

Semana Sin Humo. Una actividad de la semFYC para la prevención del tabaquismo

M. Torrecilla García

Coordinador del Grupo de Abordaje del Tabaquismo de la semFYC

Hablar de las enfermedades derivadas del consumo de tabaco así como de la dependencia física y psicológica que produce tuvo su momento cuando el desconocimiento entre la relación consumo de tabaco, enfermedad y adicción, estaba por demostrar. Cuando ya no se discute que el tabaco sea perjudicial para la salud, los esfuerzos de los profesionales sanitarios deben ir orientados a la prevención y tratamiento del tabaquismo como enfermedad que es, con entidad propia, y que incluso ha merecido el nombre de la gran epidemia del siglo XXI, considerándose como la primera causa de muerte prevenible de los países desarrollados, incluso ya un serio problema sanitario en los países del Tercer Mundo.

¿A cuántos de los fumadores que acuden a una consulta sanitaria se les ofrece un consejo profesional para dejar de fumar? ¿A cuántos se les realiza una oferta terapéutica concreta para superar su adicción a la nicotina?

El simple consejo de 3-5 minutos de duración junto a la entrega de material de apoyo ha demostrado su eficacia con porcentajes de abstinencia que pueden llegar al 10% al año de seguimiento¹, porcentajes que incluso pueden llegar a ser del 40% cuando dicha intervención se realiza de forma sistematizada y con un seguimiento del proceso de deshabituación (intervención mínima sistematizada) o un tratamiento farmacológico en función de las características y necesidades de cada fumador². ¿Existe alguna otra enfermedad en la que 5 minutos sean tan eficaces y con un coste tan bajo?³.

El abordaje del tabaquismo está empezando a ser asumido por la mayoría de los profesionales sanitarios y en

el caso concreto de Atención Primaria este hecho se constata en las distintas evaluaciones del PAPPS⁴; aunque, eso sí, todavía de forma dispar, por lo que es necesario unificar criterios y empezar a actuar de forma protocolizada como en otras patologías^{5,6}.

En este cambio de actitud adquieren especial protagonismo los esfuerzos que desde distintos ámbitos y sociedades científicas se vienen realizando. En este sentido y conscientes de la repercusión sociosanitaria que tiene, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (integrada por profesionales sanitarios que al ejercicio de la medicina le dan un sentido más amplio que el puramente asistencial y extienden su actividad a los problemas de la comunidad a la que pertenecen) en colaboración con su Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) viene celebrando durante la última semana de mayo y desde hace 3 años consecutivos, la denominada Semana Sin Humo. Semana que se celebra durante los últimos días del mes de mayo haciéndola coincidir con el 31 de dicho mes, día reconocido por la Organización Mundial de la Salud como Día Mundial Sin Tabaco.

Las distintas actividades que se programan y realizan durante la Semana sin Humo (charlas informativas, ruedas de prensa, concursos, talleres, comunicados informativos en los distintos medios de comunicación, mesas de intervención, etc.) tienen el objetivo de concienciar a la población general de los perjuicios derivados del consumo del tabaco y por tanto de la conveniencia de dejar de fumar y, quizás con mayor trascendencia por su repercusión social, el de concienciar al propio colectivo sanitario de que durante esa Semana incidan de manera especial en el consejo para dejar de fumar en sus pacientes fumadores y que dicha actitud la trasladen a su quehacer profesional habitual, más allá de las fechas señaladas.

Actitud muy relacionada con una de las funciones que todo profesional sanitario tiene frente al tabaquismo: la fun-

Correspondencia: Miguel Torrecilla García. Centro de Salud San Juan, C/ Valencia s/n. 37005 Salamanca.

Recibido: 6 de septiembre de 2002. *Aceptado:* 20 de septiembre de 2002
[Prev Tab 2002; 4(4): 169-170]

ción modélica. Los profesionales sanitarios en general, y los médicos de una forma muy especial, constituyen para la sociedad un patrón de referencia respecto de todo aquello que se considera contribuye a alcanzar una vida saludable, por lo que sus actitudes suelen trascender del ámbito personal y profesional. La autoeficacia del abordaje del tabaquismo viene determinada por diversas circunstancias siendo la formación en el tema que se aborda la primordial, pero no menos importante está la posición personal frente al tabaco y la coherencia entre su actitud personal y el consejo profesional que ofrece.

Conscientes de la situación en la que se encuentra el colectivo profesional de Atención Primaria y concretamente los médicos de familia, la semFYC y el GAT se esfuerzan en lograr que al problema del tabaquismo se le dé la importancia que realmente tiene y su abordaje sea asumido como una actividad preventiva y terapéutica dentro de las ya múltiples que realizan los profesionales de Atención Primaria y que han contribuido a engrandecer y reconocer el prestigio del ejercicio de la medicina de familia en nuestro país, esfuerzos que tienen su máxima expresión durante la Semana Sin Humo.

Los resultados de las tres ediciones de la citada Semana que nos expone la doctora Clemente⁷ no hacen más que confirmar el éxito de esta iniciativa de la semFYC que, junto a la realidad diaria del problema salud que plantea el consumo de tabaco, ponen de manifiesto la conveniencia de seguir con este proyecto. Proyecto en el que todo sanitario debe implicarse y así lograr que la sociedad en general se

vaya involucrando en uno de los problemas sanitarios que más les afectan. El tabaquismo es un problema que a todos afecta y es de todos la responsabilidad de su abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SC, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville. US Department Of Health and Human Services; 2000. Agency for Healthcare Research and Quality publication n° 00-032.
2. Córdoba R. Consejo médico e intervención mínima. En: Barrueco M, Hernández Mezquita MA. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. PAUAN, S.L 2001. p. 117-35.
3. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. Med Clin (Barc) 1995; 104: 49-53.
4. Subias PJ, Bauzá K, Casanovas E, García Mata JR, Iglesias M, Jiménez Villa J et al. Evaluación del PAPPs. Aten Primaria 2001; 28 (Supl 2): 5-11.
5. Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abéngozar R, Torrecilla M, Quintas AM et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Prev Tab 2001; 3: 78-85.
6. Jiménez Ruiz CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Prev Tab 2002; 4 (3): 147-55.
7. Atención Primaria Sin Humo. Clemente L, Solbes A. Prev Tab 2002; 4 (4): 203-5.

La importancia del abordaje del tabaquismo en Atención Primaria

V. Thomas Mulet

Presidente de semFYC

Según la última Encuesta de Salud de España¹ el 36% de la población española mayor de 16 años es consumidora habitual de tabaco y en el 90% de casos inicia el consumo antes de los 20 años. El tabaquismo representa la primera causa evitable de muerte en nuestro país y se ha calculado que cada año mueren unas 56.000 personas por enfermedades directamente relacionadas con el tabaco².

La reducción en el consumo de tabaco es la medida de salud pública más importante que pueden adoptar los países, con repercusiones positivas tanto para la salud como para la economía. Pero frente a este propósito hay que señalar que el tabaquismo, además de ser un hábito, es una forma de drogodependencia, constituyendo una enfermedad adictiva y crónica ligada a múltiples patologías y que se asocia a una importante vulnerabilidad a la recaída. También sabemos que cualquier tipo de intervención es útil pero con una adecuación terapéutica individual, su eficacia y eficiencia aumentan. Debemos conocer la sociología de nuestro fumador, las características epidemiológicas del tabaquismo en España y nuestro propio sistema sanitario; datos diferentes a los de EE.UU. o Reino Unido, y de gran importancia al ser una enfermedad ligada a una conducta.

Nos encontramos con que la atención primaria (AP) posee unas características intrínsecas (atención general e integrada y personalizada, accesibilidad, la continuidad, la longitudinalidad, el trabajo en equipo, etc.) que le facilita y le obliga a tener un papel más activo en el abordaje del tabaquismo. Efectivamente, más del 75% de la población pasa anualmente por las consultas de AP, el 90% lo hace en

5 años y el promedio de veces que les vemos anualmente está entre 5 y 6. Esto nos da una oportunidad única, específica de la AP, de poder intervenir en un gran número de personas, en muchas ocasiones, pero muchas veces en esos momentos clave para la prevención en que la persona aún no ha iniciado ninguna enfermedad ligada al tabaquismo. Por otro lado más del 60% de los fumadores quieren dejar de fumar y la mayoría han hecho algún intento para conseguirlo; pero muchos de ellos no saben dónde pueden pedir ayuda, aunque cerca del 60% reconocen que su médico de familia les ha aconsejado abandonarlo.

Por otro lado la intervención desde AP es efectiva y tiene una de las mejores relaciones de coste-efectividad entre todas las actividades preventivas³⁻⁵.

En este mismo número de la revista se presenta un artículo, "Prevalencia, estadio de abandono y carga asistencial del tabaquismo en un centro de salud", que nos dibuja un escenario conocido y publicado en otros originales en revistas de AP (Atención Primaria, Medifam, Gaceta Sanitaria). Cerca de un tercio de los usuarios del Sistema Nacional de Salud son fumadores y aproximadamente la mitad estarían en fase de preparación, dispuestos a fijar una fecha para dejar de fumar en el próximo mes. Pero nuestro objetivo asistencial en relación con el tabaco, en medicina de familia, no es solamente este grupo poblacional; me atrevería a decir que es más importante conseguir que los jóvenes no se incorporen al tabaquismo.

¿Cuáles serían entonces los objetivos para la atención primaria? El objetivo de las actuaciones desde AP no es solamente conseguir que las personas dejen de fumar. Hay que ser realistas, pues nos encontramos frente a una enfermedad ligada a un comportamiento, a una conducta. Por este motivo, también debemos considerar como un éxito de una intervención el cambio de estadio dentro de todo el proceso de abandono del tabaquismo. En un fumador no

Correspondencia: Vinçç Thomas Mulet. semFYC. C/ Portaferriera, 8 pral. 08002 Barcelona.

Recibido: 9 de septiembre de 2002. Aceptado: 24 de septiembre de 2002. [Prev Tab 2002; 4(4): 171-173]

motivado, nuestro objetivo debe ser motivarlo; el fumador motivado que realice un intento para dejarlo y el que ha hecho un intento que pueda mantenerlo y llegar a convertirse en un exfumador. En otras ocasiones, conseguir que un joven no se inicie. Como médicos de familia debemos ayudar a los pacientes a cambiar de estadio, considerando cada avance en dicho proceso como un éxito^{6,7}.

¿Cuáles serían entonces las recomendaciones para la atención primaria? Debemos tener muy claro que para poder realizar una actividad terapéutica adecuada lo básico y esencial es recoger los datos que identifican y tipifican al fumador. En toda historia clínica debemos recoger la cantidad de tabaco consumido (número de cigarrillos/día y el tiempo transcurrido como fumador) que nos puede servir para valorar la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad o establecer las posibilidades de éxito o fracaso de un intento de abandono. También debemos conocer en qué fase de abandono se encuentra, pues la actitud terapéutica más adecuada vendrá determinada por esta fase. Igualmente es aconsejable saber si el fumador está dispuesto a realizar un intento serio para abandonar el tabaco, saber su grado de motivación. Decíamos que el tabaquismo es una enfermedad adictiva y por tanto debemos averiguar el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. Tres preguntas son suficientes: número de cigarrillos/día, tiempo transcurrido desde que se levanta y consume el primer cigarrillo y cuál es el que más necesita consumir. Así podremos establecer el grado de dependencia e indicarnos el mejor tipo de tratamiento farmacológico. La medición de los niveles de monóxido de carbono en el aire espirado del fumador nos proporcionará una información diagnóstica y constituye un elemento de ayuda y sensibilización en el proceso de abandono del tabaco. Preguntar y conocer la existencia de iniciativas previas de abandono y saber las causas de las recaídas son clave para nuevas propuestas terapéuticas.

Todo este proceso nos conduce a establecer un adecuado diagnóstico, en función del grado de tabaquismo, la fase de abandono y el grado de dependencia nicotínica y nos sirve para establecer la actitud terapéutica más adecuada en cada fumador. En unas ocasiones será suficiente con dar un consejo de abandono, en otras realizar una intervención mínima (consejo estructurado, documentación de soporte, apoyo psicológico), en otras una intervención intensiva (con tratamiento farmacológico y apoyo psicológico individual o grupal).

Como vemos un médico de familia capacitado y sensibilizado puede asumir el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. En pocos minutos se reúne la información necesaria y el manejo terapéutico no es complicado, pudiéndose

afrontar el abordaje de muchos fumadores^{8,9}. En otros casos o circunstancias (fracasos, recaídas, personas con determinadas patologías asociadas) harán aconsejable el tratamiento en unidades específicas, las unidades de tabaquismo.

Un objetivo a alcanzar para conseguir la plena integración del abordaje del tabaquismo en AP es incluir esta actividad como una más en la cartera de servicios que ofrece un equipo de AP a la población que atiende. Previamente las diversas administraciones deben evaluar el realizar varias actuaciones: desde programas específicos para que los médicos de familia y las enfermeras que son fumadores (39,8 y el 40,8%, respectivamente)¹⁰ dejen de fumar, pasando por la elaboración de guías o protocolos donde se recoja la actuación sistematizada que se debe realizar ante un fumador, aportando la dotación de recursos necesarios (material divulgativo, cooxímetros) y facilitando la formación de los profesionales sanitarios mediante sesiones clínicas, cursos/talleres y rotaciones por unidades especializadas. A modo de ejemplo, Navarra ya tiene implantado el consejo sistemático o intervención básica en todos los centros de salud y la intervención intensiva con ayuda programada individual (en el 65%) y la grupal, en el 19% de los centros¹¹.

Las sociedades científicas también deben tener su nivel de protagonismo. Así la semFYC lleva años aportando sus recursos e iniciativas en esta dirección. Desde la creación del Programa de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS), la celebración de congresos sin humo, la constitución de grupos de abordaje del tabaquismo, realizando cursos y talleres, pasando por la edición de guías para dejar de fumar o por la celebración de la Semana sin Humo. Nuestro camino está claro, nuestro ánimo, convencimiento y fuerza, también.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998.
2. Banegas JR, Díez L, Rodríguez F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001;117: 692-4.
3. Martín C, Córdoba R, Jané C, Nebot M, Galán S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-8.
4. Comas A, Suárez R, López MC, Cueto A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en atención primaria de salud. *Gac Sanit* 1998; 12: 126-32.
5. Subías P, García-Mata JR, Perula L y grupo de evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Pre-

- ventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. *Aten Primaria* 2000; 25: 383-9.
6. Cabezas Peña C. Novedades en la intervención sobre el consumo de tabaco desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 140-6.
 7. Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Robledo de Dios T. Recomendaciones sobre estilo de vida. Actualización PAPPS 2001. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl 2): 27-41.
 8. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria* 2001; 27: 629-36.
 9. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. Can we help our patients to give up smoking?: the Smoking Cessation Program experience. *Gac Sanit* 2001; 15: 312-9.
 10. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid, 1999 (<http://www.msc.es/salud/epidemiologia>)
 11. http://www.cfnavarra.es/sintabaco/textos/plan_foral_tabaco.doc

Prevalencia, estadio de abandono y carga asistencial del tabaquismo en un centro de salud

R. Peris, G. Salinas¹, O. Sánchez¹, B. Brotons, F. Sánchez-Toril, J.A. Pérez

Servicio de Neumología. ¹Médicos Residentes de Familia. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

RESUMEN

Objetivos: Determinar la prevalencia de las fases de abandono del tabaquismo entre los pacientes que acuden al centro de salud y la carga asistencial que supone el tabaquismo en Atención Primaria.

Pacientes y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo transversal en dos centros de salud del área asistencial número cinco de Valencia. Para ello se realizó una encuesta sobre tabaquismo a todos los pacientes que acudieron a los centros de salud durante 12 días del mes de febrero de 2000.

Resultados principales: Se entrevistó a 404 personas, de las cuales 131 (32,4%) eran fumadores activos, 62 (15,3%) exfumadores y 211 (52,2%) nunca habían fumado. Se encontró la siguiente distribución por fases o estadios de abandono del tabaco: precontemplación: 37,8%; contemplación: 12,9%; contemplación crónica: 3,1%; preparación: 13,9%; acción y mantenimiento: 9,8% y finalización: 22%. De todos los pacientes vistos por el médico de atención primaria, el 54% incluyendo la fase de finalización o el 43%, si se excluye, precisarían de una acción específica sobre el tabaquismo. Si se consideran sólo los pacientes que acuden por enfermedad y no por motivos burocráticos estos porcentajes serían del 31 y del 25%, respectivamente.

Conclusiones: 1. Los porcentajes de fumadores, exfumadores y no fumadores obtenidos entre los pacientes que acuden a un centro de salud son similares a los obtenidos entre la población general. 2. El tabaquismo por sí mismo supone una carga asistencial importante, que en nuestro estudio era del 25 al 54% de todos los pacientes, según las condiciones de atención al fumador que se consideren.

Palabras clave: Tabaquismo; Fase de abandono; Atención Primaria.

ABSTRACT

Objectives: Determine the prevalence of the smoking cessation phases among the patients who come to the health care center

Correspondencia: Dr. Rafael Peris Cardells. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova. C/ San Clemente, 26. 46015 Valencia. Correo electrónico: rafal680@separ.es

Recibido: 10 de mayo de 2002. *Aceptado:* 15 de julio de 2002
[Prev Tab 2002; 4(4): 174-179]

and the health care load that the smoking habit means in Primary Health Care.

Patients and methods: A descriptive, cross-over study was designed in two centers of health care area number five in Valencia. To do so, a survey on smoking habit was given to all the patients who came to the health care centers for 12 days in the month of february 2000.

Principal results: A total of 404 persons were interviewed. Of these 131 (32.4%) were active smokers, 62 (15.3%) ex-smokers and 211 (52.2%) had never smoked. The following distribution per smoking cessation phases or stages were found: precontemplation 37.8%; contemplation: 12.9%; chronic contemplation: 3.1%; preparation: 13.9%; action and maintenance: 9.8% and finalization 22%. Of all the patients seen by the primary health care physician, 54%, including the finalization phase, or 43% if it is excluded, would require specific action on their smoking habit. If only the patients who come due to disease are considered and not those who come due to bureaucratic reasons, these percentages would be 31 and 25% respectively.

Conclusions: 1. The percentages of smokers, ex-smokers and non-smokers obtained among the patient who come to a health care center are similar to those obtained among the general population. 2. The smoking habit itself means a significant health care load, which in our study was 25 to 54% of all the patients, according to the care condition given to the smoker considered.

