcance en algunos países de nuestro entorno, como en el caso del Reino Unido y otros países europeos¹¹⁻¹⁴.

Entre otros trabajos de revisión y meta-análisis publicados en las últimas décadas, la guía clínica a la que se dedica el presente monográfico ha constituido, por su calidad y concisión, un punto de referencia internacional para la consideración del tratamiento del tabaquismo como un elemento necesario cuando se aspira a asegurar la mejora de los servicios de salud en general y a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad de un país en su conjunto. Se trata de una guía publicada en Estados Unidos de América (E.E.U.U.), promovida y financiada por las principales agencias federales que en ese país se dedican a la protección y la promoción de la salud así como a la investigación sobre las medidas más eficaces para conseguir dichas metas (*Agency for Healthcare Research and Quality, Centers for Disease Control and Prevention, National Cancer Institute, National Heart, Lung, and Blood Institute, y National Institute on Drug Abuse*); contando además con la participación de organizaciones no gubernamentales de amplio y reconocido prestigio (*Robert Wood Johnson Foundation, American Legacy Foundation*), y la *University of Wisconsin School of Medicine and Public Health's Center for Tobacco Research and Intervention*. La guía se publicó por primera vez en 1996¹⁵, se actualizó en el año 2000¹⁶ y se ha vuelto a actualizar en el 2008¹⁷.

Como es bien conocido, el sistema sanitario de los E.E.U.U. difiere en mucho de las características que definen las políticas y los sistemas de salud vigentes en Europa, y concretamente en España. Por ello, al revisar las propuestas presentadas por la guía que nos ocupa en lo referido a la mejora de aspectos estratégicos que afectan al sistema sanitario, se hace nece-



saría una adaptación de algunas de sus recomendaciones, que –cuidando de mantener y no desvirtuar el significado último de cada propuesta realizada– facilite una aproximación a lo que dichos planteamientos podrían significar en nuestro contexto. Por este motivo, en este artículo se resumen las evidencias presentadas por los autores de la guía para cada recomendación realizada, optando por transcribir los aspectos estratégicos propuestos, de acuerdo a las diferencias estructurales de los sistemas sanitarios de E.E.U.U. y de España. El artículo concluye con un breve repaso de la situación española en y los retos a afrontar para mejorar y homogeneizar la calidad de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud en el ámbito del tratamiento del tabaquismo.

Motivos estratégicos para incorporar el tratamiento del tabaquismo en el sistema sanitario

La tercera edición de la guía que nos ocupa contiene nuevas evidencias sobre la eficacia y la conveniencia de incorporar el tratamiento de la dependencia del tabaco en el seno de las políticas y sistemas de atención a la salud. Documentando cómo su inclusión mejora significativamente la probabilidad de que las personas que fuman reciban un tratamiento capaz de ayudarles a abandonar con éxito el consumo de tabaco.

En la guía se señala que los esfuerzos para integrar el tratamiento del tabaquismo como una prestación propia de la asistencia sanitaria habitual, requieren no solo de la participación activa de profesionales de la medicina y otras disciplinas que actúan en el ámbito de la salud, sino también y muy especialmente, de la implicación activa de las administraciones sanitarias y

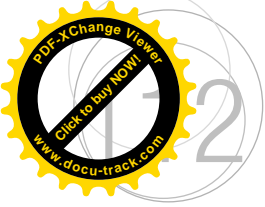
de las distintas instituciones proveedoras de los servicios de salud existentes en Estados Unidos, y por tanto, dependen básicamente del modelo asistencial que éstas adopten.

En contraste con las estrategias que se dirigen sólo a mejorar las actitudes y las actuaciones asistenciales del personal clínico, así como aquellas que aspiran a modificar los estilos de vida de las personas que fuman, las estrategias dirigidas a la mejora del sistema asistencial se centran en asegurar la incorporación ordenada y sistematizada de procedimientos terapéuticos adecuados para promover el abandono del tabaco en cada encuentro clínico al que acude toda persona que fuma, de forma independiente al motivo que ha generado la consulta. Y estas últimas estrategias, que podrían definirse como sistémicas o dicho de otro modo: *“relativas a la organización de los servicios”*, están concebidas para complementar y promover sinergias con las primeras, más orientadas a la modificación de actitudes y conductas personales, ya sea por parte de los distintos colectivos profesionales, como por parte de la población general.

La guía plantea tres razones principales en las que se sustenta la necesidad de que sea la administración sanitaria y, por tanto quienes toman decisiones en materia de política asistencial, quienes introduzcan mejoras clave que garanticen la implantación del tratamiento del tabaquismo en el seno del sistema sanitario:

- **Porque redundan en el aumento de las tasas de abstinencia en población general.** La primera razón es que dichas estrategias disponen del potencial necesario para mejorar de forma significativa las tasas poblacionales de abstinencia, estimando que la generalización universal y sostenida del tratamiento en todo el sistema asistencial podría reducir la prevalencia global del tabaquismo en población general entre un 2 y un 3,5 por ciento¹⁸.





