



Dejar de fumar: recomendaciones para el sistema sanitario basadas en las evidencias disponibles

La necesidad de recomendaciones

El consumo habitual de tabaco representa, aisladamente, la principal causa prevenible de mortalidad e incapacidad evitable. Así se han realizado estimaciones para España sobre el elevado número de muertes por causas cardiovasculares, EPOC y tumores malignos que supondría mantenerse con las tasas actuales de prevalencia tabáquica (alrededor del 40%)^{1,2}. La situación respecto al tabaco en la población adulta de la Región de Murcia es similar a la descrita para España (prevalencia: 43%)³. Se dispone de un amplio conjunto de medidas efectivas para reducir su consumo y, actualmente, se sabe que si tales medidas se proporcionan a través del sistema sanitario, su impacto puede ser sustancial. Sin embargo, no se llevan a cabo de forma habitual y se está dejando de lado medidas coste-efectivas que podrían prevenir la muerte prematura de miles de personas.

Las intervenciones para dejar de fumar suponen un gasto relativamente modesto y, a largo plazo, reducen los costes sanitarios relacionados con el tabaco, pudiendo ser liberado para otras necesidades.

Bases científicas y proceso de revisión de la evidencia

Estas recomendaciones están basadas en revisiones sistemáticas llevadas a cabo por el Grupo inglés Cochran sobre la Adición al Tabaco y la Agencia sobre Investigación y Políticas de Salud (AHCPH) americana. La tabla 1 presenta las evidencias más importantes, incluyendo la mejora en las tasas de cesación tabáquica con respecto a la situación control –también llamada tasa de incremento en la cesación–.

Principales recomendaciones

La implicación de los profesionales de la salud en las intervenciones para dejar de fumar se deberían basar en la accesibilidad a los fumadores y en el nivel de entrenamiento para realizar la intervención más que en la categoría profesional. Por tanto, las recomendaciones son de interés para todos los profesionales y no exclusivamente para aquellos en atención primaria.

Los puntos esenciales para impartir el consejo antitabaco individual son:

- Preguntar sobre el consumo de tabaco en cada oportunidad.
- Aconsejar a todos los fumadores que lo dejen.
- Ayudar a dejarlo a los fumadores que lo deseen.
- Programar una entrevista de seguimiento⁴.

Siempre que un fumador quiera dejarlo se le debe ofrecer ayuda. Durante 5-10' se pueden indagar unos cuantos puntos esenciales: fijar una fecha para dejarlo completamente; revisar la experiencia pasada para determinar que puede ayudar y que puede hundir los planes; identificar con antelación los problemas futuros y establecer un plan para manejarlos; comunicárselo a la familia y a los amigos y obtener su respaldo; pensar que hacer con respecto a la exposición simultánea al consumo de alcohol; tratar la terapia sustitutiva de nicotina (TSN): utilizar el producto que mejor se adapte a cada necesidad.

Aproximadamente el 90% de los

contactos entre la gente y el sistema sanitario tienen lugar en atención primaria⁵. La piedra angular de una estrategia para la cesación tabáquica en el sistema sanitario debería ser por tanto la provisión habitual de consejo breve y el adecuado seguimiento dentro de la atención primaria, incluyendo el consejo sobre la TSN y como usarla.

Es imprescindible eliminar las falacias sobre la efectividad de los tratamientos para la cesación tabáquica. El consejo breve proporcionado por un médico general es efectivo⁶ y extremadamente valioso desde una perspectiva de salud pública. Incluso con los cálculos y asunciones más conservadoras se ha estimado que si los médicos generales aconsejaran a un 50% más (de lo habitual) de fumadores que lo dejaran, mediante protocolos establecido incluyendo la recomendación de usar TSN, habría un aumento importante en el número de ex-fumadores junto a una ganancia importante en años de vida. El principal efecto del consejo breve es impulsar el intento de dejar de fumar más que incrementar las tasa de cesación propiamente dicha. Muchos fumadores, sin embargo, no pueden dejarlo sin una ayuda más intensiva, estando este grupo generalmente compuesto de grandes fumadores quienes, además, están a mayor riesgo de enfermedades relacionadas con el hábito tabáquico. Estos fumadores tendrían que ser remitidos a un servicio especializado, debiendo existir siempre un centro especializado de referencia. Estos servicios deben tener al menos dos funciones principales: ayudar a los fumadores que no pueden dejarlo tan solo con los consejos breves y el entrenamiento y apoyo de los demás profesionales en la prestación de intervenciones para dejar de fumar. El contenido de estas intervenciones intensivas está descrito en la publicación original y van respaldadas por las evidencias publicadas⁷.