Key words: Smoking habit; Cessation phase; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo está considerado en la actualidad como una enfermedad de naturaleza adictiva, crónica, recurrente y tratable¹, cuya importancia radica en que es la primera causa de morbimortalidad evitable en el mundo occidental². Pero, además de enfermedad, es también una conducta humana cuya modificación pasa por una serie de fases de abandono descritas en el modelo transteórico de Prochaska y cols.³. En su concepción actual este modelo incluye las siguientes fases: precontemplación, contemplación, contemplación crónica, preparación, acción, mantenimiento,

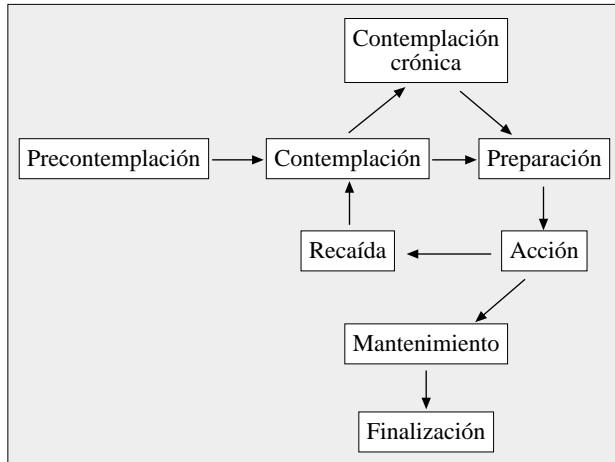


FIGURA 1. Fases de abandono del tabaquismo según el modelo transteórico de Prochaska y cols.

finalización y recaída. Estas fases se siguen una a otra no de forma lineal sino elíptica o circular, como se muestra en la Figura 1. La importancia de estas fases de abandono o estadios de cambio del tabaquismo radica en que son uno de los factores que determinan el tipo de atención médica que debe recibir el fumador^{1,4,5}, la respuesta al tratamiento⁶, el nivel asistencial donde debe ser tratado el tabaquismo⁷, y el material de apoyo y seguimiento que se le debe ofrecer⁸. Además, se considera un éxito en el tratamiento del tabaquismo, no sólo conseguir que el fumador deje de fumar, sino también que progrese adecuadamente en la evolución dentro de estas fases⁸.

En nuestro país se considera mayoritariamente que quien tiene que iniciar el tratamiento del tabaquismo es el médico de atención primaria⁷, y los propios fumadores y exfumadores refieren que dejan de fumar o lo harían por motivos de salud⁸. Uno de los referentes básicos de salud para la población general es el médico de atención primaria. Por todo lo anterior, se considera que es importante conocer las características de los fumadores que acuden al centro de salud, en especial su distribución en fases o estadios de abandono y la carga asistencial que el tabaquismo puede suponer por sí mismo para el médico de atención primaria.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta sobre tabaquismo (Tabla I), modificada de Becoña y cols.⁹; para ello se añadieron los parámetros de: edad, sexo, motivo de asistencia a la consulta del médico, hábito tabáquico actual, cigarrillos/día fumados actualmente y años fumando, a todos los pacientes que acudieron a consulta de dos cupos diferentes en dos centros de salud, dentro del área sanitaria nº 5 de la Comu-

1. Edad..... años
2. Sexo.....1) Varón, 2) Mujer
3. Acude al médico por:
1. Enfermedad
2. Motivos burocráticos (recetas, partes de alta o baja, partes de confirmación)
4. ¿Es usted fumador?:
1) Sí 2) No 3) Exfumador.....meses/años
5. ¿En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 horas? 1) Ninguna 2) Una o más de una
6. Actualmente fumo, pero NO tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses 1) Sí 2) No
7. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses 1) Sí 2) No
8. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días: 1) Sí 2) No
9. Actualmente fumo, pero NO tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días: 1) Sí 2) No
10. ¿Lleva más de dos años planteándose dejar de fumar dentro de seis meses? 1) Sí 2) No
11. Número de cigarrillos al día fumados actualmente: 1) < 20 2) 20-40 3) > 40
12. Años que lleva fumando: 1) < 5 2) 5-10 3) 10-15 4) 15-20 5) 20-25 6) > 25

TABLA I. Encuesta realizada, modificada de Becoña et al.⁹.

nidad Valenciana, durante doce días elegidos al azar del mes de febrero de 2000. La encuesta fue realizada por dos autores diferentes, uno en cada centro de salud y en horario de mañana. Ambos cupos comprenden una población global de 3.867 personas.

Se informó a los encuestados, previamente, del objetivo de la encuesta, obteniendo su consentimiento previo para realizarla. La encuesta fue dirigida, realizada individualmente y dentro de la consulta de su médico. No obtuvimos ninguna respuesta negativa por parte de los pacientes para su realización.

Fases de abandono del tabaquismo: Consideramos las fases habitualmente reconocidas de *precontemplación*, *contemplación* (si el paciente refería que la idea de dejar de fumar dentro de seis meses la mantenía más de dos años, se consideraba contemplación crónica), *preparación* (cuando el paciente refería que estaba dispuesto a dejar de fumar dentro de los treinta días siguientes, siempre y cuando hubiese estado más de 24 horas sin fumar durante el año anterior, si no, se consideraba también contemplación). A los exfumadores se les preguntó el tiempo que hacía que no fumaban para poder incluirlos en el estadio de *acción* (entre 24 horas y seis meses), de *mantenimiento* (entre seis meses y cinco años) y *finalización* (más de cinco años sin fumar).

A. Características de los pacientes estudiados			
	Hombres	Mujeres	
Pacientes entrevistados	159	245	
Edad media (desviación típica) en años	49 (19,62)	48 (17,77)	
Motivo por el que acuden al médico			
Enfermedad	87	145	
Burocrático	72	100	
Fumador	68	63	
Exfumador	51	11	
Nunca fumador	40	171	
Cigarrillos día de los fumadores:			
Menos de 20 cig/día	30	38	
20 a 40 cig/día	33	23	
> 40 cig/día	5	2	
Años de evolución de los fumadores			
< 10 años fumando	15	26	
10 a 25 años fumando	20	30	
> 25 años fumando	33	7	
Exfumadores totales	51	11	
Menos de 1 año	6	2	
Entre 1 y 5 años	9	3	
Entre 5 y 10 años	7	2	
Entre 10 y 20 años	20	3	
Entre 20 y 40 años	9	1	
B. Motivo por el que acude a la consulta en relación al tabaquismo			
	Fumador	Nunca fumador	Exfumador
Motivo médico	71	127	34
Motivo burocrático	60	84	28

TABLA II. Características de los pacientes entrevistados distribuidas por sexos. B. Motivo por el que se acude al consultorio en relación al tabaquismo.

Motivo de consulta médica: Se consideró que el paciente acudía al médico por motivos médicos cuando el objetivo de la visita era ser atendido por una enfermedad o para ser sometido a una revisión médica. Acudía por motivos burocráticos cuando el objetivo de la visita era recoger recetas, partes de alta, baja o confirmación o cualquier otro motivo que no fuese ser atendido como enfermo y/o paciente.

Se estudiaron los estadios de abandono del tabaquismo de los fumadores, los resultados de la distribución por estadios y de las características estudiadas dentro de cada grupo (número total y por sexo, porcentaje con relación al número total de pacientes y al número total de fumadores, cigarrillos/día y motivo por el que acude al médico y edad media).

Los resultados fueron procesados por el paquete estadístico StatDirect. Version 1,9,8 para Windows (© Iain E. Buchan. 1990-2001. <http://www.statdirect.com>).

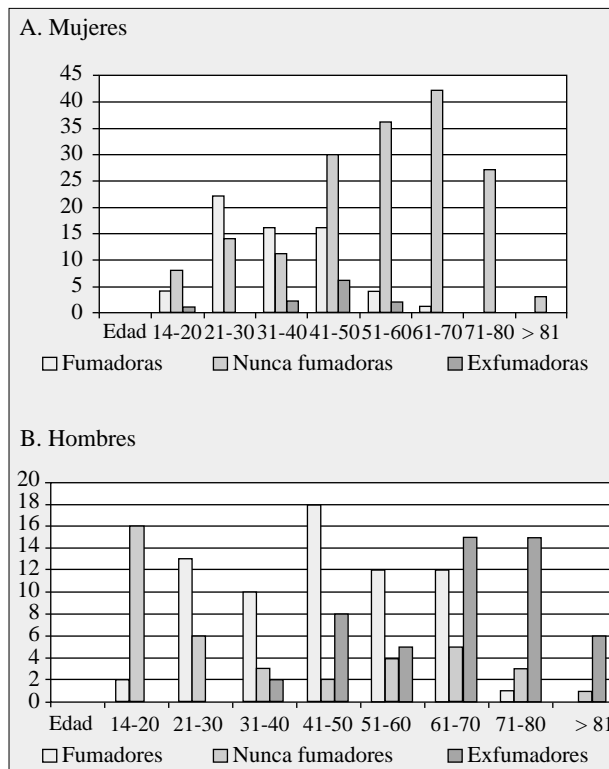


FIGURA 2. Distribución de fumadores, no fumadores y exfumadores por décadas y sexo. A. Mujeres, B. Hombres.

RESULTADOS

Sobre una población de 3.867 personas, los días del estudio se generaron 962 visitas médicas a 404 personas (una media de 2,38 vistas por paciente). Las características de las personas encuestadas se muestran en la Tabla II. Fueron 245 mujeres (60,7%) y 159 varones (39,3%), con una edad media de $48,9 \pm 18,5$ años, con un rango de 14 a 90 años. El 57,4% acudían por enfermedad (54,7% de los hombres y 59,2% de las mujeres) y el 42,6% por motivos burocráticos.

Con respecto al tabaquismo, encontramos que 131 (32,4%) eran fumadores activos, 62 (15,3%) exfumadores y 211 (52,2%) nunca habían fumado. Las edades medias correspondientes eran de $40,3 \pm 14,15$ años (rango de 15 a 78), $59,6 \pm 15,81$ años (rango de 18 a 82) y $50,9 \pm 19,39$ años respectivamente (rango de 14 a 90). Por sexos, eran fumadores el 42,7% de los hombres y el 26,25% de las mujeres. El 48,5% de los hombres fumadores y el 60,3% de las mujeres fumadoras referían fumar menos de 20 cigarrillos/día, el 44,1 y el 37,5%, respectivamente, fumaban entre 20 y 40 cigarrillos/día y el 7,4% de los varones y el 3,2% de las mujeres más de 40 cigarrillos día. Por edades, fumaban el 43,5% de los pacientes entre 14 y 24 años,

	Precontemplación	Contemplación	Contemplación crónica	Preparación	Acción y mantenimiento	Finalización
Número	73	25	6	27	19	43
Edad media (desviación típica)	39,6 (14,39)	45,7 (12,37)	49 (9,96)	35,3 (14,42)	49,72 (16,82)	63,77 (13,74)
Hombres	36	13	3	16	14	37
Mujeres	37	12	3	11	5	6
Cigarrillos/día						
menos de 20	31	12	4	21	-	-
20-40	35	13	2	6	-	-
más de 40	7	0	0	0	-	-
Motivo médico	38	12	4	17	11	23
Motivo burocrático	35	13	2	10	8	20

TABLA III. Características de los diversos estadios de abandono del tabaquismo y comparación entre ellos.

el 54,3% de los pacientes entre 25 y 45 años, el 30% de los pacientes entre los 46 y 64 años y el 5% de los pacientes mayores de 65 años (Figura 2).

Encontramos la siguiente distribución por fases o estadios de abandono en los fumadores de nuestro estudio: precontemplación 37,8%, contemplación 12,9%; contemplación crónica 3,1%; preparación 13,9%; acción y mantenimiento en conjunto 9,8%; y fase de finalización 22% (Tabla III).

DISCUSIÓN

Se trata de un estudio descriptivo que se realiza en pacientes que acuden al médico de atención primaria. La distribución por sexos, con un mayor porcentaje de mujeres, podría infravalorar la prevalencia en nuestro medio. A pesar de ello, la prevalencia observada no difiere mucho de la encontrada en la Encuesta Nacional de Salud de 1993¹⁰ para la Comunidad Valenciana, con un 37% de fumadores en la población global, el 49% de los hombres y el 22,6% de las mujeres. El porcentaje de exfumadores hallados en nuestro estudio (15,2%) es muy semejante a los datos recogidos en la encuesta general de salud de 1995¹¹ que muestra un 15% de exfumadores.

Se observó una mayor intensidad de tabaquismo en nuestros pacientes que la referida en la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana de 1991¹², dado que sólo fumaban más de 20 cigarrillos/día el 19,8% de los varones y el 6,4% de las mujeres (22,5 y 10,2%, respectivamente).

La distribución etaria con respecto al hábito tabáquico de la muestra estudiada es semejante a la publicada en la Encuesta Nacional de Salud de 1993; las cifras para estos grupos de edad fueron de 41, 50, 28 y 10%, respectivamente.

En nuestro estudio, pues, las cifras obtenidas de fumadores, exfumadores y no fumadores, la distribución por sexo y edad de los fumadores, y la intensidad del tabaquismo son similares a los obtenidos en la población general, aunque no iguales, dadas la diferencia de tiempo de realización del estudio y características diferenciales de la población. Aunque se precisen más estudios, estas diferencias deberían ser tenidas en cuenta, dado que las cifras de la población general pueden no reflejar exactamente la situación de la consulta de atención primaria.

Si consideramos sólo a los fumadores activos encontramos que más de la mitad (55,7%) están en fase de precontemplación, es decir, no piensan en dejar de fumar de momento. El 19% están en fase de contemplación, el 4,6% en fase de contemplación crónica y un 20,5% en fase de preparación.

Sólo hemos encontrado seis estudios realizados en España^{6,9,13-16} en los que se analizan los estadios de abandono del tabaquismo. No se pudo realizar una comparación de resultados por problemas conceptuales (considerar o no el estadio de contemplación crónica, considerar juntos o separados los estadios de acción y mantenimiento, considerar a los exfumadores en conjunto) y por tratarse de poblaciones diferentes (cardiópatas con un ingreso en los últimos 10 años, diabéticos fumadores, pacientes en tratamiento del tabaquismo y población general). De la misma manera, tampoco podemos comparar con otros estudios las características de los fumadores de nuestro estudio distribuidos por estadio de abandono. A pesar de lo anterior, sí podemos destacar algunos aspectos. Así, la menor edad media de los fumadores en estado de preparación, hecho ya publicado con anterioridad. Asimismo, el hecho de que se fuma con mayor intensidad en los estadios de precontemplación que en los otros estadios y que existen más hombres que muje-

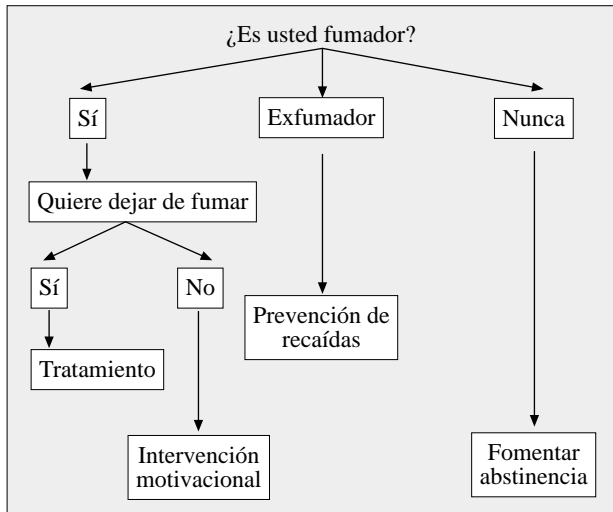


FIGURA 3. Atención médica del tabaquismo. Adaptado de la referencia 1.

res en situación de exfumadores^{10,11} son datos comentados ya por otros autores.

Otro dato interesante es la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres con edades comprendidas entre 41 y 50 años, un 16%, igualando en intensidad de consumo al grupo de edad de 31 a 50 años. Este dato ha llevado a otros autores a proponer que se hagan extensivas a estas edades las campañas de prevención del tabaquismo dirigidas a mujeres jóvenes¹⁷.

Para calcular la carga asistencial, teníamos que considerar qué pacientes podrían ser tratados. El tratamiento del tabaquismo supone no sólo el tratar médicamente al fumador, sino también la intervención motivacional, la prevención de las recaídas y el fomentar la abstinencia (Figura 3). La intervención motivacional y el tratamiento se recomiendan en todos los fumadores. La prevención de las recaídas se recomienda hasta la fase de finalización, esto es, hasta que haga más de cinco años desde que el paciente dejó de fumar y/o está seguro de no fumar con independencia de la situación de estrés a que pueda enfrentarse. Sin embargo incluir esta fase o no se deja a opción del médico en función del paciente¹.

Fomentar la abstinencia se recomienda sólo en pacientes jóvenes¹, dado que la posibilidad de convertirse en fumador en la sociedad occidental cuando se llega a los veinte años sin haber fumado es insignificante. Otro factor a tener en cuenta es si el paciente acudía por enfermedad propia o por motivo burocrático. Teniendo en cuenta todo lo anterior, en nuestro estudio los porcentajes de pacientes susceptibles de una atención médica referida al tabaquismo podrían ser del 54% (ambos motivos de consulta, fase de finalización incluida y no fumadores de edad igual o menor

a 20 años); del 43% (excluyendo a los exfumadores en fase de finalización); del 31% (cuando se considerase sólo a los pacientes que consultan por motivo médico); o del 25% cuando se considerase sólo a los pacientes que consultan por motivo médico y se excluyese a los exfumadores en fase de finalización. Tomando pues la cifra mínima, uno de cada cuatro pacientes de atención primaria podría requerir una acción específica sobre tabaquismo, ya fuese acción motivacional, tratamiento, seguimiento o prevención de recaídas.

CONCLUSIONES

Los porcentajes de fumadores, exfumadores y no fumadores obtenidos entre los pacientes que acuden a un centro de salud son similares, pero no iguales, a los obtenidos entre la población general. Por ello se precisarían estudios específicos para determinar estos parámetros entre los pacientes que consultan en atención primaria.

De los pacientes que acuden al médico de atención primaria, una tercera parte son fumadores; de ellos más de la mitad no querían dejar de fumar.

Más de la mitad de los pacientes podrían requerir una acción específica sobre tabaquismo. Este porcentaje podría reducirse a uno de cada cuatro pacientes con criterios más restrictivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. US Public Health Service. Treating Tobacco use and dependence: A clinical practice guideline. JAMA 2000; 283: 3244-54.
2. Rodríguez R, Bueno A, Pueyos A, Espigares M, Martínez MA, Gálvez R. Morbilidad y años potenciales de vida perdidos atribuibles al tabaco. Med Clin (Barce) 1997; 108: 121-7.
3. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. En: Search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992; 47: 1102-14.
4. Normativa SEPAR sobre el tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Ediciones DOYMA, 1997.
5. Raw M, McNeill A, West R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals. Thorax 1998; 53 (S5): S1-S18.
6. Ramón JM, Bou R, Alkiza ME, Romea S, Oromí J, Saltó E et al. Proceso de cambio y sexo como predictores del abandono del consumo de tabaco. Arch Bronconeumol 1999; 35: 488-93.
7. Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, Grupo de Trabajo del Área de Tabaquismo de la SEPAR. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. Arch Bronconeumol 2001; 37: 382-7.

8. Manuales SEPAR: Tabaquismo. Madrid: Aula Médica SA; 1995.
9. Becoña Iglesias E, Vázquez González FL. Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: Dykinson 1998. p. 40.
10. Encuesta Nacional de Salud de España de 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1995.
11. Encuesta Nacional de Salud de España de 1995. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.
12. Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum 1991.
13. Labraca J, Sánchez A, Orozco D, Sánchez B. Dejan de fumar los pacientes con cardiopatía. Atención Primaria, 2001; 27: 150.
14. Canga N, De Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martínez-González MA. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients. Diabetes Care 2000; 23: 1455-60.
15. Jiménez CA, Fernando J, Sobradillo V, Gabriel R, Miratvilles M, Fernández-Fau L et al. Prevalencia y actitudes sobre tabaquismo en población mayor de 40 años. Arch Bronconeumol 2000; 36: 241-4.
16. Bellido J, Martín JC, Dueñas A, Mena FJ, Arzúa D, Simal F. Hábito tabáquico en una población general: descripción de la prevalencia, grado de consolidación y fase de abandono. Arch. Bronconeumol 2001; 37: 75-80.
17. Jiménez CA, Sobradillo V, Miratvilles M, Gabriel R. Análisis del tabaquismo en España a la luz de los resultados del estudio IBERPOC. Prev Tab 2000; 2: 189-93.