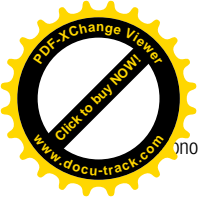
- *Porque incrementan la cobertura asistencial.* La introducción de estas medidas mejora las tasas de intervención clínica en este ámbito, es decir incrementa la cobertura del tratamiento. En especial cuando se adoptan medidas como por ejemplo, la implantación de una formación clínica adecuada, la incorporación generalizada de un sistema de identificación y registro de las personas que fuman en las historias clínicas utilizadas por todos los recursos sanitarios, o la dedicación de personal específico para la dispensación y seguimiento del tratamiento del tabaquismo.

- *Por la capacidad de mejora de las prestaciones asistenciales que poseen quienes toman las decisiones sobre política sanitaria.* Son los agentes clave del sector sanitario (administraciones, servicios asistenciales, aseguradoras, empresas y proveedores de servicios de salud en general) quienes disponen de la capacidad para modelar y aplicar políticas, sistemas de apoyo y mejoras de los protocolos asistenciales necesarios para asegurar la dispensación de tratamiento del tabaquismo a millones de personas en todo el país. Por ejemplo, a través de la adopción sistemática de registros clave en la historia clínica, la aplicación de sistemas de incentiviación y *feedback* dirigidos al personal clínico, el establecimiento de criterios de cobertura, y el desarrollo de estrategias de promoción pública de las prestaciones capaces de incrementar la demanda de servicios asistenciales por parte de la población.

En la guía se reconoce que, a pesar de los importantes avances conseguidos en este terreno desde su primera edición en 1996, todavía no se ha logrado una conciencia general sobre los beneficios derivados del desarrollo de una estrategia global,

integrada, colaborativa y coordinada entre los distintos *stakeholders* (*instituciones, actores, profesionales, etc.*), ya sean públicos (*como Medicare o Medicaid Services*) o privados (los distintos tipos de seguros sanitarios privados que cubren la mayor parte de la oferta sanitaria en E.E.U.U.). El reconocimiento de esta limitación ha llevado al Departamento de Salud de los E.E.U.U. a formular, dentro de la Estrategia "*Healthy People 2010*"⁹, el siguiente objetivo para 2010: "*Incrementar hasta el 100% la cobertura del tratamiento de la dependencia nicotínica basado en la evidencia, por parte de los seguros sanitarios*".

En resumen, sin el despliegue de cambios de organización en el seno de las políticas sanitarias, sin sistemas de soporte y financiación, sin cobertura por parte de las compañías aseguradoras, y sin actuaciones contextuales y de formación, es poco probable que cada profesional clínico pueda valorar y tratar el tabaquismo de forma adecuada y consistente con las necesidades de cada paciente. Por ello, al igual que los profesionales clínicos deben asumir su responsabilidad individual ante sus pacientes que fuman, ofreciéndoles el tratamiento adecuado, las administraciones, las aseguradoras y en definitiva, todos los proveedores de servicios sanitarios, deben asumir la responsabilidad de diseñar políticas, proporcionar recursos y desplegar su liderazgo para asegurar la implantación normalizada del tratamiento del tabaquismo de probada efectividad dentro del sistema sanitario en su conjunto. Sin embargo, los motivos de carácter estratégico no son los únicos a valorar, la guía añade la consideración del coste-efectividad de los tratamientos del tabaquismo como un aspecto clave también a tener en cuenta.



Motivos de coste efectividad

Además de su efectividad clínica, los tratamientos del tabaquismo son coste-efectivos^{8,20-29} incluso teniendo en cuenta, como hacen todos los estudios sobre coste-efectividad, que sólo un porcentaje reducido de las personas tratadas se mantienen abstinentes a largo plazo. Existe un amplio abanico de tratamientos cuya relación coste-efectividad ha sido consistentemente probada, e incluye desde el consejo breve, hasta los programas intensivos, pasando por la prescripción de fármacos. Estos tratamientos también son coste-efectivos cuando se comparan con otras intervenciones asistenciales sistemáticamente aplicadas en el sistema sanitario como por ejemplo: el tratamiento de la hipertensión o de la hiperlipidemia; así como actuaciones de carácter preventivo como la realización periódica de mamografías o el test de frotis de Papanicolau. Por este motivo, en la guía se recuerda que el trata-

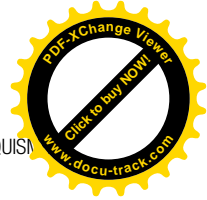
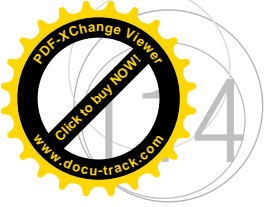
miento del tabaquismo ha sido considerado el “estándar de oro” del coste-efectividad en el ámbito de los servicios de salud³⁰.

Cinco estrategias para la administración sanitaria, aseguradoras y otros proveedores de servicios de salud

En base a los motivos tácticos y de coste-efectividad presentados hasta aquí, en la guía se proponen cinco estrategias destinadas a mejorar la oferta y asegurar la cobertura completa del tratamiento del tabaquismo que deberían adoptar los agentes clave en el campo de la planificación sanitaria y la provisión de servicios de salud:

Tabla I.- Implementar un sistema de identificación y registro de las personas que fuman en cada contexto clínico del sistema sanitario

ACCIÓN	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
Desarrollar y aplicar en todo el sistema de salud, centro y servicio sanitario, un protocolo integrado, que asegure el registro sistemático del estatus en relación al uso de tabaco de toda persona que acude a consulta.	Modificación de protocolos de registro: Expandir el registro de signos vitales de forma que incluyan el estatus referente al uso de tabaco, o bien implementar un sistema de registro universal alternativo. Personal responsable: Profesional de enfermería o de medicina, recepcionista, u otro profesional actualmente responsable del registro de los signos vitales básicos. Las personas que desarrollan esta tarea de registro deben recibir la capacitación necesaria para comprender la importancia de esta actuación y asumir un papel modélico en todo lo relacionado con el tabaco.