1 Extraído de Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. BMJ 1999;318:182-5. Se han hecho algunas modificaciones para incluir datos referentes a la Región de Murcia.

Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 41 a 44 (del 11 de octubre al 7 de noviembre de 1998). Distribución semanal

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados			
	Semana 41			Semana 42			Semana 43			Semana 44			Semanas 1 a 44			
	1998	1997	Mediana	1998	1997	Mediana	1998	1997	Mediana	1998	1997	Mediana	1998	1997	Mediana	
Gripe	1980	1.241	461	956	1.248	688	1.060	1.305	852	1.197	1.381	875	1.027	107.700	138.361	74.224
Tuberculosis respiratoria	1980	2	0	3	4	2	2	1	3	4	4	0	1	133	152	174
Meningitis tuberculosa	1997	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	1	2	
Otras tuberculosis	1986	0	0	1	1	0	1	2	0	0	1	0	0	27	27	32
Legionelosis	1997	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	5	
Hepatitis A	1997	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75	25	
Hepatitis B	1997	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	19	27	
Otras hepatitis vírica	1997	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0	0	19	35	
Fiebres tifoidea y paratif.	1980	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	13	19	19
Disentería	1982	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3
Toxiinfecciones-Alimen.	1983	8	2	9	4	4	12	17	0	2	2	8	5	460	343	425
Varicela	1980	8	8	16	22	28	28	19	17	30	38	30	30	6.214	7.784	7.640
Sarampión	1980	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	12	38	44
Rubeola	1980	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	23	78	97
Parotiditis	1980	3	5	0	1	3	1	1	4	3	2	4	0	120	54	51
Tosferina	1980	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	49	17
Enfermedad meningocóc.	1980	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	68	40
Otras meningitis	1986	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	2	2	42	343	40
Sífilis	1982	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	27	20	20
Infección gonocócica	1982	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	15	17	19
Fiebre exantemática me.	1981	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	8	11	11
Brucelosis	1980	1	0	1	4	3	1	1	1	1	1	0	1	48	77	75
Sífilis congénita	1997	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Paludismo	1980	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1

Mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en uno o más años.

Porcentaje de declaración (*)
Semanas 41 a 44 (del 11 de octubre al 7 de noviembre de 1998)

Municipios	Población (Proyec. 1997)	% de declaración	Municipios	Población (Proyec. 1997)	% de declaración
Abanilla	4.988	95,8	Calasparra	8.509	100,0
Abarán	12.229	100,0	Campos del Río	1.815	50,0
Águilas	27.802	100,0	Caravaca de la Cruz	19.475	100,0
Albudeite	1.263	62,5	Cartagena	166.419	100,0
Alcantarilla	35.017	69,4	Cehegín	11.777	100,0
Aledo	896	87,5	Ceutí	7.140	100,0
Alguazas	7.627	100,0	Cieza	31.742	96,1
Alhama de Murcia	14.636	91,7	Fortuna	5.859	100,0
Archena	14.140	75,0	Fuente Álamo de Murcia	7.591	100,0
Beniel	8.525	100,0	Jumilla	19.122	83,3
Blanca	5.363	93,8	Librilla	3.814	100,0
Bullas	9.863	95,8	Lorca	66.249	98,4

(*) Num. datos de declaración numérica recibidos / num. de médicos de atención primaria en las 4 semanas.

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 41 a 44 (del 11 de octubre al 7 de noviembre de 1998)