Análisis de la implantación de las consultas de deshabituación tabáquica en las oficinas de farmacia comunitarias

A.M. Quintas Rodríguez¹, A.M. del Pino Corrochano², Grupo SEDET (Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo)

¹Farmacéutica Comunitaria del área 8 de Madrid. ²Farmacéutica Adjunta. Especialistas de Tabaquismo, Miembros de SEDET

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa de deshabituación tabáquica, llevado a cabo en una oficina de farmacia del área 8 de la Comunidad de Madrid, durante el período 1998-1999.

Población y método: Estudio observacional descriptivo durante un año en la población de una oficina de farmacia del área 8 de la Comunidad de Madrid.

Resultados: Fueron incluidos en el estudio un total de 86 pacientes que voluntariamente quisieron participar en el programa de deshabituación tabáquica durante un año. La edad media de los pacientes fue de $40,6 \pm 11,4$, siendo un 54,7% varones frente a un 45,3% de mujeres. El grado de dependencia según el test de Fagerström fue de $6,7 \pm 1,7$ (rango 2-10). Los porcentajes de abstinencia en los períodos evaluados fueron: durante el inicio del programa del 62%, al tercer mes del 59%, a los seis meses del 52% y al año del 44%.

Conclusiones: Los programas de deshabituación tabáquica en la farmacia comunitaria son eficaces y consiguen sus objetivos si se planifican y adecuan a las necesidades del paciente. Pueden conseguirse altos porcentajes de deshabituación tabáquica al año de seguimiento.

Palabras clave: Farmacia comunitaria; Tabaco; Tratamiento.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the effectiveness of stop-smoking program, in a pharmacy office of the Area 8 of Madrid Community during the period 1998-1999.

Patients and methods: A observational descriptive study was carried out during a year recruiting as a population customers of a pharmacy office in Area 8 of Madrid Community.

Results: Eighty six patients who voluntarily accept to participate in a Program Educating during a year. Media of age was $40.6 + 11.4$;

54.7% men and 45.3% women. Dependence degree of Fagerstrom Test was 6.7 ± 1.7 (2-10). Austereness percentage during the study period were: 62 at beginning, 59% at third month, 52% at six months and 44% at the year.

Conclusions: Stop-smoking programs carried out in a Community Pharmacy are effective and reach their objectives if they are planned and adapted to the patient's needs. Smoking cessation high percentages can be reach at the first year of follow up.

Key words: Community Pharmacies; Tobacco; Tobacco cessation.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo, a pesar de ser reconocido como el principal problema de Salud Pública y la primera causa de enfermedad y muerte evitable en las sociedades occidentales (45.000 muertes en 1999 según datos del Ministerio de Sanidad)¹, sigue presente en gran parte de la población y se incrementa el consumo de tabaco en sectores como el de las mujeres y los jóvenes. Esto es posible, en cierta medida, por el poder de las industrias tabaqueras que invierten grandes sumas de dinero en publicidad para mantener un consumo constante y captar a nuevos consumidores.

Ante esta situación, se hace necesaria la concienciación y actuación de los profesionales sanitarios, los gobiernos y la población en general. Ya en 1978, en la Conferencia de Alma-Ata², se estableció la acción unísona y el papel activo de cada uno de estos actores: los profesionales sanitarios interviniendo en programas de prevención y tratamiento, los gobiernos haciéndose eco de esta problemática e incorporándola en Programas de Salud Pública de manera efectiva y, por último, la población general que, tras adquirir los conocimientos oportunos, puede debutar como agentes de salud en materia de tabaquismo.

El Consejo de Europa ha establecido que el farmacéutico aporta un valor añadido tanto en el plano de los cono-

Correspondencia: Ana María Quintas Rodríguez. Consulta de Tabaquismo Farmacia Quintas. C/ Velázquez, 16. 28933 Móstoles. Madrid. am.quintas@recol.es

Recibido: 10 de junio de 2002. *Aceptado:* 14 de octubre de 2002
[Prev Tab 2002; 4(4): 180-183]

cimientos científicos como en el de la ética, considerando la necesidad de promover su papel en la gestión de los riesgos sanitarios³. No debemos olvidar que el farmacéutico de oficina de farmacia es el profesional de la salud más accesible para el paciente contribuyendo al desarrollo de una atención personalizada.

La intervención de los farmacéuticos comunitarios, profesionales de primer nivel en la Atención Sanitaria es fundamental en la identificación y captación de los fumadores en aras de paliar, si no erradicar, el problema del tabaquismo, siendo varios los motivos que así lo justifican:

- Oportunidad espacio-temporal: los fumadores acuden a las oficinas de farmacia en distintas ocasiones y por distintos motivos.
- Cobertura poblacional amplia: población sana y enferma enmarcada en un extenso rango de edades.
- Proximidad: la población identifica al farmacéutico como una figura familiar.
- Ausencia de barreras: el acceso a estos profesionales se produce sin citas previas y sin listas de espera.
- Oferta muy extendida: existen más de 19.000 farmacias repartidas por toda la geografía española.

Los médicos, profesionales de enfermería y farmacéuticos comunitarios suficientemente motivados que intervengan sistemáticamente en temas de tabaquismo mediante la adopción de papeles modélicos, terapéuticos y educadores, pueden obtener resultados positivos de sus intervenciones tanto en prevención como en tratamiento, con la ventaja adicional de paliar la demanda a las, por el momento escasas en nuestro país, unidades especializadas en tabaquismo. De esta manera, pueden beneficiarse los pacientes con gran dificultad en la deshabituación tabáquica de la atención de equipos multidisciplinares con mayor prontitud.

En este contexto y como miembros activos de la SEDET (Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo), sentimos la necesidad de transmitir el importante papel que puede realizar la oficina de farmacia como lo atestigua nuestra propia experiencia, pues ya en 1993 comenzamos a realizar intervenciones que, al principio de forma oportunista, se limitaban al consejo, la educación para una vida sana o la información sobre los riesgos del tabaquismo para desembocar en 1995 en la estructuración y el establecimiento de programas de intervención y deshabituación tabáquicas.

El objetivo del estudio que presentamos a continuación es la evaluación de la efectividad del programa de deshabituación tabáquica que, llevado a cabo en una oficina de farmacia del área 8 de la Comunidad de Madrid, abarca el período 1998-1999.

PACIENTES Y MÉTODO

En el período indicado, un total de 86 pacientes fueron incluidos en nuestro Programa de Deshabituación Tabáquica, todos ellos en “fase de preparación” y demandando activamente el ser admitidos. Resulta obvio el fijar criterios de exclusión como el padecimiento de patologías psiquiátricas o de otras drogodependencias.

El programa contempla el tratamiento combinado mediante intervenciones individualizadas y grupos de autoayuda estructurándose en distintas sesiones que se suceden en el tiempo como se describe a continuación:

En una sesión previa se hace la historia clínica del sujeto contemplando tres aspectos fundamentalmente:

- Anamnesis
- Estudio de dependencias
- Determinación de valores antropométricos

En cuanto al primero se investiga la posible existencia de patologías que pudieran contraindicar la terapia sustitutiva de nicotina como depresión, trastorno alimentario, infarto agudo de miocardio reciente, etc. Se realiza un estudio pormenorizado de los antecedentes tabáquicos y del tabaquismo actual centrándonos en conocer cómo fuma, si ha tenido intentos previos de abandono, durante cuánto tiempo se mantuvo abstinentes, qué provocó la recaída, tratamiento utilizado, qué importancia le concede a la ganancia de peso, etc.

El estudio de dependencias incluye la realización del test de Fagerström para la valoración de la dependencia física⁴ y el de Russell⁵, para la determinación de la dependencia psicológica, gestual y social. Este último a realizar en el domicilio del paciente junto con el registro de cigarrillos y de motivos por los que fuma y por los que quiere dejar de fumar.

En lo relativo a los valores antropométricos se determina el peso, el índice de masa corporal, tensión arterial y pulsaciones por minuto.

En la segunda sesión se valoran y comentan los registros y tests realizados, se determina el síndrome de abstinencia basal y se fija el día “D” (día en que comienza la abstinencia en el consumo de tabaco), y se establece el tratamiento. Tres días después del día “D”, se contacta telefónicamente con el paciente al objeto de comprobar la incidencia de posibles problemas añadidos o infravalorados.

Al cumplirse una semana del día “D” se inicia una serie de sesiones que cubren el año de duración del programa de deshabituación con la periodicidad y en el orden que se indica a continuación:

- 8 Sesiones con periodicidad semanal (2 meses).
- 8 Sesiones con periodicidad quincenal (4 meses).
- 6 Sesiones con periodicidad mensual (6 meses).

En todas y cada una de estas sesiones se determina el monóxido de carbono espirado mediante cooxímetro monitor Micro II Smokerlyzer® (*Bedfont Instruments*), considerando pacientes abstinentes a aquellos que tras declarar no haber fumado ningún cigarrillo, obtienen tasas de CO espirado menor de 10 ppm. También, a título individual, se comentan con el paciente los problemas surgidos tratando de resolverlos, se dan estrategias para mantenerse abstinentes y se abunda en el conocimiento del tabaquismo como drogodependencia; con tratamiento psicológico, se le instruye en técnicas conductuales y de relajación y todo ello, sin perjuicio de complementar el tratamiento con sesiones grupales para aquellos evaluados como susceptibles de beneficiarse de este tipo de apoyo.

La duración de las visitas varía en función de las necesidades del propio paciente, no sobrepasando, las de seguimiento, los 15 minutos como norma general.

Si un paciente no acude a las sesiones programadas y no se puede contactar telefónicamente en tres ocasiones en días diferentes, se le considera como no abstinentes con independencia del estado real en que se encuentre. Por el contrario, con los que se contacta tras averiguar la causa de incomparecencia, se les cita para otro día si éste es su deseo.

RESULTADOS

Ochenta y seis pacientes fumadores participaron en el programa de deshabituación tabáquica, (54,7% varones y 45,3% mujeres). Las características de estos pacientes se muestran en la Tabla I (los resultados se expresan en media más menos desviación estándar junto con los rangos). El grado de dependencia según el test de Fagerström fue de $6,7 \pm 1,7$ (2-10).

Los porcentajes de abstinencia en los períodos evaluados fueron: durante el inicio del programa 62%, al tercer mes 59%, a los seis meses, 52% y al año 44% según muestra la Tabla II.

De los 86 pacientes, 3 (3,49%) recibieron tratamiento puramente psicológico y los 83 restantes tratamiento psicológico y farmacológico (terapia sustitutiva de nicotina),

Variables		N (%)	
Sexo	Varones	47 (54,7)	
	Mujeres	39 (45,3)	
		Media \pm DS	Rango
Edad (años)		40,6 \pm 11,4	18-60
Nº cigarrillos /día		30,2 \pm 13,4	7-80
Años fumando		24,7 \pm 11,3	3-47
Test de Fagerström		6,7 \pm 1,7	2-10

TABLA I. Características de los pacientes participantes en el estudio.

distribuyéndose de la siguiente forma: 7 (8,14%) con chicles, 53 (61,63%) con parches y el resto, 23 (26,74%), con terapia combinada de parches y chicles.

Ocho pacientes causaron baja a lo largo del período de estudio, motivada por el abandono de los contactos telefónicos y la no asistencia al programa de deshabituación tabáquica.

El incumplimiento de la terapia ha sido uno de los problemas detectados que se pone más de manifiesto a lo largo del período de seguimiento. La no adherencia al tratamiento durante al menos dos meses ha supuesto el fracaso del paciente.

Los efectos secundarios relacionados con la terapia sustitutiva con nicotina se han manifestado en dos casos como picor, aftas bucales, etc., sin suponer problema alguno para el abandono del tratamiento.

DISCUSIÓN

La primera limitación que presenta el estudio está representada en el hecho de que se ha llevado a cabo en una única farmacia de Madrid, lo que impide la extrapolación de los resultados a otras farmacias comunitarias españolas. Sin embargo, pensamos que la oficina de farmacia es un centro sanitario de atención primaria idóneo para la implantación de estos programas de deshabituación que puede disminuir la prevalencia del tabaquismo, bien a través del tra-

Período de deshabituación	% abstinentes adheridos al tratamiento	% abstinentes no adheridos al tratamiento	% no abstinentes
Inicio programa	62	38	0
A los 3 meses	59	3	38
A los 6 meses	52	0	48
A los 12 meses	44	0	56

TABLA II. Éxito en la deshabituación tabáquica según sean cumplidores o no con la terapia recomendada al menos durante 2 meses.

tamiento o mediante la adecuada educación sanitaria que actuaría positivamente en la prevención.

Otra de las limitaciones consiste en el número relativamente bajo de pacientes que se evaluaron en el período de estudio (un año a caballo de 1998 y 1999). En el futuro será interesante contar con los datos de otras farmacias y en períodos de seguimiento más amplios, si bien, los resultados obtenidos se encuentran en la misma línea que los proporcionados por esta misma farmacia y la de J.A. Barbero referentes a un período anterior⁶.

En la revisión realizada por Álvarez de Toledo⁷, los farmacéuticos comunitarios han probado su efectividad comparable a la de enfermeros o médicos en los programas de deshabituación tabáquica.

Hay que tener en cuenta que los individuos que decidieron entrar en el programa tenían una motivación alta, lo hicieron libremente y pactaron con el farmacéutico el día de inicio en el programa de deshabituación, así como las sesiones de continuación en función de su disponibilidad. Este hecho, así como el incremento en el número de contactos, ha sido importante para mejorar los resultados con estudios anteriores⁶ y similares al estudio de Smith MD⁸ (62% al final del tratamiento y 45% después de 10 meses).

Es importante destacar la adherencia al tratamiento sustitutivo como un factor relevante y positivo en el éxito de la deshabituación, de tal manera, que los pacientes que abandonan por anticipado la terapia sustitutiva con nicotina o bien la incumplen, se convierten en no abstinentes abandonando el Programa sin haber alcanzado el éxito⁹.

Deberán hacerse más estudios en farmacias comunitarias sobre todo para ver el impacto del tratamiento con bupropión y objetivar si mejora en los pacientes con síntomas de depresión la efectividad de los programas de deshabituación como ya ha evidenciado algún estudio últimamente publicado¹⁰.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones que presenta este estudio, por lo que los resultados sólo pueden considerarse a título informativo, los programas de deshabituación tabáquica en

la farmacia comunitaria son eficaces y consiguen sus objetivos si se planifican y adecuan a las necesidades del paciente pudiendo conseguirse altos porcentajes de deshabituación tabáquica al año de seguimiento.

AGRADECIMIENTOS

Tenemos que agradecer al Dr. Carlos Jiménez Ruiz la revisión del manuscrito y el interés mostrado hacia los farmacéuticos comunitarios y a nuestros compañeros de SEDET en quienes siempre tenemos un punto de apoyo muy importante.

BIBLIOGRAFÍA

1. MSC- Estudio estilos de vida de la población española. 1992.
2. OMS: Necesidades de personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la Atención Primaria. Serie de Informes Técnicos, nº 717, 1982.
3. Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria (Adoptada por el Consejo de Ministros el 21 de marzo de 2001, en la 746 reunión de Delegados de los Ministros) Consejo de ministros Consejo Europeo.
4. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978; 3: 235-41.
5. Russell MH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-5.
6. Barbero González JA, Quintas Rodríguez AM. Deshabituación tabáquica desde la farmacia comunitaria. *Atención Primaria* 2000; 26: 693-6.
7. Smith MD, McGhan WF, Lauger G. Pharmacist Counseling and Outcomes of Smoking Cessation. *American Pharmacy* 1995; 35, 8: 20-32.
8. Álvarez de Toledo Saavedra F. La farmacia comunitaria en la prevención del tabaquismo y la deshabituación antitabáquica. *Prev Tab* 2001; 4: 232-7.
9. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Eng J Med* 2002; 346, 7: 506-12.
10. Rorh MT, Westman EC. Use of bupropion SR in a pharmacist-managed outpatient smoking cessation program. *Pharmacotherapy* 2001; 21 (5): 636-41.

Actuación de enfermería en deshabituación tabáquica

L. Moronta Martín, P. Sánchez Reca

Servicio de Neumología (Exploración Funcional Respiratoria). Hospital Militar Central Gómez Ulla. Madrid

El tabaco es el principal agente medioambiental causante de enfermedad prevenible, tanto en fumadores activos como pasivos. A pesar de las campañas que se realizan en contra del hábito tabáquico y que en la sociedad se está limitando el consumo de tabaco en áreas cerradas de uso público, aun así, sigue habiendo un gran desconocimiento de la importancia que tiene la deshabituación tabáquica para la mejora de la salud y calidad de vida de la población general¹.

La mayor facilidad del paciente para acceder a la enfermera sitúa a ésta en una posición privilegiada a la hora de tratar al fumador. Está en nuestra mano hacer educación sanitaria, informar de los riesgos que implica el hábito tabáquico y los beneficios físicos y materiales que obtendría al dejar de fumar, no sólo para él, sino para su entorno familiar, representando así la enfermería, en muchos casos, el primer paso para concienciar al fumador de que inicie el deshábito tabáquico, y ofrecerle ayuda y seguimiento en todo el proceso según le sea necesario, siendo también fundamental su papel en la prevención de la aparición de nuevos fumadores sobre todo entre los adolescentes².

La motivación por la cual los pacientes acuden a las consultas de deshabituación tabáquica es diversa, un gran número de ellos por haber recibido consejo por parte del especialista, del médico de familia, o por la necesidad de mantener su calidad de vida, otros por petición familiar y otros por estar influidos por las campañas de deshabituación. Existe por lo tanto ya una predisposición para plan-

tearse el dejar de fumar, incluso en aquellos pacientes que tan sólo quieren información.

Los pacientes acuden, pues, en fase de preparación, precisando de una primera toma de contacto eficaz, informativa y una atención individualizada para iniciar su deshabituación. Es importante que esta atención la reciban todos, incluso si acuden en fase de contemplación, pues de ello depende que pasen al siguiente estadio y no queden decepcionados.

La actuación de enfermería en las consultas de deshabituación comienza en la primera toma de contacto con: consejo sanitario, información de los beneficios de abandono del tabaco, entrega de cuestionarios de autovaloración.

1. El consejo sanitario, que ha de ser corto, firme y mostrando autoridad, se ha de personalizar según las características de cada paciente, relacionándolo con la patología que presenta; en caso de no padecer ninguna, lo centramos en los beneficios de dejar de fumar más que en sus efectos negativos, siempre utilizando un lenguaje comprensible a todo tipo de pacientes, incrementado su autoconfianza en que puede dejar de fumar y prestándole nuestra ayuda siempre que lo necesite⁴.

2. Información de los beneficios del abandono del tabaco⁵, siendo la decisión más saludable que puede tomar, con diversas ventajas evidentes, estéticas en el ámbito de piel y cabellos, mejora del aliento, sensoriales con recuperación del olfato y del gusto, así como una mejor adaptación al ejercicio. Notará liberación en el ámbito personal así como de su entorno familiar o social, dado que están expuestos a un riesgo innecesario por ser fumadores pasivos, situación que generalmente el fumador no tiene en cuenta por desconocimiento. Otra ventaja importante será la económica a corto plazo, dado el alto coste del tabaco y que considere qué otras expecta-

Correspondencia: Servicio de Neumología (Exploración Funcional Respiratoria). Hospital Militar Central Gómez Ulla. Glorieta del Ejército s/n. 28047 Madrid.