**Frecuencia de la aplicación:**

En cada visita y para cada paciente, independientemente del motivo de la consulta ^a.

Pasos para su introducción en el sistema:

La introducción sistemática de este registro puede garantizarse mediante su inclusión en los protocolos electrónicos o en soporte de papel que sean habituales en cada consulta, tanto para inicio de tratamiento como para seguimiento.

Ejemplo de registro de Signos Vitales ^b

Presión arterial: _____ Pulso: _____ Peso: _____

Consumo de tabaco (marcar la opción que corresponda):

Consumo / Lo dejó / Nunca ha consumido .

^a No es necesario el registro repetido en caso de personas adultas que nunca hayan consumido tabaco, o que lo dejaran hace muchos años, para quienes esta información estará ya reflejada en su historia clínica.

^b En cada contexto clínico los datos a registrar pueden variar (por ejemplo, pueden incluir también el registro de otras variables como la temperatura, la frecuencia respiratoria, etc.), en cualquier caso el registro sobre el consumo de tabaco, debería incorporarse en todos los contextos asistenciales (urgencias, atención primaria y servicios especializados).

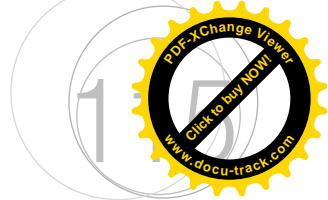
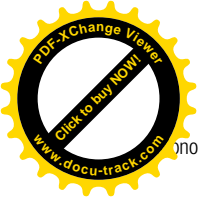


Tabla II.- Proporcionar educación, recursos y *feedback* para promover la intervención profesional

ACCIÓN	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
<p>El sistema sanitario y los centros asistenciales deberían asegurar que:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Los profesionales clínicos disponen de la formación suficiente para tratar la dependencia del tabaco.<input type="checkbox"/> Tanto clínicos como pacientes disponen de los recursos de apoyo necesarios.<input type="checkbox"/> Los profesionales clínicos reciben el <i>feedback</i> necesario sobre la adecuación de su práctica asistencial en tabaquismo.	<p>Formar al equipo:</p> <p>Ofrecer formación regular (por ejemplo: sesiones clínicas, lecturas, seminarios, talleres, etc.) sobre los tratamientos de la dependencia del tabaco. Y proporcionar créditos de formación continuada y/u otros incentivos de participación.</p> <p>Proporcionar recursos de apoyo:</p> <p>Como por ejemplo acceso a los servicios telefónicos de tratamiento del tabaquismo (quitelines) y otros recursos comunitarios, materiales de auto-ayuda, así como información sobre medicamentos efectivos (ya sea vía fax, correo electrónico, hojas informativas en la sala de espera, etc.).</p> <p>Incluir la dispensación del tratamiento del tabaquismo en los informes de actividad:</p> <p>Considerándolo como un indicador de calidad, de utilidad para la evaluación institucional, la acreditación, y la práctica profesional.</p> <p>Proporcionar <i>feedback</i> a los profesionales:</p> <p>Es importante realizar comentarios útiles en relación a su actuación, con la finalidad de que puedan optimizarla. Para ello se pueden utilizar datos recogidos en informes de evaluación, registros electrónicos médicos y asistenciales disponibles, debates en el marco de sesiones clínicas, etc.</p> <p>Evaluar:</p> <p>Es importante evaluar el grado de implicación de los profesionales clínicos en la identificación, registro, documentación y tratamiento de pacientes que consumen tabaco.</p>

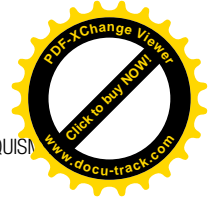
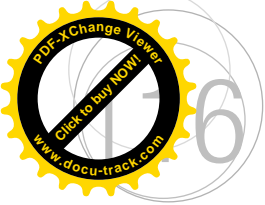


Tabla III.- Designar a personas concretas del equipo a tareas de aplicación de tratamiento del tabaquismo e incorporar indicadores de actuación en este ámbito a los criterios de evaluación del equipo