	Áreas de Salud												REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población	455.459		257.340		127.245		57.194		47.717		157.514		1.102.469	
	Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.	
Enfermedades														
Gripe	2.032	37.432	518	16.010	1.528	27.132	95	6.426	44	3.501	958	17.199	5.175	107.700
Tuberculosis respiratoria	6	51	3	52	0	5	0	1	0	2	2	22	11	133
Meningitis tuberculosa	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otras tuberculosis	2	15	2	9	0	0	0	0	0	1	0	2	4	27
Legionelosis	0	8	0	3	0	3	0	2	0	0	0	0	0	16
Hepatitis A	0	31	0	13	0	8	0	5	0	0	0	18	0	75
Hepatitis B	2	10	0	4	1	2	0	1	0	0	0	2	3	19
Otras hepatitis víricas	1	8	1	9	0	0	0	1	0	0	0	1	2	19
Fiebres tifoidea y paratifoidea	0	4	1	6	0	1	0	1	0	1	0	0	1	13
Disentería	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Toxiinfecciones-alimentarias	9	166	1	58	5	23	2	56	0	102	14	55	31	460
Varicela	35	2.661	9	1.318	13	669	3	631	2	45	25	890	87	6.214
Sarampión	1	5	1	3	0	2	0	1	0	0	0	1	2	12
Rubeola	0	10	0	6	0	3	0	0	0	0	0	4	0	23
Parotiditis	6	91	0	11	1	5	0	3	0	1	0	9	7	120
Tosferina	0	6	0	2	0	3	0	0	0	1	0	1	0	13
Enfermedad meningocócica	0	12	0	1	0	8	0	0	0	3	0	3	0	27
Otras meningitis	1	22	1	9	0	5	0	1	0	2	1	3	3	42
Sífilis	0	5	2	20	0	1	0	0	0	1	0	0	2	27
Infección gonocócica	2	5	0	7	0	1	0	1	0	0	0	1	2	15
Fiebre exantemática mediterránea	0	2	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	1	8
Brucelosis	2	12	2	18	1	6	1	8	0	0	1	4	7	48
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Paludismo	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4

... LOS DATOS PRESENTADOS EN ESTA TABLA...

Porcentaje de declaración (%)
Semanas 41 a 44 (del 11 de octubre al 7 de noviembre de 1998)

Municipios	Población (Proyec. 1997)	% de declaración	Municipios	Población (Proyec. 1997)	% de declaración
Lorquí	5.414	100,0	Torre Pacheco	18.021	87,2
Mazarrón	16.778	100,0	Torres de Cotillas, Las	16.077	100,0
Molina de Segura	42.053	49,0	Totana	21.557	100,0
Moratalla	7.570	93,8	Ulea	1.006	87,5
Mula	13.028	70,5	Unión, La	12.957	100,0
Murcia	364.571	80,4	Villanueva del Río Segura	1.568	75,0
Ojós	714	50,0	Yecla	28.595	95,3
Pliego	3.180	100,0	Santomera	9.610	100,0
Puerto Lumbreras	10.741	100,0	Alcázares, Los	5.256	100,0
Ricote	1.594	62,5			
San Javier	16.502	100,0	Total Región	1.102.469	89,0
San Pedro del Pinatar	13.816	75,0			

Contenido de los programas especializados en el tratamiento de cesación del hábito tabáquico

Se trata a las personas interesadas en grupos por razones de eficiencia y porque se cree que los miembros del grupo pueden motivarse entre ellos a mantener la voluntad de dejar de fumar. Para aquella gente que por alguna razón no quiere formar parte de un grupo, o le es imposible atender sesiones de grupo, existen sesiones individuales. Se ofrecen cinco sesiones vespertinas semanales de una hora de duración durante las cuatro semanas que siguen a la fecha de cesación. La primera sesión, introductoria, se realiza con los participantes que han acordado cesar de fumar entre ella y antes de la segunda sesión. Durante esta sesión se muestra y se distribuye la TSN. A partir de la segunda sesión las reuniones se concentran fundamentalmente en los comentarios y experiencias de los miembros del grupo. Se discuten las experiencias durante la semana pasada, incluyendo las dificultades a las que han tenido que enfrentarse, ofreciéndoles coraje y comprensión. Las sesiones están orientadas hacia los participantes (no hacia el terapeuta), insistiendo en el apoyo mutuo más que en explicaciones didácticas por parte del terapeuta. El terapeuta facilita la interacción y el apoyo mutuo también fuera de las sesiones formales. Durante la sesión pueden haber varias conversaciones simultáneas y de esta manera los grupos pueden incluir fácilmente de 15 a 25 participantes. Al principio de cada encuentro se mide el monóxido de carbono en el aire espirado. Cuando se completa el curso se pueden ofrecer sesiones de seguimiento en diferentes fechas hasta un máximo de 12 meses a partir del comienzo del curso, dependiendo de los recursos. Si es posible dos terapeutas están presentes en las sesiones y, si está disponible, se puede ofrecer algún tipo de material de auto-ayuda. Comparada con los controles (placebo o ninguna TSN) la TSN duplica, aproximadamente, las tasas de cesación independientemente de la intensidad del apoyo coadyuvante⁸. Los cuatro productos en que se presenta la TSN (goma de mascar, parches, spray nasal e inhalador) tienen similares tasas de éxito y no hay todavía evidencias, a partir de ensayos clínicos controlados, que favorezcan el uso de un producto