Recibido: 1 de julio de 2002. *Aceptado:* 1 de septiembre de 2002
[Prev Tab 2002; 4(4): 197-200]

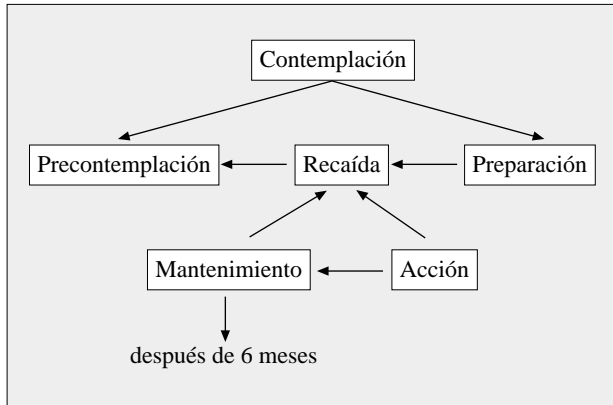


FIGURA 1. Fases de abandono del tabaquismo.

tivas podría lograr, como viajes o gratificaciones personales que estarían al alcance de su mano con el dinero ahorrado.

Todo esto se refuerza además con información detallada sobre el tabaco y el riesgo de fumar, así como de los numerosos componentes tóxicos del humo. Es necesario concienciarle de que lo que considera un placer, y muchas veces una ayuda para controlar situaciones difíciles o por no desentonar en el entorno social en que se mueve, puede condicionar y acortar su vida, algo que por desconocimiento nadie se plantea.

3. Cuestionarios de autovaloración necesarios para realizar una historia de tabaquismo, donde va a referir cuándo comenzó, qué le indujo a ello, factores que lo potenciaron, consumo diario, qué clase de tabaco fuma, si inhala el humo, si en su entorno social y familiar hay ambiente de humos.

Hay que hacer una valoración del nivel de tabaquismo y la fase de abandono en que se encuentra, mediante una serie de tests que indican, por ejemplo, el grado de motivación para dejar de fumar como es el test de Richmond, el grado de dependencia psicológica, social y gestual que se mide con el de Glover-Nilsson o el test de Fagerström que cuantifica la dependencia física del fumador, son los más utilizados. En función de esta valoración sabremos en qué fase de abandono se encuentra (Figura 1).

En la primera consulta se realiza historia clínica del tabaquismo.

Filiación del paciente, valoración de los tests que el paciente entrega ya cumplimentados o en algunos casos ayudamos a rellenarlos; haremos pruebas basales: control de peso, toma de constantes vitales (tensión arterial y frecuencia cardíaca), análisis de monóxido de carbono en aire espirado con un cooxímetro y además una espirometría basal.



FIGURA 2. Guía práctica para dejar de fumar de la Unidad de Tabaquismo del Servicio de Neumología del Hospital Militar Central Gómez Ulla.

Con toda esta información, el paciente habitualmente pasa a consulta médica.

Una vez analizados todos los datos que hemos recogido planteamos la actuación de enfermería según la fase en la que se encuentre el fumador⁶:

Fase de precontemplación: Entrega de folletos informativos (Figura 2) y se le da consejo sanitario.

Fase de contemplación: Amplía el consejo sanitario con oferta de ayuda personal y farmacológica, incentivando su autoconfianza, entregando una guía práctica para dejar de fumar y pautamos seguimiento en consulta de enfermería.

Fase de preparación: Se basa en la anterior, añadiendo información sobre la utilización del tratamiento farmacológico ofertado, así como apoyo psicológico.

Fase de acción: Cuando el paciente toma la decisión de realizar un intento serio de abandono del hábito tabáquico, elige el día "D", que es el día que dejará de fumar. Insistimos y le preparamos para ese día con una serie de consejos, tales como: levantarse media hora antes, hacer ejercicio físico, darse una ducha tibia y reconfortante, hacer una dieta rica en líquidos, frutas, verduras y pobre en grasas y que procure estar entretenido con actividades que sean de su agrado, sobre todo en los momentos en que las ganas de fumar sean imperiosas.

En esta fase es importante aclarar las dudas del tratamiento farmacológico^{7,8} que se pueden plantear tanto sobre la administración como sobre algunos efectos secundarios de carácter leve que pueden aparecer y por desconocimiento pueden llevar a la suspensión del mismo. Hay que incrementar la motivación por la que quiere dejar de fumar y recordarle el compromiso al que ha llegado consigo mismo. Creamos expectativas positivas y reales como son la mejora de la salud y el ahorro económico. Es impor-

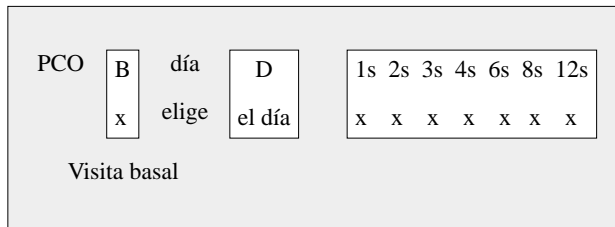


FIGURA 3. Programa conductor oral (PCO): visitas programadas semanalmente.

tantísimo en esta fase el apoyo dirigido a evitar situaciones de alto riesgo, ayudándoles a reconocerlas y reiterando que es vital eliminar aquellos mecanismos que predispongan las ganas de fumar como irse de copas, celebraciones, ambientes con humos, comidas copiosas, etc. Hacer una lista de motivos por los que quiere dejar de fumar tenerla siempre a la vista y desarrollar estrategias estructurales para cambiar los hábitos adquiridos con el tabaco.

Fase de tratamiento

A partir del día "D", pasa a la fase de tratamiento donde pondremos en marcha el programa conductor oral (PCO), con visitas programadas semanalmente como se muestra en el Figura 3.

En todas las visitas es fundamental siempre felicitarle por estar abstinentes.

Repetiremos las pruebas basales, registrando los controles en un gráfico, que en el caso de la cooximetría sirve además de estímulo para seguir sin fumar, por ser tan evidente el descenso de las cifras del monóxido de carbono.

Con relación al peso podremos valorar si hay que motivarle para que realice cualquier tipo de ejercicio físico, según sus gustos y capacidades, y quizás orientarle hacia una alimentación más equilibrada.

Las constantes basales como frecuencia cardiaca y tensión arterial se irán normalizando.

Repasaremos la lista de motivos y compromisos, valorando la dificultad que refiere el paciente frente a las distintas situaciones, analizando los síntomas de abstinencia que presenta y explicándole que irán desapareciendo a medida que pase el tiempo. Haremos hincapié en que debe mantener la total abstinencia de fumar, que él es capaz de conseguirlo, y podremos valorar, según evolucionan las semanas y generalmente en la octava, los avances físicos como la mejor adaptación al ejercicio y sensoriales como recuperación del gusto y del olfato. Se le anima a satisfacer algún deseo como viaje, regalo, etc., con el dinero ahorrado.

	16s	20s	26s	34s	43s	52s
PCO	x		x			x
PCT	x	x		x	x	

FIGURA 4. Calendario de seguimiento. PCO: programa conductor oral. PCT: programa conductor telefónico.

Cada día que acude a consulta, tras haber realizado la revisión de enfermería pasa a consulta médica, que apoya y refuerza su decisión, además de revisar y valorar la efectividad del tratamiento farmacológico prescrito.

Fase de seguimiento

Cuando el paciente ha conseguido estar abstinentes durante 12 semanas se establece un seguimiento basado en un programa conductor oral (PCO) y un programa conductor telefónico (PCT) como se muestra en la Figura 4.

A veces la semana 16ª conviene que sea oral y no telefónica.

A los doce meses se les da el alta, ofreciéndoles que se mantengan en contacto y llamen o acudan siempre que lo consideren necesario.

En nuestra experiencia contamos con casi dos años con la consulta de deshabituación médica abierta, y un año con la de enfermería, y con más de 250 pacientes tratados y en tratamiento. Al analizar, después de un año, el grado de satisfacción de los pacientes con la consulta de enfermería, éstos nos indican que es máximo en el 95,7% de los casos. Cuando se les pregunta el porqué de esa satisfacción inciden sobre todo en el trato más directo, más espontáneo, y sobre todo en la fácil accesibilidad que tienen a la hora de consultar sobre algún tipo de problema a la enfermería. Un problema importante son aquellas personas que acuden a la consulta de deshabituación a informarse, quizá sin una motivación tan grande como para empezar la terapia, y en los que la enfermería es crucial por su trato directo sobre ellos y la posibilidad de motivarlos incluso con llamadas posteriores en un intento de convencerlos.

Podemos concluir que el objetivo de la consulta de enfermería según lo expuesto es el de atención personalizada, información de riesgos y beneficios, potenciar la autoconfianza, ofertar ayuda tanto directa como telefónica y aclarar todo tipo de dudas con el fin de optimizar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World Health Report 1999. Combating the tobacco epidemic. Genève, 1999.
2. Granda Orive JI, Hernández del Rey I. Función del profesional de la salud frente al tabaquismo. En: Solano Reina S y Jiménez Ruiz CA, coordinadores. Manual de Tabaquismo SEPAR. 2ª Edición. Barcelona: Editorial Masson; 2002.
3. Jiménez Ruiz CA, Solano S, Barrueco M. Grupo de Trabajo del Área de Tabaquismo SEPAR. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas de tabaquismo. Arch Bronconeumol 2001; 37: 382-7.
4. Granda Orive JI, Peña Miguel T, Reinares Ten C et al. ¿Reciben consejo médico antitabáquico los asmáticos jóvenes? Prev Tab 2000; 2 (2): 17-21.
5. Beneficios del abandono del tabaco. En: Helios Pardell Coordinador OMC. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Medicina STM Editores SL; 2002.
6. Márquez Pérez FL. La historia natural del tabaquismo: el consumo de tabaco como proceso. En: Solano Reina S y Jiménez Ruiz CA, coordinadores. Manual de Tabaquismo SEPAR. 2ª Edición. Barcelona: Editorial Masson; 2002.
7. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1999; 35; 499-506.
8. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence: and US Public Health Service Report. JAMA 2000; 283: 3244-54.

Revisión sobre el tratamiento del tabaquismo con bupropión

C. Badiola Villa

Departamento Médico. GSK España

INTRODUCCIÓN

El tabaco es una causa conocida de cáncer, cardiopatía, enfermedad cerebrovascular, complicaciones del embarazo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). A pesar de la morbimortalidad originada por este agente tóxico y de los costes que ocasiona a la sociedad, los médicos y los profesionales sanitarios no acostumbran a evaluar el consumo de tabaco ni a tratarlo adecuadamente.

El tabaquismo es una verdadera drogodependencia que, como tal, justifica una intervención clínica. Se trata de una enfermedad crónica y recidivante, de modo que sólo un porcentaje muy bajo (aproximadamente el 10%) de los pacientes que intentan dejarlo permanecen abstinentes al cabo de un año. Es necesario asumir el carácter crónico de esta enfermedad, lo cual implica que el éxito del tratamiento no debe basarse exclusivamente en la abstinencia permanente. Por ello, los pacientes deben recibir una atención continuada y la recaída no debe considerarse como un fracaso terapéutico. En este sentido, las terapias de asesoramiento, especialmente las que suponen un contacto interpersonal directo, son especialmente eficaces, y tanto más efectivas cuanto mayor es la intensidad de la terapia.

Además de las terapias de asesoramiento, también son eficaces los tratamientos farmacológicos. Se deben utilizar en primer lugar el bupropión de liberación retardada y/o la terapia sustitutiva a base de nicotina en alguna de sus presentaciones (parche, chicle, inhalador o *spray* nasal). En

caso de que éstos no resulten eficaces, se pueden utilizar la clonidina o la nortriptilina.

La medición de los resultados de los estudios publicados sobre la eficacia del bupropión para facilitar la interrupción del consumo de tabaco se lleva a cabo de dos formas: como “abstinencia puntual” (prevalencia puntual), es decir, cuando el porcentaje de pacientes que permanecen abstinentes se basa en los datos sobre el consumo de tabaco durante un corto período de tiempo (habitualmente 7 días); y como “abstinencia continua” (prevalencia acumulada), es decir, cuando el porcentaje de pacientes que permanecen abstinentes se refiere a los datos sobre el consumo de tabaco durante un largo período de tiempo, generalmente desde el día que se interrumpió el hábito. Al hilo de lo expuesto previamente sobre el carácter crónico-recidivante de la enfermedad, la “abstinencia puntual” debe considerarse como la variable principal en los estudios sobre tabaquismo.

MECANISMO DE ACCIÓN DEL BUPROPIÓN

Bupropión es un inhibidor de la recaptación neuronal de catecolaminas, que produce un aumento de la concentración de noradrenalina, dando lugar a una reducción de los síntomas de ansiedad e impaciencia, y un aumento de la concentración de dopamina, lo que activaría los sistemas de recompensa y reduciría la necesidad de nicotina.

La nicotina estimula la liberación de dopamina en el sistema de recompensa mesoaccumbens a través de la activación de los receptores nicotínicos expresados en el área tegmental ventral. Bupropión es un antagonista de baja afinidad no competitivo de los receptores nicotínicos y reduce drásticamente los efectos de la nicotina sobre el sistema dopaminérgico. Se ha observado cómo bupropión bloquea

Correspondencia: Dr. Carlos Badiola Villa. Departamento Médico. Glaxo SmithKline. Parque Tecnológico de Madrid. Severo Ochoa, 2. 28760 Tres Cantos. Madrid.

Recibido: 23 de septiembre de 2002. *Aceptado:* 15 de octubre de 2002
[Prev Tab 2002; 4(4): 184-190]

en un 75-95% los receptores nicotínicos de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral y reduce la transmisión GABA-érgica hacia estas neuronas, produciendo un aumento de la excitabilidad de las mismas¹.

En un estudio² llevado a cabo en 292 fumadores se ha investigado si los efectos del bupropión sobre la deshabituación tabáquica están mediados por cambios en los síntomas de retirada, en los síntomas de ansia por fumar o en los sentimientos negativos durante el tratamiento. Observaron que las cifras de abstinencia puntual al final del tratamiento de 10 semanas fueron del 52% con bupropión y 33% con placebo ($p = 0,0008$) y que, comparado con placebo, los pacientes tratados con bupropión padecieron un nivel significativamente menor de síntomas de retirada y de emociones negativas. De estas dos, sólo el cambio en las emociones negativas predijo la abstinencia, aunque lo hizo en un porcentaje muy bajo, por lo que otros factores adicionales no estudiados deben tener su influencia.

ESTUDIOS SOBRE BUPROPIÓN EN FUMADORES SANOS MOTIVADOS CON PAUTAS DE TRATAMIENTO DE 7-9 SEMANAS

Se han publicado resultados de 4 estudios llevados a cabo en fumadores con buen estado de salud y motivados para dejar de fumar. Se ha observado un efecto significativo dosis-dependiente en un estudio³ que compara 3 dosis de bupropión (100, 150 y 300 mg/día) administrado durante 7 semanas y un período de seguimiento de 1 año. Por ello, la dosis habitual en los tratamientos convencionales con bupropión es de 300 mg/día. Las cifras de abstinencia puntual al año de seguimiento en los pacientes tratados con bupropión 300 mg/día oscilan entre 23,1 y 30,3% en este tipo de pacientes, mientras que estas mismas cifras en los pacientes tratados con placebo son de 12,4 y 15,6%^{3,4}. Las cifras de abstinencia continua al final del período de tratamiento (7ª semana) han oscilado entre 24,4% y 49% en los pacientes tratados con bupropión 300 mg/día y entre 10,5 y 39% en los pacientes que recibieron placebo^{3,5,6}. Se puede afirmar que bupropión 300 mg/día duplica aproximadamente las cifras de abstinencia respecto al tratamiento con placebo. Las diferencias entre ambos siempre resultaron estadísticamente significativas.

Cuando se ha comparado el tratamiento a base de bupropión 300 mg/día con los parches de nicotina y con la combinación de ambos en fumadores ($n = 893$) sanos y motivados para dejar de fumar, se ha observado que los 3 son significativamente mejores que placebo en cuanto a las cifras de abstinencia puntual en las primeras 4 semanas

de tratamiento, pero posteriormente sólo los pacientes tratados con bupropión 300 y con la combinación bupropión + nicotina resultaron ser significativamente mejores que placebo para mejorar las cifras de abstinencia puntual. En cuanto a las cifras de abstinencia continua durante el año de seguimiento, los 3 grupos de tratamiento activo fueron significativamente mejores que placebo ($p < 0,001$) y los 2 grupos que recibieron bupropión fueron significativamente mejores que el que recibió parches de nicotina ($p < 0,001$)⁴. Por ello, el tratamiento con bupropión 300 mg/día, solo o combinado con parches de nicotina, resultó más eficaz que los parches de nicotina o placebo para incrementar las cifras de abstinencia a lo largo de 1 año.

Respecto a la ganancia de peso, aquellos pacientes que habían logrado permanecer abstinentes de forma continua hasta el final del período de tratamiento y que habían recibido bupropión + nicotina ganaron menos peso que los pacientes tratados con placebo ($p < 0,05$) o con bupropión solo ($p < 0,05$)⁴. En la misma línea, se observó una relación inversamente proporcional entre la dosis de bupropión y la ganancia de peso³.

ESTUDIOS EN FUMADORES SANOS DESMOTIVADOS CON UNA PAUTA DE TRATAMIENTO DE 7 SEMANAS

Un estudio ha abordado la cuestión de la eficacia de bupropión 300 mg/día en sujetos ($n = 600$) sanos que habían tenido dos o más intentos fracasados para dejar de fumar. Las cifras de abstinencia continua entre las semanas 4ª y 7ª del período de tratamiento fueron del 14% en los pacientes tratados con bupropión 300 y del 8% en los pacientes tratados con placebo ($p = 0,03$). Se aprecia que en estos pacientes la eficacia, tanto de bupropión como de placebo, es aproximadamente unas 2-3 veces inferior a la de los sujetos motivados⁷.

ESTUDIOS EN FUMADORES SANOS MOTIVADOS CON PAUTAS DE TRATAMIENTO PROLONGADAS

En un estudio que compara bupropión 300 mg/día con placebo administrados durante 1 año en pacientes ($n = 429$) que habían logrado la abstinencia tras un tratamiento de 7 semanas de duración con bupropión 300 mg/día se ha observado que el tratamiento con bupropión durante 1 año retrasó la recaída y produjo una ganancia de peso significativamente inferior incluso después de 1 año de finalizado el tratamiento⁸. Las cifras de abstinencia puntuales de los pacien-

	Abstinencia puntual 1 año		Abstinencia continua 1 año	
	Placebo	Bupropión 300	Placebo	Bupropión 300
Hurt R	12,4%	23,1%		
Jorenby DE	15,6%	30,3%	5,6%	18,4%
Tonstad S	14%	30%	11%	21%
Hays JT	40%	41,6%	26%	29%

TABLA I. Tasas de abstinencia puntual y continua en los diferentes estudios publicados en fumadores sanos con pautas de tratamiento prolongadas.

tes tratados con bupropión fueron significativamente superiores a las de los pacientes tratados con placebo al finalizar el año de tratamiento (placebo: 42,3%, bupropión: 55,1%; $p = 0,008$) y 6 meses después (placebo: 37,7%, bupropión: 47,7%; $p = 0,034$), pero no 1 año después (placebo: 40%, bupropión: 41,6%; $p > 0,05$). Los pacientes que recibieron placebo ganaron 5,4 kg de peso al final del período de seguimiento mientras que los que recibieron bupropión ganaron 4,1 kg de peso ($p = 0,016$). Los efectos adversos que con mayor frecuencia se produjeron en los enfermos tratados con bupropión respecto a los tratados con placebo fueron el insomnio y la cefalea. La mediana del tiempo transcurrido hasta la recaída fue significativamente más prolongada en los pacientes tratados con bupropión (156 días) que en los tratados con placebo (65 días) ($p = 0,021$).