ACCIÓN	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
<p>Las instituciones y los centros asistenciales deberían:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Comunicar a todos los profesionales que integran sus plantillas la importancia de actuar con las personas que consumen tabaco.<input type="checkbox"/> Designar a una persona de cada equipo para coordinar los tratamientos del tabaquismo. Profesionales no médicos pueden realizar una excelente tarea como proveedores de las intervenciones asistenciales en este campo.	<p>Designar a una persona coordinadora en cada equipo:</p> <p>Para coordinar las intervenciones de tratamiento de la dependencia del tabaco en cada entorno asistencial.</p> <p>Definir las responsabilidades propias de dicha coordinación:</p> <p>Entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none">-Asegurar la identificación y registro sistemáticos de las personas que fuman.-Supervisión y seguimiento de cada paciente para asegurar que recibe el tratamiento más adecuado a sus necesidades.-Fácil contacto y coordinación con los recursos especializados de tratamiento de la dependencia del tabaco (servicios telefónicos, unidades especializadas de tabaquismo, etc.).- Programación del seguimiento necesario para cada paciente. <p>Comunicar a cada miembro del equipo sus responsabilidades:</p> <p>Cada institución o centro asistencial debería:</p> <ul style="list-style-type: none">- Comunicar a cada miembro del equipo (ej. profesional de enfermería, asistente médico, u otro profesional clínico) las responsabilidades que se esperan de él o de ella en la tarea de ofrecer una atención efectiva y de calidad en tratamiento del tabaquismo.- Introducir la formación en este campo del personal que vaya a incorporarse al centro o al equipo.

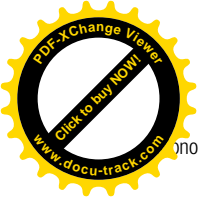


Tabla IV.- Promover políticas de hospitales libres de humo, que incluyan la oferta de servicios y recursos de apoyo asistencial para las personas admitidas a tratamiento en el marco hospitalario

ACCIÓN	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
<p>Proporcionar tratamiento de la dependencia del tabaco a toda persona admitida para tratamiento dentro del marco hospitalario</p>	<p>Implementar un sistema de identificación y registro: Aplicado de forma sistemática a toda persona hospitalizada o admitida a tratamiento en el marco hospitalario.</p> <p>Identificar uno o varios profesionales clínicos para encargarse de la prestación: Deben estar capacitados para la aplicación de tratamiento del tabaquismo adecuado a las necesidades de cada paciente. Y debe considerarse la provisión de un sistema de incentívación.</p> <p>Expandir los protocolos de prescripción de fármacos: Cada centro debería incorporar la prescripción y administración de medicación de probada eficacia en tratamiento del tabaquismo.</p> <p>Asegurar el cumplimiento de la Ley 28/2005: Por la cual, todas las dependencias del hospital deben ser espacios libres de humo y estar convenientemente señalizadas como tales.</p> <p>Formar al personal clínico sobre el uso de medicación adecuada: En especial sobre los medicamentos de primera línea que pueden ser utilizados para reducir los síntomas propios del síndrome de abstinencia a la nicotina, incluso cuando el paciente no se esté planteando dejar de fumar a largo plazo.</p>

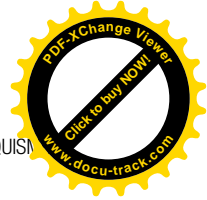
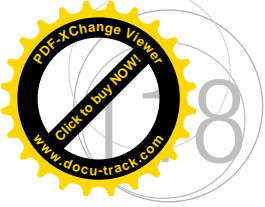
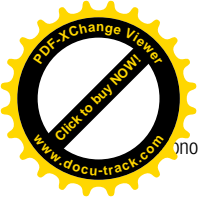


Tabla V.- Incluir los tratamientos de la dependencia del tabaco identificados como efectivos en esta guía (tanto el consejo^a como la medicación), como servicios financiados que cubran a toda la población atendida en el marco del sistema de salud

ACCIÓN	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
<p>Proporcionar tratamiento de la dependencia del tabaco de efectividad probada (tanto el consejo^a como la medicación) a toda persona beneficiaria del sistema sanitario, ya sea público o privado.</p>	<p>Cubrir la financiación de los tratamientos:</p> <p>Tanto el consejo comportamental como la medicación, deberían formar parte de las prestaciones básicas del sistema público de salud y de las prestaciones ofrecidas por los seguros privados de asistencia sanitaria.</p> <p>Retirar las barreras que limitan los beneficios de estas prestaciones:</p> <p>Par ello sería preciso eliminar restricciones como la utilización del criterio de financiación restringida exclusivamente a grupos de riesgo, a colectivos módicos, etc.</p> <p>Informar y educar a profesionales y pacientes:</p> <p>Informándoles de los tipos y disponibilidad de tratamientos de la dependencia del tabaco financiados por el sistema sanitario (tanto el consejo comportamental como la medicación), alentando a la población a utilizarlos.</p>

^a A lo largo de la guía se define el término “consejo” (*counseling*) como una intervención personalizada (cara a cara) de asesoramiento, utilizando pruebas de cribado normalizadas, e instrumentos y herramientas terapéuticos fiables y de adecuada sensibilidad, como es el caso de técnicas comportamentales de resolución de problemas, de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, anticipación y control de estímulos, así como técnicas de apoyo social intra-tratamiento. Este consejo puede administrarse de forma individual (*smoking cessation counseling*) o grupal (*group counseling*), con duración que puede oscilar entre 3-10 mi. hasta 60 mi.