sobre otro. La TSN es segura⁹ y debe recomendarse habitualmente a los fumadores, siendo la elección del producto dependiente de razones prácticas o personales. Pocas intervenciones médicas son tan coste-efectivas como la cesación tabáquica¹⁰. Las autoridades sanitarias y los equipos de atención primaria deberían considerar estas guías dado su papel en tareas de promoción y prevención de la salud.

Bibliografía

- González Enriquez J, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM, Banegas Banegas JR, Villar Álvarez F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clin (Barc)* 1989;92:15-8.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268-78.
- Tormo Díaz MJ, Navarro Sánchez C, Chirlaque López MD, Pérez-Flores D. Factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia, España. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71:515-30.
- Glynn TJ, Manley MW. How to help your patients stop smoking. A National Cancer Institute manual for physicians. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 1989.
- Mant D. Research and development in primary care. National working group report. Leeds: NHS Executive, 1997.
- Silagy C, Ketteridge S. The effectiveness of physician advice to aid smoking cessation. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness. In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
- Thomas M, Walker A, Wilmot A, Bennett N, Office for National Statistics. Living in Britain: results from the 1996 general household survey. London: Stationery Office, 1998.
- Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness. In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
- Benowitz NL, ed. Nicotine safety and toxicity. New York: Oxford University Press, 1998.
- Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. Guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998;53:suppl 5(2):S1-38.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Smoking cessation. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, 1996(Clinical practice guideline No 18. Publication No 96-0692.)

Tabla 1. Resumen de las evidencias utilizadas para elaborar las recomendaciones sobre cesación tabáquica.

Intervención	Fuente	Incremento en la % de fumadores que se mantienen sin fumar durante un periodo ≥6 meses*
Consejo médico de muy corta duración (3') frente a no consejo.	AHCPR ¹¹	2
Consejo médico de corta duración (10') frente a no consejo.	AHCPR ¹¹	3
Consejo breve más TSN frente a consejo breve sólo o frente a consejo breve más placebo.	Cochrane ⁸	6
Apoyo intensivo (por ejemplo, clínica antitabaco) frente a no apoyo.	AHCPR ¹¹	8
Apoyo intensivo más TSN frente a apoyo intensivo sólo o apoyo intensivo más placebo.	Cochrane ⁸	8
Consejo antitabaco y apoyo en pacientes hospitalizados frente a no apoyo.	AHCPR ¹¹	5
Consejo antitabaco y apoyo para mujeres embarazadas frente a atención clínica habitual o ausencia de intervención.	AHCPR ¹¹	7

AHCPR = Agencia sobre Investigación y Políticas de Salud; TSN: Terapia sustitutiva de nicotina.

* Las tasas de cesación se han calculado a partir de Odds ratio, siendo esta una forma robusta de mostrar los efectos de las intervenciones. Las cifras que se muestran pueden ser poco familiares para algunos expertos debido a la combinación de grupos, a efectos de comparación, y a la forma que los meta-análisis combinan a veces estudios diferentes. La tabla proporciona el efecto de las intervenciones individuales. Para estimar el efecto global de un cierto grupo de tratamientos (ej., apoyo conductivo intensivo más TSN) se pueden sumar, de forma un tanto burda, los efectos de los diferentes estudios; así el apoyo intensivo más TSN puede aumentar en aproximadamente un 16% (8% por el apoyo intensivo más 8% del TSN) las tasas de abstinencia a largo plazo sobre los grupos control.

Suscripción: Envío gratuito, siempre que sea dirigido a cargo oficial. Solicitudes: Servicio de EPIDEMIOLOGÍA Dirección General de Salud, Consejería de Sanidad y Política Social Ronda de Levante, 11. MURCIA 30008 (Correo electrónico: bolepi@carm.es)