En este estudio llama la atención que las cifras de abstinencia puntual y continua que se observan en los pacientes tratados con bupropión y placebo 1 año después de finalizado el tratamiento son más elevadas que en estudios con pautas terapéuticas de 7 semanas. Una explicación para estas diferencias puede ser, por supuesto, la diferente duración de los tratamientos. Otra posible explicación es que en el estudio de Hays JT y cols. todos los pacientes recibieron en todas las visitas apoyo motivacional, apoyo que por otro lado también se describe en algún otro estudio (p. ej.: el de Jorenby DE y cols.). Es posible que diferencias en estas terapias de apoyo expliquen parcialmente las diferentes cifras de abstinencia (Tabla I).

Utilizando los datos del estudio de Hays JT y cols., Hurt RD y cols.⁹ analizaron los factores predictores del éxito sobre la prevención de la recaída en los fumadores que reciben tratamiento prolongado con bupropión. Observaron que el factor que mejor predecía el éxito era el tratamiento con bupropión en lugar de placebo. Asimismo, otros factores que predijeron el éxito fueron los niveles inferiores de consumo de tabaco en la evaluación basal, una puntuación inferior a 6 en el test de tolerancia de Fagerström y el comienzo del hábito tabáquico en edad más avanzada.

En otro estudio¹⁰ se ha evaluado la eficacia de una pauta terapéutica con bupropión durante 19 semanas, con o sin una terapia de tipo cognoscitivo-conductual. En este estudio, las cifras de abstinencia continua al final del período de tratamiento fueron de:

- Terapia cognoscitivo-conductual: 38%
- Bupropión 300 mg/día (7 semanas) + bupropión 150 mg/día (12 semanas): 54,5%
- Bupropión + terapia de motivación: 67%
- Bupropión + terapia cognoscitivo-conductual: 89%

En este trabajo también se observan con bupropión cifras de abstinencia más elevadas que con las pautas terapéuticas de 7 semanas, y que al asociar bupropión con la terapia cognoscitivo-conductual aumenta sensiblemente su eficacia.

TRATAMIENTO DE LOS FRACASOS TERAPÉUTICOS

Con los datos del estudio de Jorenby DE y cols., Jamerison BD y cols.¹¹ evaluaron la eficacia de la continuación del tratamiento con bupropión, parche de nicotina o ambos, hasta completar las 9 semanas de tratamiento, en el subgrupo de pacientes que todavía fumaban 21 días después del comienzo del tratamiento. El porcentaje de enfermos que todavía fumaban 21 días después del comienzo del tratamiento fue significativamente mayor en el grupo tratado con parches de nicotina (56%) que en el tratado con bupropión (47%) ($p < 0,05$) o con bupropión + parches de nicotina (39%) ($p < 0,01$). Las cifras de abstinencia puntual al final del período de tratamiento y a los 6 meses de seguimiento fueron significativamente superiores en los pacientes tratados con bupropión o con bupropión + nicotina que las de los tratados con placebo o con nicotina solamente. Después de un año de seguimiento, sólo los pacientes tratados con bupropión mostraron cifras de abstinencia puntual significativamente superiores a los tratados con placebo o con nicotina. Estos datos sugieren que los pacientes que comienzan el tratamiento con bupropión, solo o combinado con parches de nicotina, y que fracasan en el abandono del hábito de forma precoz, podrían beneficiarse de la continuación con el tratamiento. De todos modos, la relación de causalidad entre la variable resultado (mayor proporción de abandonos entre los pacientes tratados con bupropión o con bupropión + nicotina) y la intervención no es estrecha debido a que no se ha sometido a una asignación aleatoria a los pacientes que han fracasado de forma precoz.

Se ha publicado otro estudio¹² que aborda directamente la cuestión de si un tratamiento con bupropión de 12 semanas de duración resultaría eficaz en pacientes ($n = 450$) que previamente habían fracasado en su intento de dejar de

	Abstinencia puntual 6 meses		Abstinencia continua 6 meses	
	Placebo	Bupropión 300	Placebo	Bupropión 300
Gonzales DH	10%	21%	2%	12%
		p<0,002		p<0,001

TABLA II. Tasas de abstinencia con bupropión vs placebo en pacientes considerados como fracaso terapéutico previo. González DH y cols.¹².

fumar con una pauta terapéutica de al menos dos semanas de duración con bupropión. En este estudio, tanto las cifras de abstinencia puntual al final del período de seguimiento (6 meses) como las cifras de abstinencia continua durante las semanas 4^a-7^a del período de tratamiento, las semanas 9^a-12^a del período de tratamiento y al final del período de seguimiento fueron significativamente superiores entre los pacientes tratados con bupropión que en los tratados con placebo. Como es de esperar, estas cifras de abstinencia puntual y continua son inferiores a las obtenidas en los pacientes motivados, probablemente como consecuencia del antecedente del fracaso (Tabla II).

Al realizar un análisis de subgrupos, se ha observado que las cifras de abstinencia continua en la 7^a semana han sido superiores entre los varones, entre los pacientes de ≥ 45 años de edad, entre los pacientes cuyo uso previo de bupropión fue mayor de 7 semanas y entre los pacientes que no fumaron durante más de 28 días durante el uso previo de bupropión. Estos datos apoyan la hipótesis de que existe una relación directa entre duración más prolongada de los intentos previos y éxito de los intentos futuros.

Se ha publicado otro estudio con un diseño similar al de Gonzales DH y cols.¹³. Sus resultados confirman que el tratamiento durante 12 semanas con bupropión es significativamente mejor que con placebo para favorecer la abstinencia a lo largo del período de tratamiento en fumadores (n = 284) que habían experimentado previamente un fracaso terapéutico con bupropión tomado durante al menos 2 semanas (Tabla III).

Las cifras de abstinencia continua que se observan en este estudio son muy similares a las del estudio de Gonzales DH y cols.

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

Mc Robbie y cols.¹⁴ publican un estudio que valora la eficacia y la tolerabilidad de una pauta terapéutica de bupropión 300 mg/día de 7 semanas de duración en fumadores

	Abstinencia continua (fase tratamiento)	
	Semanas 4 ^a -7 ^a	Semanas 4 ^a -12 ^a
Placebo	13%	8%
Bupropión	29%	26%
	p = 0,002	p < 0,001

TABLA III. Tasas de abstinencia con burpoción vs placebo en pacientes considerados como fracaso terapéutico previo. Selby P. y cols.¹³.

(n = 629) con patología cardiovascular motivados para dejar de fumar. La prevalencia continua entre las semanas 4^a y 7^a de la fase de tratamiento fue del 43% en los pacientes tratados con bupropión y del 19% en los pacientes tratados con placebo (p < 0,001), y entre las semanas 4^a y 52^a fue del 22 y 9% respectivamente (p < 0,001).

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON EPOC

El único estudio publicado con un grupo control es el de Tashkin DP y cols.¹⁵, que evaluaron la eficacia de un tratamiento de 12 semanas de duración con 300 mg/día de bupropión comparado con placebo, con un período de seguimiento de 6 meses, en fumadores (n = 404) motivados que padecían EPOC en estadios I o II. Las cifras de abstinencia puntual de los enfermos tratados con bupropión fueron significativamente mayores que las de los enfermos tratados con placebo al final del período de tratamiento (bupropión: 29%, placebo: 17%; p = 0,002), pero no al final del período de seguimiento (bupropión: 23%, placebo: 16%; p = 0,07). Las cifras de abstinencia continua en los pacientes tratados con bupropión fueron significativamente mayores que las de los tratados con placebo en todas las evaluaciones del estudio. La edad, los años de duración del hábito tabáquico y la asignación al grupo de tratamiento activo fueron los factores que aumentaban la probabilidad de abstinencia continua durante las semanas 4^a a 7^a.

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Se ha postulado que los pacientes con antecedentes de depresión mayor o alcoholismo padecen una dependencia más intensa a la nicotina y presentan cifras más elevadas de fracasos terapéuticos. Hayford KE y cols.¹⁶ utilizaron los datos del estudio de Hurt R y cols. para evaluar la eficacia de diferentes dosis de bupropión (100, 150 y 300 mg/día) en pacientes con antecedentes de depresión mayor

Tratamiento tabaco	Tratamiento antipsic.	N	Abstinencia (%)	Tratamiento tabaco	Tratamiento antipsic.	N	Abstinencia (%)
Placebo	Típico	6	0%	Bupropión	Típico	4	25%
	Atípico	8	25%		Atípico	7	71,4%

TABLA IV. Tasas de abstinencia con bupropión vs placebo asociados a tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia.

	Insomnio	Sequedad boca	Retiradas por EAs
Jorenby DE et al. N Engl J Med 1999			
Placebo	19,5%	4,4%	3,8%
Nicotina	30%	4,1%	6,6%
Bupropión	42,4%	10,7%	11,9%
Nicotina + bupropión	47%	9%	11,4%
Hurt RD et al. N Engl J Med 1997			
Placebo	20,9%	4,6%	5%
Bupropión 100	30,1%	7,2%	6%
Bupropión 150	29,4%	13,1%	5%
Bupropión 300	34,6%	12,8%	8%
Tashkin DP et al. Lancet 2001			
Placebo	12%	5%	6,5%
Bupropión 300	24%	6%	6,8%
Gonzales DH et al. Clin Pharmacol Ther 2001			
Placebo	11%	9%	5%
Bupropión 300	24%	13%	8%
Hays JT et al. Ann Intern Med 2001			
Placebo	7,4%	0%	7,9%
Bupropión 300	10,3%	0,9%	11,2%

TABLA V. Porcentaje de pacientes que han padecido efectos secundarios.

o de alcoholismo. Se observó un efecto dosis-dependiente significativo de bupropión sobre los índices de abstinencia en los pacientes con antecedentes de depresión mayor y en los pacientes sin antecedentes de depresión ni alcoholismo. Los tamaños de muestra de los pacientes con antecedentes de alcoholismo o de depresión + alcoholismo fueron demasiado reducidos para poder evaluar el efecto de la dosis de bupropión. No se observó asociación entre el tipo de antecedente psiquiátrico y las cifras de abstinencia tras ajustar por la dosis, por lo que la existencia de un antecedente de depresión o de alcoholismo no supuso una eficacia menor de bupropión para lograr la abstinencia del tabaco. Los pacientes en los cuales los síntomas depresivos aumentaron tras dos semanas de abstinencia tuvieron mayor probabilidad de fracaso terapéutico al final de la fase de tratamiento pero no 1 año después. Sin embargo, un incremento en los síntomas depresivos al final de la fase de tratamiento (semana 7ª) respecto de la medición basal no predijo la abstinencia después de 1 año de seguimiento.

Se ha sugerido que los pacientes que padecen de esquizofrenia suelen ser dependientes de la nicotina porque, debi-

do a una alteración en los sistemas de receptores nicotínicos del sistema nervioso central, la nicotina puede aliviar sus déficits cognoscitivos, los síntomas negativos y los efectos secundarios de la medicación. En un estudio llevado a cabo en 25 pacientes esquizofrénicos adictos a la nicotina¹⁷, un tratamiento de 10 semanas de duración con bupropión 300 mg/día fue significativamente más eficaz que placebo para lograr la abstinencia al final del período de tratamiento (bupropión: 50%, placebo: 15,4%; $p < 0,01$). Además, los autores observaron que cuando bupropión o placebo se asociaron a un tratamiento antipsicótico atípico las cifras de abstinencia fueron mayores que cuando el tratamiento antipsicótico fue típico (Tabla IV).

También se ha estudiado la eficacia de añadir 150 mg/día de bupropión a una terapia cognoscitivo-conductual durante 3 meses de tratamiento en pacientes ($n = 19$) que padecen esquizofrenia¹⁸. Los pacientes tratados con bupropión lograron unas cifras de abstinencia superiores a las de los pacientes tratados con placebo, tanto al final del período de tratamiento (bupropión: 66%, placebo: 11%) como después de 6 meses de seguimiento (bupropión: 11%, placebo: 0%).

EFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios más frecuentes en los pacientes que han recibido tratamiento con bupropión han sido el insomnio y la sequedad de boca. En la Tabla V, que resume el porcentaje de pacientes que han padecido estos efectos secundarios, se puede apreciar que bupropión (300 mg/día) ha producido insomnio entre 1,39 y 2,18 veces más que placebo, mientras que esta relación para la sequedad de boca oscila entre 1,2 y 2,78. Es decir, aproximadamente el doble de los pacientes que son tratados con bupropión (300 mg/día) experimentan efectos secundarios respecto a los pacientes que reciben placebo, siendo la mayoría de los efectos secundarios de escasa relevancia.

CONCLUSIONES

El tabaco es una causa conocida de cáncer, cardiopatía, enfermedad cerebrovascular, complicaciones del embarazo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El tabaquismo es una verdadera drogodependencia que, como tal, justifica una intervención clínica. Se trata de una enfermedad crónica y recidivante, y tan solo el 10% de los pacientes que intentan dejarlo permanecen abstinentes al cabo de un año. Además de las terapias de asesoramiento, también son eficaces los tratamientos farmacológicos, especialmente bupropión y las terapias sustitutivas con nicotina.

Bupropión es un inhibidor de la recaptación neuronal de catecolaminas, que produce un aumento de la concentración de noradrenalina, dando lugar a una reducción de los síntomas de ansiedad e impaciencia, y un aumento de la concentración de dopamina, lo que activaría los sistemas de recompensa y reduciría la necesidad de nicotina.

La eficacia de bupropión en ensayos clínicos en fumadores sanos con pautas de tratamiento de 7 a 9 semanas de duración ha duplicado aproximadamente a la de placebo. En pautas de tratamiento más prolongadas, de hasta un año de duración, se observa que bupropión es más eficaz que placebo hasta 6 meses después de haber interrumpido el tratamiento, pero a partir de entonces la diferencia se atenúa. También bupropión se ha mostrado notablemente más eficaz que placebo cuando se utiliza como retratamiento tras un fracaso terapéutico previo –en algunos casos hasta 3 a 6 veces más eficaz que placebo–. En pacientes con patología cardiovascular, bupropión ha sido 2,5 veces más eficaz que placebo al año de seguimiento con una pauta terapéutica de 7 semanas de duración. En fumadores que padecían de EPOC tratados con bupropión o placebo durante 3 meses, la eficacia de bupropión no ha llegado a duplicar

a la de placebo a los 6 meses de seguimiento. Los datos en pacientes con esquizofrenia son escasos, pero también hablan a favor de una ventaja significativa de bupropión.

La tolerancia al bupropión en los ensayos clínicos ha sido buena. Los efectos secundarios que se han presentado con mayor frecuencia que con placebo han sido el insomnio y la sequedad de boca, pero en la mayor parte de los casos han sido de intensidad leve e insuficiente para suspender el tratamiento.

Recientemente, el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), prestigiosa institución dependiente del Sistema Nacional de Salud británico, ha emitido un informe en el que, después de analizar la efectividad y el coste-efectividad de bupropión, recomienda a los profesionales sanitarios el uso de los tratamientos farmacológicos disponibles, entre ellos bupropión, para lograr la deshabituación tabáquica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fettig ZM, Mansvelder HD, McGehee DS. Bupropion blocks nicotine-induced excitation of brain reward areas. *Soc Neurosci Abstr* 2001; 27: 985.
2. Lerman C, Roth D, Audrain J, Niaura R, Epstein L. Mediating mechanisms of bupropion effects on smoking cessation. *3rd Soc Res Nic Tob Eur Conf* 2001; 50.
3. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Eng J Med* 1997; 337: 1195-202.
4. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Eng J Med* 1999; 340: 685-91.
5. Zellweger JP, Blaziene A, Astbury C, Hider A. Bupropion hydrochloride sustained release is an effective and well tolerated aid to smoking cessation in a healthcare professionals population - A multicountry study. *Eur Respir J* 2001; 18 (Suppl. 33): 166s.
6. Tonstad S, Aaserud E, Hjalmarsen A. Zyban is an effective and well tolerated aid to smoking cessation in a general smoking population - A multicountry study. *3rd Soc Res Nic Tob Eur Conf* 2001; 46.
7. Hatsukami D, Rennard S, Malcolm RA. Multicentre study examining the effects of Zyban (bupropion HCL SR) vs placebo as an aid to smoking reduction leading to cessation among smokers unwilling and unable to quit smoking. *3rd Soc Res Nic Tob Eur Conf* 2001; 53.
8. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. *Ann Intern Med* 2001; 135: 423-33.
9. Hurt RD, Wolter TD, Rigotti N. Bupropion for pharmacologic relapse prevention to smoking: Predictors of outcome. *3rd Soc Res Nic Tob Eur Conf* 2001; 49.

10. Gratziou C, Francis K, Maragianni A. Bupropion treatment and cognitive behavioural therapy in a smoking cessation program. *Eur Respir J* 2001; 18 (Suppl. 33): 12s.
11. Jamerson BD, Nides M, Jorenby DE. Late-term smoking cessation despite initial failure: An evaluation of bupropion sustained release, nicotine patch, combination therapy and placebo. *Clin Ther* 2001; 23: 744-52.
12. Gonzales DH, Nides MA, Ferry LH. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: A randomized placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* 2001; 69: 438-44.
13. Selby P, Brosky G, Baker R. Zyban is effective in the retreatment of relapsed adult smokers. 3rd Soc Res Nic Tob Eur Conf 2001; 43.
14. Mc Robbie H, Aaserud E, Lefrandt JD. Zyban is an effective and well tolerated aid to smoking cessation in smokers with cardiovascular disease - An international study. 3rd Soc Res Nic Tob Eur Conf 2001; 45.
15. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1571-5.
16. Hayford KE, Patten CA, Rummans TA. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *Br J Psych* 1999; 174: 173-8.
17. Head CA, Vessicchio JC, Sahady DM. Bupropion versus placebo for smoking cessation in schizophrenia: Effects of atypical antipsychotic drugs. 7th Annual Meeting (SRNT) 2001; 54 (P0204).
18. Evins AE, Mays VK, Rigotti NA. A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioural therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicot Tob Res* 2001; 3: 397-403.

Factores determinantes de la exposición al humo de tabaco ambiental en niños en el medio familiar

D. Jurado, C. Muñoz

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

La exposición pasiva al humo de tabaco ambiental (ETS por sus siglas en inglés de *Environmental Tobacco Smoke*) o *humo de segunda mano* en el medio familiar es un problema de salud pública extendido por todo el mundo, que en nuestro país puede estar afectando al 45-75% de niños y adolescentes¹⁻⁶.

La exposición al humo ambiental de tabaco en el niño comienza en la etapa *in utero*, procedente del consumo de tabaco de la madre fumadora durante el embarazo y de la exposición pasiva de la madre (no fumadora y fumadora) al humo de tabaco exhalado por el padre y otros fumadores (del medio familiar, laboral o social). Posteriormente, en la etapa postnatal, la principal fuente de exposición al humo ambiental de tabaco en niños es el hábito tabáquico de sus padres⁷⁻¹⁶. Otros miembros de la familia fumadores, así como los cuidadores, son también fuentes de exposición^{9-12,15,17}. Fuera del ambiente familiar, diferentes lugares de la comunidad como cafeterías, restaurantes donde aún no se ha establecido la norma de no fumar, son otra fuente de exposición^{9,10,13}.