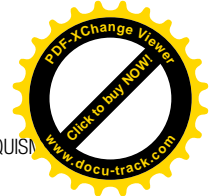
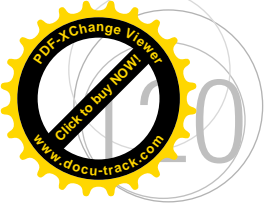


Recomendaciones y evidencia de la efectividad para cada recomendación

En este apartado la guía presenta cinco recomendaciones basadas en metaanálisis realizados de forma específica para la actualización de la

guía en 2008, o bien actualizaciones de metaanálisis realizados para las ediciones anteriores. A través de este riguroso trabajo de revisión y, en base a los resultados obtenidos, la guía establece la siguiente clasificación sobre la fuerza de la evidencia disponible para cada recomendación realizada:

CLASIFICACIÓN	CRITERIOS
Fuerza de la evidencia = A	Disponibilidad de múltiples ensayos clínicos bien diseñados y randomizados, directamente relevantes y pertinentes para la recomendación, que al ofrecer un patrón consistente de resultados, permiten considerar que la recomendación dispone de una fuerte base en la evidencia.
Fuerza de la evidencia = B	Algunos de los ensayos clínicos randomizados apoyan la recomendación, pero la evidencia científica aportada no es óptima. Por ejemplo, existen pocos ensayos aleatorios, los ensayos existentes son algo inconsistentes, o no son directamente relevantes para la recomendación.
Fuerza de la evidencia = C	Esta opción se reserva para aquellas recomendaciones referidas a situaciones clínicas relevantes sobre las cuales el Panel de expertos ha alcanzado suficiente consenso, aunque no se disponga de ensayos clínicos aleatorios que la sustenten.



FORMACIÓN DE PROFESIONALES CLÍNICOS E INCORPORACIÓN DE SISTEMAS DE RECUERDO

Recomendación: Todos los profesionales clínicos, graduados o en formación, deberían recibir formación y entrenamiento sobre estrategias efectivas para ayudar a sus pacientes dispuestos a intentar dejar el uso del tabaco, así como para motivar a quienes no lo estén para que lo intenten. La formación parece ser más eficaz cuando se combina con los cambios en el sistema propuestos en esta guía. (Fuerza de la evidencia = B)

Sólo dos estudios, algo heterogéneos, cumplían todos los requisitos establecidos para este metaanálisis. Por ello, aunque el análisis mostró un efecto significativo para la introducción de esta recomendación (OR= 2,0 [IC 95%: 1,2 - 3,4]), el Panel de expertos que redactó la guía decidió asignarle una fuerza de nivel "B".

La formación de los profesionales clínicos y las mejoras en el seno del sistema pretenden mejorar las tasas de registro, valoración e intervención en tratamiento del tabaquismo. Por tanto, se realizaron metaanálisis adicionales para determinar los efectos de los cambios que atañen a la aplicación del modelo de las cinco "As" para: la evaluación clínica del tabaquismo ("Ask"), la provisión de tratamiento ("Assist"), y la planificación del seguimiento ("Arrange"). Los resultados indicaron que la formación incrementa el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento (por ejemplo: exploración de obstáculos y beneficios de dejar el tabaco, estrate-

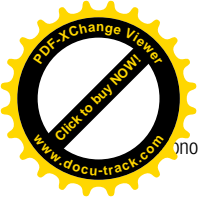
gias para prevenir las recaídas, prescripción de medicación y provisión de apoyo). Cuando la formación se combinaba con la implementación de cambios en el sistema, estos resultados mejoraban significativamente. El metaanálisis indicó que la formación debe dirigirse tanto a profesionales en ejercicio como a estudiantes de pregrado en fase de prácticas. Este tipo de formación se muestra, además, coste-efectivo. Los elementos incluidos en la formación dispensada en los estudios analizados incluía presentaciones didácticas de materiales, trabajo de grupo y entrenamiento de habilidades de afrontamiento en sesiones de *role palying*.

La guía realiza tres propuestas en el ámbito de la formación sobre tratamiento del tabaquismo:

- Incluir la formación teórica y práctica en los currículos obligatorios de todas las especialidades clínicas de las ciencias de la salud.
- Considerar el nivel de conocimientos y habilidades clínicas adquiridos en este campo, como un criterio de evaluación para obtener la graduación en todas las disciplinas clínicas de las ciencias de la salud.
- Requerir a cada miembro de las distintas sociedades científicas, un nivel de competencia estandarizado en materia de tratamiento del tabaquismo.

COSTE-EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES

Recomendación: Los tratamientos de la dependencia del tabaco de probada efectividad (tanto



el consejo como la medicación) son altamente coste-efectivos en relación con otros tratamientos financiados por los servicios sanitarios y deberían proporcionarse a todas las personas que fuman. (Fuerza de la evidencia = A).

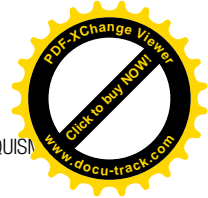
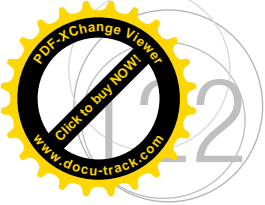
Recomendación: Deberían asignarse recursos suficientes para asegurar que los sistemas asistenciales de apoyo pueden dispensar tratamientos del tabaquismo eficaces (Fuerza de la evidencia = C).