Para determinar el nivel de exposición, se utilizan cuestionarios dirigidos a padres que contienen preguntas para identificar el hábito tabáquico de padres y familiares fumadores. Como los cuestionarios son insuficientes para hacer una valoración completa del nivel de exposición^{12,17}, en los últimos años, la exposición se mide a través de marcadores bioquímicos, siendo el más empleado la *cotina*, el

principal metabolito de la nicotina, por su alta sensibilidad y especificidad^{7-16,18}.

FACTORES DETERMINANTES DE LA EXPOSICIÓN

El nivel de exposición al humo de tabaco ambiental en el niño, medido por cuestionarios y por la presencia de cotinina en diferentes fluidos orgánicos, está determinado por diferentes factores (Tabla I).

Conducta de fumar de los padres, otros familiares y cuidadores

Como ya se ha mencionado, el hábito tabáquico de los padres es la fuente más importante de exposición pasiva en niños⁷⁻¹⁶ aunque otros miembros de la familia, cuidadores de los niños, y personas que visitan a la familia, también contribuyen al nivel de exposición en el ámbito familiar^{9-12,15,17}.

Número de fumadores en la familia. Las concentraciones de cotinina en niños se incrementan proporcionalmente con el número de padres fumadores^{9,11,16} y el número total de fumadores que hay en la vivienda^{12,13,15,19}.

Prácticas adoptadas en casa. Las prácticas que los padres y familiares adoptan en casa determinan el nivel de exposición. Cuando los padres no fuman en presencia de sus hijos se reducen considerablemente los niveles de cotinina en los niños^{8,11} y aumentan progresivamente cuando fuman en su presencia, en la misma habitación, ya sea de forma ocasional, frecuente, o a diario^{11,16}. Además, se ha descrito una relación directa entre las concentraciones de cotinina en niños, el número total de cigarrillos fumados a diario por el padre, la madre o ambos, en el interior de la vivienda^{8,11,16}, y el número de cigarrillos fumados a dia-

Correspondencia: Dolores Jurado. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Avda. Madrid, 11. 18012 Granada.

Recibido: 15 de julio de 2002. Aceptado: 21 de octubre de 2002 [Prev Tab 2002; 4(4): 191-194]

<p>Conducta de fumar de los padres, familiares y otros fumadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de fumadores en la familia (padres y otros) Prácticas adoptadas en casa <ul style="list-style-type: none"> Fumar en presencia de los hijos Número de cigarrillos fumados/día por los padres en casa Número de cigarrillos fumados/día por toda la familia en casa Días de la semana de mayor consumo <p>Factores demográficos y socioeconómicos del grupo familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad del niño Género del niño Nivel de estudios de los padres Clase social Situación laboral de los padres Renta de la vivienda Índice de ocupación Características de la vivienda <ul style="list-style-type: none"> Superficie Número de habitaciones Calefacción Jardín <p>Otros factores</p> <ul style="list-style-type: none"> Estación del año Factores geográficos Alimentos
--

TABLA I. Factores determinantes de la exposición.

rio en el interior de la vivienda por todo el grupo familiar^{15,16,19}.

Días de la semana de mayor consumo. Diferentes estudios^{8-10,12,16} han encontrado una relación entre los niveles de cotinina en niños y el día de la semana en que se toma una muestra de orina o de saliva en el niño para medir la cotinina. Las concentraciones de cotinina en orina o saliva de niños son significativamente más elevadas los días posteriores y más próximos al fin de semana como el lunes^{8-10,12} o el martes¹⁶, que los demás días de la semana.

Encontrar niveles de cotinina elevados hasta dos días después del fin de semana es una prueba objetiva de la exposición pasiva al tabaco a la que han estado sometidos los niños durante el fin de semana en el entorno familiar. Nosotros hemos encontrado que el sábado ha sido el día de la semana que más han fumado los padres y las madres.⁶ Además, que los niveles de cotinina sean más elevados el lunes o el martes se puede interpretar porque los fines de semana los niños pasan más tiempo con sus padres que el resto de los días de la semana en los que el niño está más tiempo en ambientes menos contaminados de tabaco, como es el colegio^{9,10,12}.

Factores demográficos y socioeconómicos del grupo familiar

Edad del niño. Diferentes estudios han demostrado una asociación inversa entre la edad del niño y los niveles de cotinina^{8,11,15}, con un descenso significativo de las concentraciones de cotinina en orina o saliva del niño a medida que aumenta la edad. Algunos autores¹¹ interpretan que el efecto de la edad en el grado de exposición pasiva al tabaco puede ser debido al mayor tiempo que pasan los niños pequeños con la madre en casa respecto a los de más edad. Otros estudios no han observado el efecto de la edad en los niveles de cotinina en niños^{9,10,16}.

Género del niño. Algunos estudios han observado que las niñas tienen niveles de cotinina significativamente más elevados que los niños^{8,9,12,13}, posiblemente debido a que las niñas pasan más tiempo con sus madres que los niños⁹. Sin embargo, este efecto no ha sido observado en otros estudios^{10,11,16}.

Nivel de estudios de los padres. Se ha descrito una asociación inversa entre el nivel de estudios de los padres y la exposición pasiva al tabaco, de forma que hay un incremento significativo de la cotinina en niños a medida que el nivel de estudios de los padres es menor^{8,10-13,16,19}.

Clase social. De forma similar al nivel de estudios de los padres, diferentes estudios^{9,10,12} han observado una relación inversa entre la clase social de la familia (definida por el trabajo del cabeza de familia) y los niveles de cotinina en niños; los niños de familias de clases sociales IV y V (los padres tienen trabajos manuales cualificados, semicualificados y no cualificados) tienen unos niveles más elevados de cotinina que los niños de clase social I (los padres ocupan cargos directivos o tienen profesiones asociadas a titulaciones universitarias).

Situación laboral de los padres. Algunos estudios han observado que los hijos de desempleados presentan unas concentraciones de cotinina en saliva más elevadas que los hijos de trabajadores manuales/no manuales^{10,11}.

Renta de la vivienda. Se ha descrito que los niños cuyos padres tienen la vivienda en régimen de alquiler tienen los niveles de cotinina más elevados respecto a los niños cuyos padres no tienen esta situación^{11,12}.

Índice de ocupación. El índice de ocupación de la vivienda, medido por el número de personas/número de habitaciones¹², determina el grado de exposición. Los niños que viven en casas con un índice de ocupación menor de uno presentan unos niveles de cotinina significativamente más elevados que aquellos que viven en casas con un índice de ocupación igual o mayor de uno^{10-12,16}.

Características de la vivienda. La nicotina a la que están expuestos los niños procede no sólo de una exposición direc-

ta al humo ambiental de tabaco exhalado por el fumador, sino que también se encuentra en el ambiente donde se ha fumado en el pasado, permaneciendo en el aire, y en superficies como paredes y alfombras de las habitaciones, e incluso, probablemente, también se emita desde la ropa de los fumadores¹⁸. Además, ciertas características de la vivienda como la superficie, el número de habitaciones, el tipo de calefacción y tener o no jardín, influyen en que haya un mayor o menor grado de ventilación y determinan el grado de exposición pasiva al tabaco en niños en el ámbito familiar.

Superficie de la vivienda. La superficie de la vivienda ha sido descrita por Henschen y cols.²⁰ como un factor modificador de la dosis interna de cotinina en niños, con un incremento significativo en los que viven en casas con una superficie inferior a 80 m². Bakoula y cols.⁸ han observado que la cotinina en niños decrece un nueve por ciento a medida que la superficie se incrementa en 20 m².

Número de habitaciones. Los niños que viven en casas con tres o más habitaciones tienen unos niveles de cotinina más bajos que los que viven en casas con menos de tres habitaciones.¹⁰ Otros estudios que analizan este factor no han observado esta asociación¹³.

Calefacción. Bakoula y cols.⁸ y Jordaan y cols.¹³ han estudiado el efecto de la calefacción de la vivienda en el grado de exposición pasiva al tabaco en los niños. Jordaan y cols.¹³ encontraron que los niños que viven en casas con calefacción tienen unos niveles de cotinina significativamente más elevados que los que viven en casas sin calefacción. Bakoula y cols.⁸ observaron que cuando la calefacción es central, los niveles de cotinina en niños son significativamente inferiores respecto a aquellos que viven en casas con calefacción no central, actuando este factor como predictor de la cotinina.

Jardín. Tener un jardín en casa está asociado con niveles bajos de cotinina en los niños, indicando por tanto una menor exposición al tabaco que puede explicarse porque los niños con jardín pasan menos tiempo en el interior de la vivienda o bien porque los padres fuman en el jardín¹¹.

Otros factores

Estación del año. Según el estudio realizado por Jarvis y cols.¹² el grado de exposición al humo ambiental de tabaco depende de la estación del año. Los niveles de cotinina en niños son más elevados en enero-marzo que en abril-junio. Esta relación puede ser debida a un mayor tiempo de vida familiar en el interior de la vivienda durante los meses de invierno que en los de primavera, época en la que se suele hacer más vida al aire libre.

Factores geográficos. Dos estudios^{9,13} han observado una relación directa entre la prevalencia de tabaquismo de una comunidad y los niveles de cotinina en niños. En el estudio de Cook y cols.⁹ realizado en diferentes ciudades de Inglaterra y Gales se pudo observar esta relación en niños no expuestos en el medio familiar. En el estudio realizado por Jordaan y cols.¹³ en Ciudad del Cabo, el efecto de la prevalencia de tabaquismo en la comunidad en los niveles de cotinina en niños fue independiente de la exposición en el medio familiar.

Alimentos. Como se ha analizado anteriormente, los padres fumadores, familiares, cuidadores, los que visitan a la familia y los fumadores de la comunidad son la principal fuente de exposición al humo de tabaco ambiental en niños. Además, algunos alimentos (tomates, patatas, coliflor y té negro) contienen pequeñas cantidades de nicotina, aunque sería necesario ingerir una gran cantidad/día de estos alimentos para que se alcanzaran en el organismo unos niveles de cotinina provenientes de estos alimentos, que pudieran interferir en la medida de cotinina procedente de la exposición al tabaco^{9,18}.

PREVENCIÓN DE LA EXPOSICIÓN

Para reducir la exposición pasiva a tabaco en niños, es fundamental la educación sanitaria en los padres fumadores. Las visitas pediátricas en el centro de salud o en el hospital son una excelente oportunidad para educar a los padres. Diferentes estudios han demostrado la eficacia del consejo sanitario en padres para que dejen de fumar o disminuyan el consumo de tabaco en presencia de sus hijos²¹⁻²³, aunque en otros estudios esta intervención ha resultado ineficaz²³⁻²⁵. En las intervenciones educativas se debe aconsejar a los padres sobre la importancia de la ausencia o reducción de la exposición en los hijos, poniendo en práctica unas normas simples y fáciles como no fumar en el interior de la casa o reducir el número de cigarrillos fumados, no fumar enfrente de los hijos, no fumar en las habitaciones más frecuentadas como el cuarto de estar, y aumentar la ventilación en las casas^{26,27}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Callén Blecua M, González Pérez-Yarza E, Garmendia Iglesias A, Mintegui Aranburu J, Emparanza Knorr JI. Efecto del tabaquismo pasivo sobre la función pulmonar del niño asmático. *An Esp Pediatr* 1997; 47: 383-8.
2. Galve Royo F, García Vera C, Rubio Sevillano FJ, Peñascal Pujol E, Jiménez Hereza JM, Martínez Burgui JA. Tabaquismo pasivo y otros factores de riesgo en las afecciones respira-

- torias de vías bajas en los lactantes. *Aten Primaria* 1998; 22: 106-13.
3. Altet Gómez MN, Pascual Sánchez MT y Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo en la Infancia. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 168-77.
 4. Fuertes Fernández-Espinar J, Meriz Rubio J, Pardos Martínez C, López Cortés V, Ricarte Díez JI, González Pérez-Yarza E. Prevalencia actual de asma, alergia e hiperrespuesta bronquial en niños de 6-8 años. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 18-26.
 5. Cruz Amorós E, Tuells Hernández JV, Monferrer Fábrega R y grupo SEDET. Educación sanitaria como instrumento útil en la disminución del consumo de tabaco en los adolescentes. *Prev Tab* 2001; 3: 5-12.
 6. Muñoz C, Jurado D, Luna JD. Exposición al humo de tabaco ambiental en niños en el medio familiar: creencias, actitudes y prácticas de los padres. *Prev Tab* ("en prensa").
 7. Bahçeciler NN, Barlan IB, Nuhoglu Y, Basaran MM. Parental smoking behavior and the urinary cotinine levels of asthmatic children. *J Asthma* 1999; 36: 171-5.
 8. Bakoula CG, Kafritsa YJ, Kavadias GD, Haley NJ, Matsaniotis NS. Factors modifying exposure to environmental tobacco smoke in children (Athens, Greece). *Cancer Cause Control* 1997; 8: 73-6.
 9. Cook GC, Wincup PH, Jarvis MJ, Strachan DP, Papacosta O, Bryant A. Passive exposure to tobacco smoke in children aged 5-7 years: individual, family, and community factors. *Brit Med J* 1994; 308: 384-9.
 10. Dell'Orco V, Forastiere F, Agabiti N, Corbo GM, Pistelli R, Pacifici R et al. Household and community determinants of exposure to involuntary smoking: a study of urinary cotinine in children and adolescents. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 419-27.
 11. Irvine L, Crombie IK, Clark RA, Slane PW, Goodman KE, Feyerabend C et al. What determines level of passive smoking in children with asthma? *Thorax* 1997; 52: 766-9.
 12. Jarvis MJ, Strachan DP, Feyerabend C. Determinants of passive smoking in children in Edinburgh, Scotland. *Am J Public Health* 1992; 82: 1225-9.
 13. Jordaan ER, Ehrlich RI, Potter P. Environmental tobacco smoke exposure in children: household and community determinants. *Arch Environ Health* 1999; 54: 319-27.
 14. Oddo C, Dubus JC, Badier M, Thirion X, Pauli AM, Pastor J et al. Urinary Cotinine and exposure to parental smoking in a population of children with asthma. *Clin Chem* 1999; 45: 505-9.
 15. Preston AM, Ramos LJ, Calderon C, Sahai H. Exposure of Puerto Rican children to environmental tobacco smoke. *Prev Med* 1997; 26: 1-7.
 16. Jurado D, Muñoz C, Luna JD, Fernández-Crehuet M. Environmental tobacco smoke in children: parental perception of smoking at home and other predictors of urinary cotinine in children. *Prev Med* ("en prensa").
 17. Ownby DR, Johnson CC, Peterson EL. Passive cigarette smoke exposure of infants: importance of nonparental sources. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 1237-41.
 18. Benowitz NL. Cotinine as a biomarker of environmental tobacco smoke exposure. *Epidemiol Rev* 1996; 18: 188-204.
 19. Winkelstein ML, Tarzian A, Wood RA. Parental smoking behavior and passive smoke exposure in children with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997; 78: 419-23.
 20. Henschel M, Frischer T, Pracht T, Spiekertkotter E, Karmaus W, Meinert R et al. The internal dose of passive smoking at home depends on the size of the dwelling. *Environ Res* 1997; 72: 65-71.
 21. Ashley MJ, Cohen J, Ferrence R, Bull S, Bondy S, Poland B et al. Smoking in the home: changing attitudes and current practices. *Am J Public Health* 1998; 88: 797-800.
 22. Greenberg RA, Strecher VJ, Bauman KE, Boat BW, Fowler MG, Keyes LL et al. Evaluation of a home-based intervention program to reduce infant passive smoking and lower respiratory illness. *J Behav Med* 1994; 17: 273-90.
 23. Wahlgren DR, Hovell MF, Meltzer SB, Hofstetter CR, Zakarian JM. Reduction of environmental tobacco smoke exposure in asthmatic children. A 2-year follow-up. *Chest* 1997; 111: 81-8.
 24. Hovell MF, Zakarian JM, Wahlgren DR, Matt GE. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke: the empirical evidence and directions for future research *Tob Control* 2000; 9: 40-7.
 25. Irvine L, Crombie IK, Clark RA, Slane PW, Feyerabend C, Goodman KE et al. Advising parents of asthmatic children on passive smoking: randomized controlled trial. *Brit Med J* 1999; 318: 1456-9.
 26. Emmons KM, Wong M, Hammond SK, Velicer WF, Fava JL, Monroe AD et al. Intervention and policy issues related to children's exposure to environmental tobacco smoke. *Prev Med* 2001; 32: 321-31.
 27. Altet Gómez MN. Abordaje del tratamiento del tabaquismo mediante intervención mínima por neumólogos-pediatras. *Prev Tab* 2002; 4 (supl 1): S1-S6.

Vaccines for the treatment of tobacco dependence

K. Olov Fagerstrom

Smokers Information Centre and Fagerström Consulting, Helsingborg, Sweden

Vaccination was first suggested as a strategy for treating drug dependence more than 25 years ago¹. The term vaccine is accurate but perhaps misleading, as it suggests the complete and insurmountable protection given by many vaccines for infectious conditions. In the setting of drug addictions vaccines are intended to elicit the production of antibodies which will bind the drug, in this case nicotine, and alter its pharmacokinetics in a manner that is therapeutically helpful. The major aim is to reduce the extent or rate of drug distribution to the brain.

The potential application of vaccination to tobacco dependence is of particular interest because other currently available medications are not as one would wish.

Nicotine itself is a small molecule that is not immunogenic. Therefore vaccines consist of nicotine attached to a foreign antigenic protein by a short linker.

Vaccines against nicotine elicit the production of nicotine-specific antibodies which can bind nicotine with a high affinity and keep it in serum and extracellular fluid. The antibodies are, in principle, too large to cross the blood-brain barrier so that administered nicotine which becomes bound to antibody is also to a large extent excluded from the brain.

Immunization against nicotine and its effects could theoretically be used in several ways. The most natural use that comes to mind when the term vaccine is used is maybe primary prevention. However if the society will accept vaccination of adolescents that has not began to smoke remains to be seen. Some concerns here are that a) parents would need to give consent, b) the safety and efficacy would

need to be very strong and c) a depot for long action protection would be preferable.

Another and more realistic use is as a treatment for relapse prevention. Most smokers can stop smoking for some time but the great majority starts again. However if lapses were to result in no or little reinforcement from the nicotine further lapses would be more unlikely. A third use is simply as a treatment for reaching abstinence. It is thought that during some weeks after vaccination antibodies build up to a level where smoking has no or little pharmacological effect of nicotine any longer. During the time it would take for titres of antibodies to build up the central nervous system is given time to readapt, e.g. down regulate the nicotine receptors since less nicotine is reaching the brain. Thus the dependence should be lower and it should be easier to stop smoking entirely.

The optimism around the immunisation concept comes from interesting findings from animal experimentation. De Villiers et al report that vaccination of rats reduces the nicotine-induced release of dopamine from the nucleus accumbens, a neurochemical event that is thought to be a key mediator of nicotine dependence². Passive immunisation of rats (infusion of nicotine-specific antibodies produced in rabbits) reduces the pressor effect and the increase in locomotor activity resulting from a single dose of nicotine³. Passive immunisation of rats also reduces the ability of rats to distinguish a single dose of nicotine from a dose of saline, and the ability of nicotine to relieve signs of nicotine abstinence following withdrawal from nicotine in nicotine dependent rats^{4,5}. These findings suggest a potential role for vaccination in the prevention of relapse.