Estas dos recomendaciones adquieren especial relevancia cuando se toma en consideración el elevado coste sanitario derivado del tabaquismo. En EEUU se estima que este coste asciende a 96 mil millones de dólares en gastos asistenciales y 97 mil millones en concepto de pérdida de productividad³¹. En España, según estimaciones conservadoras, sólo el gasto sanitario comporta anualmente un coste aproximado de más de 16.000 millones de euros³². Esta realidad ha hecho desarrollar una importante línea de investigación centrada en medir el impacto económico, en términos de coste-efectividad, de los tratamientos del tabaquismo.

La relación coste-efectividad puede medirse de diversas formas. Una de ellas es estimando el coste del tratamiento por año de vida ganado (AVG) comparado con otros tratamientos médicos. Los datos referidos a EEUU que presenta la guía lo sitúan en 3.539 US\$ por AVG y por paciente, mientras el coste para el screening de la hipertensión en varones de 45 a 54 años asciende a

5.200 US\$, y el screening anual de cáncer de cérvix en mujeres de 34 a 39 años es de 4.100 US\$. Esta relación puede medirse también estimando el coste de años de vida ganados ajustados por calidad (AVACs), o el coste del tratamiento por cada persona que consigue dejar de fumar, en ambos casos el coste medio estimado oscila entre varios cientos y varios miles de dólares y, en todos los casos, cuando se compara con otras intervenciones médicas, el coste del tratamiento del tabaquismo resulta siempre mucho más modesto.

Al medir el impacto que la dispensación de tratamiento del tabaquismo tiene sobre los costes generales del gasto sanitario, numerosos trabajos coinciden en que: **1)** entre las personas que dejan de fumar, su gasto sanitario se incrementa durante el año en que lo han dejado y luego disminuye paulatinamente, hasta situarse por debajo del de las personas que continúan fumando, este resultado ventajoso se obtiene en un periodo que oscila entre 1 y 10 años tras el abandono del consumo de tabaco; **2)** generalmente el coste sanitario para cada persona que fuma, se eleva justo antes de dejar de fumar; y **3)** el incremento del coste sanitario predice el abandono del tabaquismo, en presencia o no de una enfermedad crónica. Estos datos sugieren que frecuentemente se deja de fumar como respuesta a la existencia de serios y costosos problemas de salud. También que el incremento del coste sanitario –incluida la hospitalización– durante el año que en que se ha dejado de fumar puede ser más bien la causa que la consecuencia del abandono del consumo de tabaco.



Los estudios disponibles muestran que el tratamiento del tabaquismo es especialmente coste-efectivo cuando se aplica a poblaciones específicas, como por ejemplo, personas hospitalizadas o mujeres embarazadas. En pacientes hospitalizados, dejar de fumar no sólo reduce los costes sanitarios generales a corto plazo, sino que también aminora el número de futuras hospitalizaciones. En el caso de mujeres embarazadas, dejar de fumar se traduce en una mejora de la salud de la mujer, así como importantes beneficios para los neonatos (disminución de: bajo peso al nacer, mortalidad perinatal, así como de problemas físicos, cognitivos y conductuales durante la infancia).

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO COMO CRITERIO PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Recomendación: La provisión de las intervenciones asistenciales presentadas en esta guía debería considerarse como un criterio de calidad en la evaluación de la calidad global del sistema. Estas medidas estandarizadas deberían así mismo incluir indicadores de resultados obtenidos mediante la aplicación del tratamiento del tabaquismo (por ejemplo: uso de tratamiento, tasas de abstinencia a corto y largo plazo, etc.). (Fuerza de la evidencia = C).

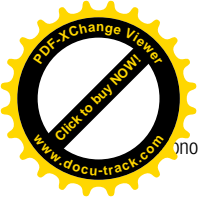
Para operativizar esta recomendación la guía enfatiza la necesidad de: 1) considerar la inclusión de

la oferta de tratamiento del tabaquismo en las memorias anuales que las distintas organizaciones sanitarias deben presentar a los organismos de control del sistema; 2) incorporar la prestación del tratamiento del tabaquismo a los criterios de acreditación utilizados por las agencias federales y otros organismos designados para facilitar las licencias de funcionamiento otorgadas a los centros sanitarios; 3) incrementar la utilización de este criterio en los sistemas de remuneración por rendimiento, existentes en E.E.U.U.

PROVISIÓN DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO COMO UN SERVICIO CUBIERTO POR EL SISTEMA SANITARIO

Recomendación: La financiación del tratamiento del tabaquismo (tanto el consejo como la medicación) incrementa la proporción de personas tratadas, la de intentos hechos para dejar de fumar y la de personas que lo consiguen con éxito. Por tanto, la financiación de los tratamientos demostradamente efectivos presentados en esta guía, debería incluirse como parte de las prestaciones incluidas tanto en el sistema asistencial público como en los seguros y otros planes asistenciales privados. (Fuerza de la evidencia = A).

Numerosos estudios, incluida una revisión Cochrane de 2005, han analizado el impacto de la financiación del tratamiento del tabaquismo, documentando que este factor incrementa tanto la utilización del tratamiento como las tasas de absti-



nencia. El metaanálisis realizado para la revisión de la guía en 2008 ha incluido tres estudios que cumplían con todos los requerimientos definidos por el Panel de expertos. De este metaanálisis se concluye que: 1) la financiación incrementa la tasa de utilización del tratamiento en comparación con la no financiación (OR= 2,3 [IC 95%: 1,8 - 2,9]); 2) la financiación incrementa la tasa de intentos realizados para dejar de fumar (OR=1,3 [IC 95%: 1,01 - 1,5]); y 3) la financiación incrementa la tasa de abstinencia (en la guía no se especifica a qué plazo se ha medido la abstinencia) (OR= 1,6 [IC 95%: 1,2 - 2,2]).