Vaccination of rats has been found to reduce the ability of a priming dose of nicotine to reinstate nicotine-seeking behaviour⁶. Vaccination of rats also slows nicotine elimination 3 to 6-fold by making it less available for hepatic metabolism⁷. Slowed nicotine metabolism could possibly be useful

Correspondencia: Karl Olov Fagerstrom Ph.D. Smokers Information Centre and Fagerstrom Consulting, Berga Alle 1, S-25452 Helsingborg, Sweden. Karl.fagerstrom@swipnet.se

Recibido: 1 de julio de 2002. *Aceptado:* 30 de julio de 2002
[Prev Tab 2002; 4(4): 195-196]

clinically to reduce smoking as a harm reduction measure, or as a transitional goal toward cessation. As can be expected, when using the immune system, the specificity is very high. Data available indicate that vaccines bind nothing but nicotine and nor-nicotine and possibly some of its metabolites⁸.

Recently the first human study was reported at a congress in Spain. After one injection given to ten young healthy subjects, antibody titres were detectable at day 7 and continued to raise up to day 63. Local untoward reactions were common but as with most injected vaccines they were mild to moderate and no other serious adverse effects were seen⁸. Also a phase I safety study in 34 abstaining cocaine users demonstrated that a cocaine vaccine was well tolerated with only mild and short lived adverse reactions. Antibodies in this study were well maintained for up to 2 months after last vaccination but fell and were back to baseline at one year⁹. The vaccines could possibly have fewer side effects than other non-nicotinic treatments for smoking cessation since antibodies in principle do not act on the central nervous system.

Thus it seems as immunization against nicotine is a promising new technique that in some future can give clinicians a new tool for helping people give up, not restart and perhaps newer start smoking.

REFERENCES

1. Bonese KF, Wainer BH, Fitch FW. Changes in heroin self-administration by a rhesus monkey after morphine immunization. *Nature* 1974; 252: 708-10.
2. de Villers S, Lindblom N, Kalanyanov G et al. Active immunization against nicotine-induced dopamine release in the rat nucleus accumbens shell. *Respiration* 2002; 69: 247-53.
3. Pentel PR, Malin DH, Ennifar S et al. A nicotine conjugate vaccine reduces nicotine distribution to brain and attenuates its behavioral and cardiovascular effects in rats. *Pharmacol Biochem Behav* 2000; 65 (1): 191-8.
4. Malin DH, Alvarado CL, Woodhouse KS et al. Passive immunization against nicotine attenuates nicotine discrimination. *Life Sciences* 2002; 70 (23): 2793-8.
5. Malin DH, Lake JR, Lin A, Saldana M, Balch L, Irvin ML et al. Passive immunization against nicotine prevents nicotine alleviation of nicotine abstinence syndrome. *Pharmacol Biochem Behav* 2001; 68 (1): 87-92.
6. Lindblom N, de Villers S, Kalaynov G. Active immunization against nicotine prevents reinstatement of nicotine-seeking behaviour in rats. *Respiration* 2002; 69: 254-60.
7. Keyler DE, Hieda Y, St. Peter J, Pentel PR. Altered disposition of repeated nicotine doses in rats immunized against nicotine. *Nicotine and Tobacco Research* 1999; 1: 241-9.
8. Hieda Y, Keyler DE, Vandevort JT, Kane JK, Ross CA, Raphael DE et al. Active immunization alters the plasma nicotine concentration in rats. *J Pharmacol Exp Ther* 1997; 283 (3): 1076-81.
9. Lindmayer K, Horwith G, Fattom A et al. Results of a phase I, double-blind, placebo controlled safety and immunogenicity trial of NicVax, a conjugated nicotine vaccine. Poster at 4th. Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, Santander, Spain, 2002.
10. Carrera MRA, Ashley JA, Wisching P. A second generation vaccine protects against the psychoactive effects of cocaine. *Prev Nat Acad Sci. EE.UU.*, 2001; 98: 1988-92.

Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review

C.M. Fichtenberg, S.A. Glantz

British Medical Journal 2002;325:188-91

Efecto de la restricción del consumo de tabaco en los lugares de trabajo sobre el hábito tabáquico: revisión sistemática

RESUMEN

Objetivo: Cuantificar los efectos obtenidos siguiendo criterios restrictivos de consumo de tabaco en las empresas sobre el hábito tabáquico de los trabajadores y comparar esos efectos con los logrados por medio del incremento de impuestos.

Material y métodos: Revisión sistemática de la literatura que abarca 26 estudios llevados a cabo en Estados Unidos, Australia, Canadá y Alemania. En el ámbito laboral se han comparando los efectos obtenidos por las políticas de ausencia completa de consumo de tabaco con los alcanzados en los centros donde no existen restricciones para el consumo.

Resultados: Los lugares de trabajo totalmente libres de humo han sido asociados a una reducción absoluta en la prevalencia de tabaquismo del 3,8% (intervalo de confianza 95%-IC 95%: 2,8 a 4,7%), y una disminución en los cigarrillos consumidos por día, en las personas que continúan fumando, de 3,1 (IC 95%: 2,4 a 3,8). La combinación de los efectos derivados del descenso en la prevalencia y el consumo de quienes siguen fumando, consigue una reducción media de 1,3 cigarrillos por empleado, lo que corresponde a una disminución total del consumo de cigarrillos del 29%. Se ha podido comprobar que tales efectos beneficiosos se mantienen estables a lo largo del tiempo. Para lograr un descenso similar mediante el aumento de impuestos

estos deberían incrementarse, en cada paquete de tabaco, desde 0,78 euros (€) hasta 3,14 € en Estados Unidos y desde 5,32 € hasta 10,2 € en el Reino Unido.

Si todos los lugares de trabajo llegasen a ser espacios sin humo, el consumo *per capita* de la población global del país podría caer un 4,5% en Estados Unidos y un 7,6% en el Reino Unido.

Conclusión: Eliminar por completo el tabaco de los lugares de trabajo no sólo protege a los no fumadores de los peligros de tabaquismo pasivo, sino que también facilita a los fumadores el abandono o la reducción del hábito.

Comentarios: Para llevar a cabo el presente estudio, los autores han buscado en las revisiones publicadas y las principales bases de datos bibliográficas (Medline, *Science Citation Index*, *Social Sciences Citation Index*, *Current Contents* y *Psychinfo*) los distintos artículos en los que se analizan las consecuencias de la eliminación completa del consumo de tabaco en el medio laboral. Como suele suceder en este tipo de recopilaciones, la metodología de los trabajos evaluados no es la misma, ni tampoco el momento en el que se han llevado a cabo, ya que su publicación ha tenido lugar a lo largo de 14 años (entre 1986 y 1999). Sin embargo, de cara a la validez final de los resultados fundamentales, no parece que se hayan producido sesgos que puedan alterarlos de manera significativa¹. Por otra parte, la procedencia de los estudios de países diferentes facilita la extrapolación de los resultados de los trabajos a otros ámbitos geográficos que poseen un entorno socioeconómico no muy diferente, como pudiera ser el caso de España.

No existen dudas actualmente sobre el efecto nocivo del humo de tabaco ambiental. Basta recordar que se con-

Correspondencia: Dr. Jesús R. Hernández Hernández. Sección de Neumología. Hospital Nuestra Señora de sonsoles. Avda. Juan Carlos I, s/n. 05004 Ávila.

Recibido: 18 de septiembre de 2002. *Aceptado:* 7 de octubre de 2002
[*Prev Tab* 2002; 4(4): 201-202]

sidera responsable de, aproximadamente, 53.000 fallecimientos anuales en Estados Unidos y unos 22.000 en Europa, como consecuencia fundamentalmente de tumores y enfermedades cardiovasculares². De hecho, se acepta que, en los países desarrollados, el tabaquismo pasivo es la tercera causa evitable de muerte tras el tabaquismo activo y el alcoholismo³.

Un tema interesante evaluado en la presente revisión hace referencia a la mayor eficacia de las políticas altamente restrictivas del consumo de tabaco en los centros de trabajo. En los estudios que, realizados sobre población adulta, han comparado los efectos de la restricción completa frente a restricciones parciales, considerando como tales las llevadas a cabo en empresas donde está permitido fumar únicamente en áreas designadas para este fin, se ha comprobado que el efecto sobre la reducción del consumo y prevalencia total del tabaquismo era del doble en los centros con restricción completa⁴⁻⁶.

Para conseguir una disminución del tabaquismo en la población, además de las campañas dirigidas a las personas adultas, es muy importante lograr reducir el porcentaje de adolescentes fumadores, bien evitando el comienzo mediante campañas de prevención, o bien facilitando el abandono en estas edades en las cuales el hábito no está aún excesivamente arraigado. Sabemos que la probabilidad de encontrar a adolescentes fumadores es, en los hogares libres de humo de tabaco, significativamente inferior, un 74% (IC 95%: 62-88%)⁷, a la hallada en los domicilios donde no existen restricciones para el consumo. Pero, además, se ha comprobado que la ausencia total de tabaco en el medio laboral condiciona, también entre los adolescentes, una probabilidad aún menor de encontrar fumadores, 68% (IC 95%: 51-90%)⁷, que en los centros de trabajo donde las restricciones son menores.

La existencia, por tanto, de políticas encaminadas a evitar completamente el tabaquismo en los centros de trabajo, junto al incremento del precio de los cigarrillos (se ha calculado que subir el precio del tabaco un 10% conduce a una disminución del 4% en el empleo *per capita*), podría incidir de una manera significativa en la reducción del consumo global del tabaco. Esto tendría lugar por sus efectos sobre la población fumadora y de una manera especial por el cambio de hábito logrado en el colectivo de los adolescentes.

Queda constancia, por una parte, de la importante morbilidad asociada al tabaquismo pasivo y, por otra, de los beneficios que se pueden alcanzar en los fumadores activos cuando trabajan en centros completamente libres de humos, como consecuencia de la reducción en el consumo del 29%, según indican los autores de la presente revisión. Éstas constituyen, sin duda, dos excelentes razones para que la sociedad, en general, comprenda la necesidad de la existencia y el correcto cumplimiento de las leyes promulgadas con el fin de eliminar el humo de tabaco en los lugares cerrados. Debemos hacer oír nuestra voz al respecto, y a la vez redoblar los esfuerzos para conseguir que los centros sanitarios, que deberían ser lugares emblemáticos como expresión de salud, sean edificios libres de humo. Mientras esto no ocurra, pacientes y profesionales seguiremos respirando el dulce aroma de los carcinógenos del tabaco¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. West R. Banning smoking in the workplace. Smoking bans work: so what is the government going to do about it? (Edit). BMJ 2002; 325: 175-6.
2. Carrión Valero F, Hernández Hernández JR. El tabaquismo pasivo en adultos. Arch Bronconeumol 2002; 38: 137-46.
3. Lesmes GR, Donofrio KH. Passive smoking. The medical and economic issues. Am J Med 1992; 93 (suppl 1A): 38-42.
4. Farelly MC, Evans WN, Sfekas AE. The impact of workplace smoking bans: results from a national survey. Tob Control 1999; 8: 272-7.
5. Glasgow RE, Cummings KM, Hyland A. Relationship of workplace smoking policies to changes in employee tobacco use: findings from COMMIT. Tob Control 1997 (suppl 2): S44-8.
6. Woodruff TJ, Rosbrook B, Pierce J. Lower levels of cigarette consumption found in smoke-free workplaces in California. Arch Intern Med 1993; 153: 1485-93.
7. Farkas AJ, Gilpin EA, White MM. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescence smoking. JAMA 2000; 284: 717-22.

J.R. Hernández Hernández

Sección de Neumología.

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

EL DÍA 30 DE SEPTIEMBRE ENTRÓ EN VIGOR LA NUEVA DIRECTIVA EUROPEA SOBRE TABACO

Antes de un año, las cajetillas deberán incorporar mensajes como “Fumar mata” o “Fumar puede matar”.

El día 30 de septiembre entró en vigor la nueva directiva sobre tabaco que endurece las normas de fabricación, presentación y comercialización de cigarrillos y obligará a insertar la advertencia “Fumar mata”, “Fumar puede matar” o “Fumar daña gravemente vuestra salud y la de vuestro entorno” en las cajetillas de tabaco, en el plazo de un año.

La directiva señala que esta leyenda general debe cubrir un 30% de la superficie del paquete, mientras que en la otra cara aparecerá una advertencia complementaria que podrá cubrir hasta el 40% de dicha cara de la cajetilla. El texto de estos mensajes debe ser claro y contundente, aunque cada Estado podrá elegir consignas adicionales. La Comisión Europea explicó en un comunicado que esta norma está basada en dictámenes científicos relativos a los aditivos, las sustancias que crean dependencia, las advertencias respecto a la salud y alegaciones que pueden lle-

var a confusión a los consumidores. Sin embargo, los cambios no se notarán de un día para otro, pues se ha establecido un período transitorio hasta el día 30 de septiembre del 2003 durante el que convivirán los dos tipos de empaquetado.

Por otra parte, esta normativa establece niveles máximos de alquitrán por cigarrillo, monóxido de carbono y nicotina, desde el 1 de enero 2004 los cigarrillos puestos en circulación, comercializados o fabricados en los Estados miembros de la UE, no podrán superar los 10 mg de alquitrán, 1 mg de nicotina y 10 mg de monóxido de carbono por cigarrillo. Para los cigarrillos destinados a la exportación, estas disposiciones serán aplicables a partir del 1 de enero 2007.

Esta directiva se ha desarrollado con el objetivo de reducir el medio millón de personas que mueren cada año en la UE debido al consumo de tabaco. Así, el comisario de Sanidad y Consumo, David Byrne, ha afirmado en sus declaraciones a diferentes medios de comunicación, que con esta nueva reglamentación y la toma de conciencia por parte de la población, la Comisión Europea quiere reducir el número de las personas que fuman en la UE, de un tercio que es la cifra actual, a menos de un quinto. ■

PHILIP MORRIS CONDENADA A PAGAR 28.000 MILLONES DE DÓLARES A UNA VÍCTIMA DEL TABAQUISMO

Un tribunal californiano ha condenado a la tabaquera Philip Morris a indemnizar con 28.000 millones de dólares (28.519 millones de euros, es decir, cinco billones de pesetas) a una víctima del tabaco. La mayor sanción que hasta ahora se ha impuesto por la demanda de un particular.

Esta condena de daños “punitivos” se suma a la registrada una semana antes, por la cual Philip Morris fue condenada a pagar 875.000 dólares a Betty Bullock, una cali-

forniana de 64 años, fumadora desde los 17 años de cigarrillos, principalmente de la marca Benson and Hedges, hasta que le diagnosticaron de cáncer de pulmón en febrero de 2001.

La tabaquera señaló que recurrirá la sentencia y solicita al Tribunal que anule rápidamente el veredicto y ordene un nuevo proceso. Si no se anula el veredicto, la compañía pedirá al Tribunal que reduzca la cantidad de los daños infringidos.

Al conocerse esta sentencia, ampliamente difundida en todos los medios de comunicación, el índice bursátil Dow Jones sufrió una importante caída, como era de esperar, y las acciones de la compañía han caído en un 5%. ■

SE HA CELEBRADO EN MADRID EL II CONGRESO NACIONAL SOBRE LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Más de 400 profesionales sanitarios interesados en el tratamiento y prevención del tabaquismo se reunieron en Madrid, los días 26 y 27 de octubre, para celebrar el II Congreso Nacional sobre esta adicción.

Durante el Congreso Nacional se presentaron 23 ponencias y 138 comunicaciones sobre la epidemiología, la mortalidad, la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

De los datos epidemiológicos presentados los más significativos son los que apuntan sobre la morbi-mortalidad de la enfermedad. Según explicó el Dr. Jiménez Ruiz, presidente del Congreso, durante la rueda de prensa de presentación del encuentro, se sabe que 56.000 personas mueren cada año en España por enfermedades relacionadas con el tabaco. Se sabe que el tabaco origina una de cada cuatro muertes en varones y es la principal causa de cáncer de pulmón en el hombre. Las mujeres se han incorporado más tarde al hábito por lo que todavía no tienen una pre-

valencia tan alta de esta enfermedad, sin embargo, según explicó María Ángeles Planchuelo, representante de la Asociación Española contra el Cáncer, se estima que en los próximos años la incidencia de cáncer de pulmón entre las mujeres aumente hasta igualarse con la de los hombres.

En el Congreso también se abordaron algunos aspectos sobre el tratamiento. Según el Dr. Jiménez Ruiz, se ha comprobado que el tratamiento más eficaz es la asistencia psicológica junto al tratamiento farmacológico. Para abordar este tema, entre otras personalidades se contó con la asistencia del doctor Andrew Johnston, que ofreció datos sobre la eficacia y seguridad del bupropión.

En las sesiones plenarias del Congreso se expusieron los planes de tabaquismo que se están desarrollando en las diferentes comunidades autónomas y se hicieron públicos los resultados de algunos de estos planes. En este marco, se presentó un protocolo que se seguirá en toda la comunidad de Madrid, consensado por cuatro sociedades médicas de la comunidad para que todos los pacientes sigan las mismas pautas independientemente de en dónde sean atendidos. ■

LA VACUNA CONTRA LA NICOTINA PODRÍA COMERCIALIZARSE EN LOS PRÓXIMOS AÑOS

La vacuna contra la nicotina, actualmente en fase de experimentación, podría estar disponible en el mercado en un plazo de entre 3 y 5 años, según el científico sueco Torgny Svensson, del Instituto Karolinska de Estocolmo, que coordina los trabajos que se están realizando en distintos países con dicha vacuna. El producto tiene por objeto estimular las defensas del organismo para que “reconozca” la nicotina en la sangre e impida que alcance al cerebro y provoque dependencia.

El Dr. Svensson anunció en la IV Conferencia de la Sociedad de Investigación en Nicotina y Tabaco, celebrada recientemente en Santander, que los resultados de las investigaciones demuestran la eficacia de la vacuna, es decir, “que interrumpe la entrada de la nicotina en el cerebro”, que es donde ejerce sus efectos sobre los principales neurotransmisores.

En el ámbito clínico, destacó que de los primeros estudios de fase I se deduce que la vacuna es “segura y bien tolerada”, y en los animales crea altos niveles de anticuerpos. Según el científico, en dos años podrían obtenerse los resultados de fase II de las investigaciones y comenzar clínicas en la fase III. En relación con la efectividad de la vacuna comentó que en estos momentos no puede asegurarse “al ciento por ciento” que quienes la utilicen dejen de fumar, si bien, no van a obtener con ella “la satisfacción que consiguen con la nicotina”.

Svensson afirmó que la principal ventaja de esta vacuna es la de evitar que los fumadores recaigan en el hábito, además de proteger al feto en el caso de mujeres fumadoras embarazadas.

En cuanto a sus posibles efectos secundarios, señaló que no se han detectado demasiados, dado que se inyecta de forma subcutánea y las reacciones que provoca son locales. Respecto a su aplicación, explicó que es similar a la de otras vacunas que se utilizan en la actualidad, utilizándose dos dosis, una de ellas de recuerdo. ■

SANIDAD IMPULSA UN PLAN PARA QUE ANTES DEL 2007 SE PROHIBA FUMAR EN EL LUGAR DE TRABAJO

Los directores de Salud Pública de todas las Comunidades Autónomas han aprobado en el Consejo Interterritorial, en el que participan los Consejeros de Sanidad de las 17 comunidades, aprobaron por unanimidad el día 19 de septiembre un Plan Nacional de Prevención y Control de Tabaquismo, según el cual todas las Comunidades Autónomas, así como Ceuta y Melilla, tendrán que adecuar, en el período 2003-2007, las medidas incluidas en este texto a su ordenamiento jurídico. Todo ello con el objetivo de que en el año 2007 el hábito de fumar sea algo minoritario en la sociedad española.