Recomendaciones sobre prioridades de investigación en este ámbito

Entre las recomendaciones realizadas en este terreno, cabe destacar el estudio de:

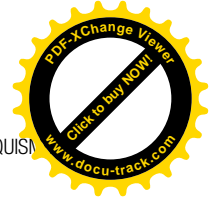
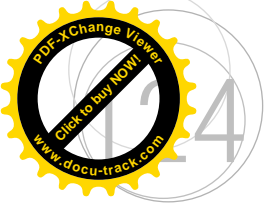
- La eficacia de los programas de capacitación para las disciplinas de la Salud distintas a la medicina (enfermería, psicología, odontología, trabajo social, y farmacia).
- Elementos efectivos en los programas de formación de éxito (por ejemplo, formación continuada, componentes interactivos, etc.).
- El efecto combinado de la introducción de varios cambios sistémicos (como: la formación clínica, sistemas de recordatorio y valoración clínica, incorporación de incentivos, colaboración de líderes de opinión, etc.).

- El coste-eficacia de los distintos tratamientos, a corto y largo plazo.
- Los medios óptimos para eliminar las barreras sistémicas que impiden la incorporación de los tratamientos de la dependencia del tabaco en el sistema sanitario.
- Intervenciones sistémicas pueden fomentar la utilización de los tratamientos, tanto por parte de proveedores de servicios como por parte de pacientes.
- El coste e impacto económico de los diferentes formatos de dispensación de tratamientos efectivos (por ejemplo, asesoramiento telefónico proactivo, cara a cara en contacto, medicación).
- El impacto de la utilización de dispensación del tratamiento del tabaquismo como criterio para valorar la calidad de los servicios y del rendimiento clínico.
- El impacto de medidas de información pública para difundir los beneficios del tratamiento, tanto en términos de mejora de la salud pública como en términos económicos.
- La relación coste-eficacia de los elementos específicos del tratamiento del tabaquismo.

Avances en España en materia de tratamiento del tabaquismo

España, país que ha suscrito y ratificado el CMCT de la OMS, ha empezado a dar los pri-





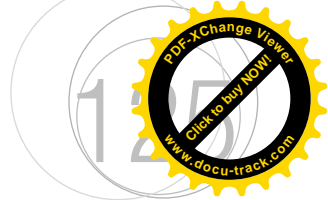
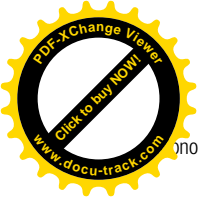
meros pasos en materia asistencial, los más significativos son:

- *Ley 28/2005 de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.* Entre otros avances clave, esta Ley incluye un primer y tímido paso en el ámbito del tratamiento del tabaquismo, señalando la necesidad de avanzar hacia su ordenamiento, pero no aborda en profundidad la forma de desarrollo. Con estas limitaciones, esta Ley constituye el primer texto legal, de ámbito estatal, que señala la necesidad de avanzar en la definición de una política asistencial de forma coordinada con las CCAA.
- *Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.* Se trata del primer texto legal que contempla la atención al tabaquismo como parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Boletín Oficial del Estado, 2006^a apartado 6.4.4), especificando que dicha atención comprende: la valoración del fumador, la información sobre riesgos, el consejo de abandono y el apoyo sanitario y, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada.

Además, disponemos de dos documentos editados por instituciones públicas clave que revisan la eficacia de los tratamientos del tabaquismo y constatan tanto su coste-efectividad, como la necesidad de su incorporación en el marco de las

prestaciones del Sistema Nacional de Salud. El primero de ellos es el informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) que evalúa la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos del tabaquismo, además de describir y valorar la situación en España del acceso y uso de los tratamientos y revisar el impacto que tendría la oferta generalizada del tratamiento en términos de disminución de la morbi-mortalidad, así como el impacto económico para el sistema sanitario⁹. En segundo lugar disponemos de un documento de consenso, fruto de un amplio proceso de consenso en el que participaron representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, las Comunidades Autónomas y todas las sociedades científicas integradas en el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Este documento constituye un ejercicio de revisión y análisis de situación realizado por primera vez entre las administraciones públicas y la comunidad científica del ámbito de la salud⁹ y propone una serie de pasos para avanzar en el establecimiento de una política efectiva de tratamiento del tabaquismo, en total sintonía con lo expuesto en este artículo. Numerosos avances y propuestas en este ámbito se vienen realizando igualmente desde las distintas sociedades científicas y equipos profesionales³³⁻³⁵.

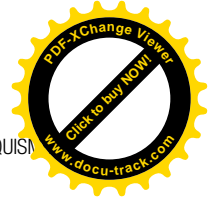
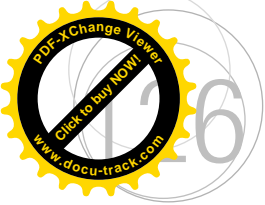
A pesar de todos estos progresos, es preciso señalar que los avances conseguidos son insuficientes, están siendo lentos y se están produciendo de forma desigual en los distintos territorios del Estado. Por ello, las recomendaciones sobre toma de decisiones en materia de política asistencial, realizadas en la guía comentada en este mono-



gráfico, resultan de gran relevancia en nuestro contexto.

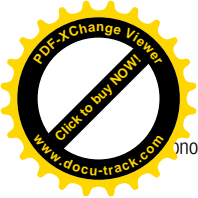
La política asistencial en materia de tabaquismo debe avanzar sensiblemente en nuestro país y debe hacerlo

de forma cohesionada en todo el territorial del Estado, para ello sería deseable que las administraciones central y autonómicas consideraran las recomendaciones basadas en la evidencia como las presentadas en la guía que se comenta en este monográfico.

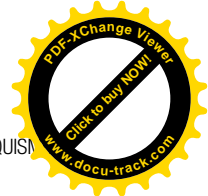
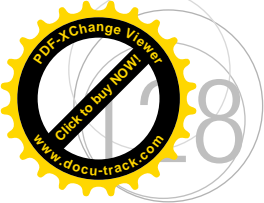


Bibliografía

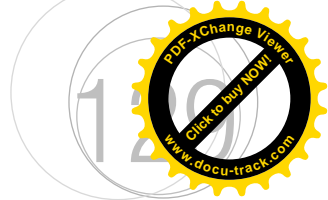
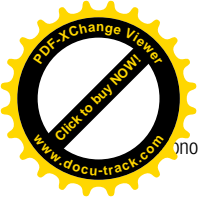
1. Peto R, Lopez A D, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339:1268-78.
2. Peto R, Lopez A D, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.
3. Peto R, Chen ZM, Boreham J. Tobacco: the growing epidemic. *Nat Med* 1999; 5(1): 15-17.
4. Murray CJ, Lopez A. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-42.
5. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank Development in Practice Series. Washington: World Bank, 1999.
6. World Health Organization. Regional Office for Europe. European strategy for tobacco control. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002
7. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf
8. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de sanidad y Consumo, 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>
9. Camarelles Guillem F, Salvador Llivina T, Ramón Torell JM et al. Documento de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2008. Disponible en: http://www.cnpt.es/docu_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf
10. Asamblea Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Cuarta sesión plenaria. Resolución de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA56.1, 21 de mayo de 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf>



11. Department of Health. Health reform in England: update and commissioning framework. London: Department of Health, 2006. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publications-PolicyAndGuidance/DH_4137226 146
12. Department of Health (2007) Commissioning framework for health and well-being. London: Department of Health, 2007. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH_072604
13. NHS Stop Smoking Services: Service and Monitoring Guidance 2009/10. London: Department of Health, 2007. Disponible en: http://www.scrn.org/policy_guidance/Service_and_Monitoring_Guidance_2009-10.pdf
14. World Health Organization Regional Office for Europe. The European Report on Tobacco Control Policy. Review of Implementation of the Third Action Plan for Tobacco-free Europe 1997-2001. Copenhagen: WHO, 2002.
15. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 96-0692. April 1996.
16. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2000.
17. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline: 2008 Update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>
18. Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard J Public Health Manag Pract 2004;10: 338-53.
19. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2010: Understanding and improving health. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/Publications/>
20. Cromwell, Bartosch WJ, Fiore MC, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. JAMA 1997; 278: 1759-66.
21. Wagner EH, Austin BT, Davis C et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood) 2001; 20: 64-78.
22. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL et al. Effectiveness of implementing the agency for health care research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial J Natl Cancer Inst 2004; 96: 594-603.



23. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T et al. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998; 339: 673-9.
24. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL et al. Health care financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD004305.
25. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM et al. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006; 31: 52-61.
26. Shearer J, Shanahan M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30: 428-34.
27. González Enríquez J, Salvador Llivina T, López Nicolás A, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit* 2002; 16(4):308-17.
28. Antoñanzas F, Portillo F. Evaluación económica del empleo de terapias farmacológicas para la cesación en el hábito tabáquico. *Gac Sanit* 2003; 17: 393-403.
29. Fernández de Bobadilla Osorio J, Sánchez-Maestre C, Brosa Riestra M et al. Análisis coste-efectividad de vareniclina (Champix®) en el tratamiento del tabaquismo en España. *An. Med. Interna (Madrid)* 2008; 25 (7):342-348.
30. Eddy DM. David Eddy ranks the tests. *Harv Health Lett* 1992; (special suppl):10-11.
31. Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs-2007. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007.
32. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Evaluación del Control del Tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Madrid: CNPT, 2009. Disponible en: http://www.cnpt.es/docu_pdf/Informe_fiscalidad_01.pdf.
33. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, Alonso JA, De la Cruz E, Abengoza R. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de Consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39 (1):35-41.
34. Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Oribe JI, Grávalos Guzmán J, Ramos Casado L, Pérez Trullén A y Fagerström KO. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008; 44: 213 - 219.



35. Cabezas C, grupos de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria 2005; 36 (2):27-46.
36. Mataix Sancho J, Cabezas Peña C, Lozano Fernández J, Camaralles Guillem F, Ortega Cuelva G y Grupos de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de semFYC y de Educación para la Salud del PAPPs-semFYC. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. SEMFYC Ediciones: Barcelona, 2008.