El último borrador del plan incluye, entre sus principales medidas para prevenir y controlar el tabaquismo, ampliar los denominados "espacios sin humo", es decir, aquellos lugares donde está prohibido fumar. En este sentido los responsables sanitarios proponen la erradicación del tabaco del ambiente laboral para el año 2007 y establecen que para esta fecha todos los centros de trabajo deberían ser "espacios sin humo" salvo los espacios reservados para fumadores. Sin embargo, para los centros de trabajo especiales como los

centros docentes y sanitarios, la ley deberá entrar en vigor en el 2003 y, en las empresas y organismos donde se preste un servicio al ciudadano o bien se atienda al público, la prohibición no entrará en vigor hasta el año 2005.

Otro de los objetivos de este plan es la erradicación del tabaco entre los jóvenes, para ello, se eleva de 16 a 18 años la edad para adquirir tabaco y se prohíbe la venta de cigarrillos sueltos o la disposición de las cajetillas de 10 cigarrillos, principalmente en los puestos próximos a los centros escolares. Para evitar que los menores adquieran estos productos el plan apuesta también por la desaparición de las máquinas expendedoras, siguiendo las recomendaciones de la OMS.

Otras medidas del plan son: el incremento del precio del tabaco, medida que ya ha demostrado ser efectiva, y las restricciones publicitarias, especialmente de la publicidad dirigida a los más jóvenes.

Por último, el director general de Salud Pública del ministerio insiste en que no hay que "perseguir" a los fumadores, sino considerarlos como "enfermos a los que ayudar". Por este motivo, desde el departamento que dirige la ministra Ana Pastor se está contemplando la financiación de aquellos medicamentos que demuestren su eficacia para el tratamiento del tabaquismo. ■

CURSO SOBRE TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ALBACETE

La Unidad Docente de la Gerencia de Primaria del SES-CAM en Albacete, en colaboración con la Unidad de Tabaquismo de la Delegación de Sanidad en dicha localidad, ha realizado un curso los días 27 y 28 de noviembre sobre Tratamiento del Tabaquismo en Atención Primaria para médicos y enfermería. Dicho curso, al que asistieron 24 profesionales interesados en realizar tratamiento del taba-

quismo en sus pacientes, versó sobre: intervenciones mínimas y avanzadas, tratamiento farmacológico y supuestos prácticos de enfermos de tabaquismo.

Considerando la importancia del tabaquismo como problema de salud pública y dada la gran aceptación y valoración realizada por los asistentes a este curso, la Gerencia de Atención Primaria considerará la organización de nuevas actividades formativas sobre el tratamiento del tabaquismo en atención primaria a lo largo del año 2003. ■

APROBACIÓN PARLAMENTARIA DE LA DIRECTIVA EUROPEA SOBRE LA PUBLICIDAD DEL TABACO

Rechazadas las enmiendas que pretendían limitar el alcance de la directiva

El Pleno del Parlamento Europeo ha respaldado la propuesta de la Comisión Europea que restringe sustancialmente la publicidad del tabaco en los países de la Unión, tras haber rechazado todas las enmiendas de los diputados de la Comisión de Asuntos Jurídicos del Parlamento que en la práctica inactivaban el alcance de la directiva. La propuesta fue aprobada por 311 votos a favor, 202 en contra y 39 abstenciones. Los Estados miembros habrán de aplicar esta directiva a más tardar el 31 de julio 2005.

Según la nueva directiva, quedará prohibida la publicidad del tabaco en prensa y otras publicaciones impresas, con la única excepción de las destinadas exclusivamente a los profesionales del comercio de tabaco y las editadas e impresas en terceros países. En este último caso, tampoco se permitirá en aquellas publicaciones que, aunque impresas en el extranjero, estén destinadas principalmente al mercado comunitario. Se prohíbe la publicidad del tabaco en internet y en la radio y, además, los programas de radio no podrán ser patrocinados por empresas cuya actividad principal sea la fabricación de productos de tabaco. Igualmente, se prohíbe el patrocinio de acontecimientos en los que participen o se celebren en varios Estados miembros o tengan alcance transfronterizo. También se prohíbe la distribución gratuita de productos de tabaco en estos acontecimientos.

Además, el Parlamento ha adoptado una enmienda, presentada por los Verdes e Izquierda Unitaria, en la que se aclara que los Estados miembros podrán ir más allá en cuestiones no incluidas en el ámbito de la directiva, prohibiendo por ejemplo la publicidad indirecta o el patrocinio de actividades sin repercusión transfronteriza. Es una cláusula de salvaguardia de la legislación nacional más rigurosa existente ya en muchos estados miembros.

Las enmiendas rechazadas habrían permitido la publicidad en prensa y en radios locales y autorizado excepciones para la prohibición del patrocinio.

Fundamento jurídico

El fundamento jurídico de la nueva propuesta sigue siendo el artículo 95 sobre el mercado interior, igual que en la propuesta anterior. La Comisión Europea tiene ahora en cuenta la sentencia del Tribunal según la cual algunas disposiciones de la directiva adoptada en 1998 iban más allá de lo que permitía el Tratado. Por tanto, la actual es más limita-

da de ámbito y no incluye la publicidad en carteles, objetos de uso en restaurantes o la publicidad en cines. Tampoco incluye la publicidad indirecta. La propuesta tiene como objetivo aproximar las legislaciones nacionales en la publicidad y promoción de los productos de tabaco en la prensa y otras publicaciones impresas, la radiodifusión, los servicios de la sociedad de la información y el patrocinio relacionado con el tabaco, incluida la distribución gratuita de muestras.

Situación actual en España

De momento, en España, la publicidad del tabaco está prohibida solamente en la televisión y en los lugares donde se prohíben la venta o el consumo de tabaco. Las personas o empresas cuya actividad principal es la producción o la venta de productos cuya publicidad está prohibida no pueden patrocinar programas de televisión. Algunas Comunidades Autónomas van más lejos y prohíben, por ejemplo, la publicidad en programas o publicaciones destinados a menores, o la distribución gratuita (a los menores o a cualquier persona).

Posición del CNPT

Tanto el CNPT como muchos de sus miembros hemos hecho campaña activa contra las enmiendas de la Comisión de Asuntos Jurídicos y a favor de la directiva propuesta por la Comisión, con una cláusula de salvaguardia para la legislación nacional avanzada existente en algunos países. En los últimos días hemos tenido contactos epistolares y telefónicos con miembros del Parlamento Europeo con este fin. Consideramos este resultado como un paso adelante en la buena dirección. La Directiva permitirá avanzar en España donde la negligencia de nuestros sucesivos gobiernos y las presiones de la industria tabaquera han dejado sin apenas limitaciones las acciones de publicidad y promoción de la industria tabaquera, dirigidas básicamente a los adolescentes. Además creemos que para una mejor protección de los menores se debe ampliar la prohibición a todas las formas de publicidad indirecta y patrocinio, pues la experiencia demuestra que de otro modo la industria tabaquera encuentra resquicios que le permiten mantener una presión importante.

Esperamos una pronta adopción definitiva de la Directiva, y su trasposición a la legislación española a corto plazo. Gracias a todos los que han contribuido a este fin. Gracias a los eurodiputados españoles que han apoyado la directiva y la cláusula de salvaguarda (que son casi todos los grupos, aunque el grueso del PP estuvo en contra).

Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo

ESTUDIANTES DE MEDICINA Y TABAQUISMO

Sr. Director:

Acabamos de obtener la licenciatura en medicina y en esta revista de su dirección recientemente nos han publicado un artículo¹ donde se demuestra la escasa información que los estudiantes de medicina reciben sobre el tabaco.

Esta falta de información no se refiere, como es lógico, a que el tabaco produce cáncer de pulmón, de laringe o que es un dato frecuente en la historia clínica de la EPOC, ya que este conocimiento es de la población general. La desinformación a la que nos referimos se debe principalmente a la consideración sociosanitaria del tabaco como droga ya que la mayoría de estudiantes de medicina la consideran solamente un hábito. Este planteamiento conduce necesariamente a no interesarse por las técnicas de deshabitación tabáquica que constituyen una demanda social de gran interés.

Abundando en el tema hemos revisado todos los libros habituales de consulta que usan los estudiantes de esta licenciatura, tanto para patología médica como para patología general, y nos ratifica las anteriores conclusiones el escaso número de páginas que le dedican a este tema causante de tan grandes morbilidad y mortalidad.

En el nuevo plan de estudios sólo existe un tema específico dedicado al

tabaco en la asignatura optativa Drogodependencias, elegida por muy pocos alumnos. El haberla cursado nos interesó por el tema del tabaco y motivó el trabajo de investigación citado.

En estos días dos noticias de gran interés destacan en los titulares de los periódicos, por un lado la sentencia de un tribunal en los Estados Unidos obligando a Phillip Morris a pagar una indemnización multimillonaria por no advertir a una enferma de cáncer de pulmón del riesgo que conllevaba el consumo de cigarrillos, y por otro lado la actitud de varios países europeos que legislan nuevas normas encaminadas a una mayor limitación del consumo de tabaco a pesar del beneficio económico que reporta².

Sorprende, después de lo dicho, que los planes de estudios no se revisan en este sentido para que los médicos no tengan que sensibilizarse de un tema sanitario tan fundamental, al mismo ritmo que el resto de la sociedad no técnica.

Esta sensibilización influiría en su actitud personal ante el tabaco, ya que en nuestro grupo de 148 encuestados casi la cuarta parte eran fumadores y el 77% de ellos no se consideraban, por su condición de médicos, un modelo para la sociedad.

Prestigiosas revistas, como la que usted dirige, podrían servir para que las autoridades académicas considerasen la necesidad de incluir el tabaco con más relevancia en los planes de licenciatura de medicina.

Bibliografía

1. Herrera Abián M, Pérez Santar JL, Suárez Rueda C, Perona Caro J, Paz Martín D. Evaluación de conocimientos y actitudes ante el tabaquismo en estudiantes de medicina. *Prev Tab* 2002; 4 (2): 76-81.
2. Noticia. Mujer gana demanda millonaria a tabacalera. <http://calidaddevida.eluniversal.com/2002/10/06/06444CC.shtml>, 2002.

M. Herrera Abián, C. Suárez Rueda, J.L. Pérez Santar

Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Hospital Militar Central de la Defensa

[Prev Tab 2002;4(4):203]

ATENCIÓN PRIMARIA SIN HUMO

Sr. Director:

Cuando los profesionales sanitarios hablamos del control del tabaquismo, no podemos menos que considerarlo como la enfermedad que es, dado que ya fue declarado como una drogodependencia por el Real Colegio de Médicos Británico en 1977, y reconocido posteriormente como tal, por organismos como la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud. De este modo nuestros objetivos fundamentales se basan en los tres pilares que la medicina se plantea ante cualquier patología, como son la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Con la prevención buscamos

tanto evitar el inicio en el consumo, como rehuir que los fumadores (activos y pasivos) desarrollen patología provocada por el tabaco. Para ello debemos realizar un diagnóstico de tabaquismo, preguntando a los pacientes sobre su actitud ante el tabaco, y en caso de ser fumadores proporcionándoles la ayuda necesaria para dejar de fumar; asimismo nos planteamos proteger el derecho de los no fumadores a disfrutar de un aire libre del humo del tabaco, y por último cambiar la aceptación social que hoy por hoy todavía tiene el consumo del mismo.

Para la consecución de estos objetivos se han planteado diversos tipos de intervenciones, no obstante son las intervenciones comunitarias las únicas que se considera pueden contribuir a la consecución de todos ellos, dado que intervienen tanto en los profesionales sanitarios como en la población general, convirtiéndose de este modo en un adecuado y necesario complemento para todas las demás. Este tipo de intervenciones por un lado informan y sensibilizan a la población de las consecuencias negativas del consumo de tabaco, de las ventajas de no fumar y de las posibilidades de tratamiento y ayuda en el proceso de deshabituación, poniendo además de manifiesto el derecho y necesidad de todos los ciudadanos a respirar un aire libre de humo. Por otro lado, sirven para concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia que su actuación sobre tabaquismo puede conllevar, dado que se ha demostrado que si cada médico de familia practicara sistemáticamente una intervención mínima, breve de 3 a 5 minutos, podría conseguir 25 ex-fumadores/año, y que si además le añadiese un tratamiento farmacológico deshabituaría a unos 38 fumadores/año, lo que supondría que cada médico podría conseguir ganar anualmente unos 150 años de vida con una intervención breve y 225 si a ésta se añadiesen fármacos¹.

Estas cifras, así como la evidencia científica de la morbi-mortalidad provocada por el tabaco, y estimaciones como las publicadas en el último Informe del Banco Mundial (1999)² según el cual la mortalidad mundial esperada como consecuencia del tabaquismo alcanzará 520 millones de adultos en la primera mitad del siglo XXI, y que se vería reducida en 180 millones si la mitad de los adultos fumadores dejase de fumar, recordaron a la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) su compromiso en la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, decidiendo la creación de la campaña "Semana sin Humo", en colaboración con el Grupo del Abordaje del Tabaquismo de la semFYC (GAT) y del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), celebrándose en la última semana de mayo coincidiendo con la conmemoración del día 31 de mayo, "Día Mundial sin Tabaco".

En el momento actual ya se han realizado tres ediciones de esta campaña (2000, 2001 y 2002), que con mensajes como "Vive sin humo, vive"², "Sin humo, respira vida", "Aire sin humo..., patrimonio de todos", "Olvida el tabaco, apuesta por la vida", "Sin humo, lo verás más claro", ha conseguido atraer la atención de la población general.

Los objetivos que se han planteado en cada una de las semanas sin humo han sido:

- Sensibilizar a la población general sobre los riesgos del tabaco para la salud.
- Informar acerca de las posibilidades de tratamiento para aquellos fumadores que deseen abandonar el hábito del tabaquismo.
- Potenciar la implicación de los médicos de familia en el abordaje del tabaquismo, impartiendo el consejo sanitario antitabáquico e informando y prescribiendo el trata-

miento farmacológico oportuno para cada tipo de fumador.

- Conseguir que los centros de salud sean centros sin humo y que el colectivo de médicos de familia sea un ejemplo de salud a imitar por todos.

Para la consecución de estos objetivos en cada una de las Semanas Sin Humo se editaron materiales específicos para las mismas. Ante la gran demanda de los centros de salud de toda España, se debieron aumentar cada año el número de ejemplares editados. Así en la III Semana Sin Humo se distribuyeron 150.000 trípticos para pacientes "Usted y el tabaco", 18.000 trípticos para médicos *Ayude a su paciente a dejar de fumar*, 18.000 trípticos del concurso *Da ejemplo y gana*, 20.000 adhesivos, 3.000 hojas de firmas del *Manifiesto por una Semana Sin Humo*, 4.400 posters en castellano, 1.600 posters en catalán, 600 posters en vasco, 600 posters en gallego, 15.000 sobres con el logo de la Semana Sin Humo, 15.000 cartas para los socios de la semFYC, 15.000 cupones respuesta de solicitud de material adicional, 10.000 hojas con el logo de la Semana Sin Humo, 1.000 carpetas de prensa.

La distribución de los materiales y anuncio de la campaña se realizó mediante el envío a los 641 centros de salud adscritos al PAPPS de una primera carta informándoles de la realización de la Semana Sin Humo y haciéndoles saber que en breve recibirían el material de la campaña, y del envío de un *mailing* a los 15.000 socios de la semFYC con una carta informativa de la Semana Sin Humo, un tríptico para médicos, un tríptico del concurso "Da ejemplo y gana" y un cupón respuesta para poder solicitar el resto de material de la campaña. El anuncio de la campaña en los medios de comunicación se hizo a través de la distribución de 1.000 carpetas de prensa a



los vocales de prensa de las sociedades federadas y a los medios de comunicación, con un ejemplar de cada uno de los materiales.

En la última edición de la Semana Sin Humo se enviaron un total de 1.149 paquetes de material a centros de salud (641 centros adscritos al PAPPS, 197 centros que habían solicitado el material en las ediciones pasadas y 288 centros que lo solicitaron en la tercera edición), y 21 ejemplares a los responsables autonómicos del PAPPS.

Las principales actividades realizadas fueron:

- Concurso “Da ejemplo y gana”, para trabajadores de los CS que dejan de fumar con motivo de la Semana Sin Humo.
- Premio “sin Humo” otorgado a una personalidad destacada por su lucha antitabaco, habiendo sido galardonados los doctores D. Mariano Barbacid (director del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III), D. Valentín Fuster (director del Instituto Cardiovascu-

lar del Hospital Monte Sinaí de Nueva York), y el doctor D. Juan Rodés (Jefe de Servicio del Servicio de Hepatología de Barcelona), en las primera, segunda y tercera Semanas Sin Humo, respectivamente.

- Ruedas de prensa nacionales y locales, que dieron lugar en cada una de las ediciones, junto con el envío de las carpetas de prensa, a más de 100 impactos en prensa escrita, de 50 en cadenas de radio nacionales y regionales, y de 20 en cadenas de TV (ediciones nacionales y locales).
- Gabinete de prensa permanente los días 30 y 31 de mayo.
- Mesas de información-intervención antitabaco en los CS.
- Señalización de los centros como lugares libres de humo.
- Potenciación del consejo antitabáquico en las consultas.
- Charlas-coloquio a la población general y sesiones clínicas en CS.
- Talleres para escolares y concursos de dibujo infantil.
- Intercambio de caramelos, libretas, rosas... por cigarrillos.
- Emisión de vídeos informativos en las salas de espera.
- Realización de cooximetrías en las salas de espera y/o consultas.
- Oferta de adhesión a un manifiesto por una sociedad sin humo.

Las tres ediciones de la “Semana Sin Humo” fueron reconocidas de Interés Sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo; obtuvieron el refrendo institucional de la mayor parte de las Comunidades Autónomas, y fueron declaradas de Interés Sanitario en 10 de ellas.

Las tres ediciones de la Semana Sin Humo han sido muy bien valora-

das tanto por profesionales sanitarios como por pacientes, hasta el punto de que se ha introducido en la “cultura” de los profesionales, de modo que muchos de ellos no hablan ya del “Día Sin Tabaco” sino de la “Semana Sin Humo”. Se aprecian también los efectos en la población que cada vez se dirige más a los centros de salud solicitando ayuda específica para dejar de fumar. Con todo ello consideramos cumplidos los objetivos que en un principio se plantearon. Felicitamos a todos los profesionales sanitarios que han hecho posible la realidad que hoy en día constituye la Semana Sin Humo, y les animamos a que, con su buen hacer diario, sigan trabajando en erradicar la que ya se ha denominado la epidemia del siglo XXI, el tabaquismo.

Bibliografía

1. Russell MAH, Merriman R, Stapleton J, Taylor W. Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioners' advice against smoking. *Br Med J* 1983; 287 (6407): 1782-5.
2. Prabhat J, Chaloupka F, Brown P. Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. *World Bank Washington DC* 1999: 79-85.

**M^a L. Clemente Jiménez¹,
A. Solbes Caro²**

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente de Huesca, CS Perpetuo Socorro.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente de Tenerife, CS Barrio de la Salud. Grupo del Abordaje del Tabaquismo de la semFYC, (GAT)

[*Prev Tab* 2002;4(4):203-205]