

La atención sanitaria al tabaquismo

Health care for smoking

Francisco Carrión Valero y Susana Paulos dos Santos

*Servicio de neumología. Hospital Clínic Universitari
Departamento de Medicina. Universitat de València
INCLIVA*

Recibido: 11/09/2017 · Aceptado: 18/09/2017

El tabaquismo es una enfermedad crónica, capaz de causar la muerte prematura a más de la mitad de las personas que la padecen y representa el principal problema sanitario de los países desarrollados como España. De acuerdo con los datos presentados recientemente por el Eurobarómetro de la Comisión Europea, el 26% de los españoles son fumadores diarios (Especial Eurobarometer 458, 2017).

En un estudio de médicos ingleses, la supervivencia a los 70 años era del 81% entre los no fumadores y del 59% entre los fumadores, con una pérdida de 10 años de vida en los fumadores. El 87% de los casos de cáncer de pulmón, el 92% de los de EPOC y muchos infartos de miocardio e ictus son consecuencia del consumo de tabaco (Jiménez et al., 2008).

La mortalidad atribuible al tabaquismo en España es del 16%, el 28% en el caso de los varones. De esta manera, de cada 1.000 muertes que suceden, 160 son consecuencia del tabaquismo, 280 en el caso de los varones, una cifra muy superior a la que ocasionan otras enfermedades o problemas de salud pública. En el año 2010 se diagnosticaron en nuestro país 20.723 casos de cáncer de pulmón, 17.279 en varones y 3.444 en mujeres (el 16,6%). En los casos de cáncer de pulmón que suceden en menores de 50 años, no existen diferencias en función del sexo.

En Europa mueren cada año 700.000 personas y en Estados Unidos más de 400.000 como consecuencia del tabaquismo y los costes directos e indirectos que ocasiona son muy elevados. En la actualidad el cáncer

— Correspondencia a: _____
Dr. Francisco Carrión Valero
Email: carrion_fra@gva.es



de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres, que ocasiona más de 68.000 muertes en la mujeres norteamericanas cada año, el 25% de todas las que suceden por cáncer.

A pesar de estos datos, es bien sabido que dejar de fumar tiene muchos beneficios para la salud. El riesgo de padecer una enfermedad coronaria se reduce a la mitad en un año y se equipara a la de los no fumadores en 10 años. En el caso del cáncer de pulmón la reducción es más lenta, de manera que no se equipara a la población no fumadora hasta pasados más de 15 años del abandono del tabaco. Sin embargo son pocos los fumadores que consiguen dejar de fumar sin ayuda de los profesionales sanitarios (Jiménez et al., 2008).

En España como en otros países de la Unión Europea, la mayoría de pacientes de tabaquismo no han sido diagnosticados adecuadamente (Especial Eurobarometer 458, 2017) y no reciben las recomendaciones y tratamientos disponibles, en buena medida como consecuencia de la escasa formación en tabaquismo que se imparte tanto en los estudios pregrado como en el posgrado y en la especialización médica. De hecho, el 90% de las personas que dejan de fumar en nuestro país lo hacen sin ayuda médica frente al 60% en el caso del Reino Unido.

La magnitud de estas cifras pone de manifiesto la necesidad de intensificar nuestras actuaciones frente al tabaquismo, la principal enfermedad crónica de los países desarrollados (Fabbri, 2016). Un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico puede facilitar el proceso de abandono de muchos fumadores, mejorando su pronóstico par-

ticular y aumentando tanto su esperanza como su calidad de vida. Por fortuna, en la actualidad disponemos de tratamientos de elevada eficacia, efectividad y eficiencia para ayudar a dejar de fumar (Jiménez et al., 2015), y parece necesario implementar políticas capaces de mejorar esta situación y facilitar el tratamiento del tabaquismo a todos los pacientes.

La intervención mínima en tabaquismo durante una visita rutinaria es una práctica médica eficiente, ya que con escasa utilización de recursos económicos es posible conseguir importantes beneficios sanitarios, como lo han puesto de manifiesto los estudios de coste-efectividad, un indicador que permite comparar los costes de los programas con la mejora de salud que se les atribuye y mejorar de esta manera la eficacia del sistema sanitario, al asignar más dinero a los programas sanitarios más eficientes. A pesar de ello, en un estudio sólo el 42,6% de los fumadores que fueron remitidos a diferentes consultas especializadas, médicas o médico-quirúrgicas, reconocían la advertencia de su médico para dejar de fumar (Carrión et al., 2000).

La nicotina ejerce su acción sobre receptores acetilcolinérgicos situados en las membranas de neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. La estimulación de los receptores nicotínicos conduce a un incremento de la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens* (Jiménez et al., 2008; Carrión et al., 2000). El tratamiento farmacológico del tabaquismo es diferente para cada fumador y depende fundamentalmente de la motivación para abandonar definitivamente el consumo de tabaco y del grado de dependencia por la nicotina (Carson et al.,



2014). En este sentido, se ha señalado que los fumadores que se encuentran decididos a dejar de fumar, en fase de preparación, deberían recibir dos tipos de intervención, una conductual orientada a controlar la dependencia psíquica, y otra farmacológica para aliviar la dependencia física por la nicotina (evidencia A).

El tratamiento farmacológico del tabaquismo ha mejorado en los últimos años, de manera que han aparecido nuevos fármacos, se han modificado las formas de utilización de los existentes, y se ha abierto el debate sobre la necesidad de su financiación por el sistema sanitario público. En este sentido, diversas guías establecen de manera consistente (nivel de evidencia A) que hay tratamientos farmacológicos eficaces para ayudar a los fumadores a dejar de serlo y la relación coste/efectividad de este tipo de tratamientos es significativamente mejor que otros tratamientos de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia, de manera que el tratamiento del tabaquismo es la intervención de referencia de todas las que podemos aplicar en nuestro entorno (Jiménez et al., 2008; Baker et al., 2016).

Por otro lado, parece oportuno aprovechar aquellas situaciones en las que los pacientes de tabaquismo pueden ser más susceptibles de dejar de fumar, como en los episodios de hospitalización, antes de la cirugía programada y durante la gestación.

El ingreso hospitalario puede ser una oportunidad para promover la cesación tabáquica en los pacientes fumadores y llevar a cabo la decisión de dejar de fumar totalmente. Es importante que el paciente hospitalizado deje de fumar, porque el

tabaquismo interfiere en su recuperación. Diversos estudios demuestran que entre los enfermos cardíacos, las segundas crisis cardíacas son más comunes en aquellos que continúan fumando y que los afectados por cáncer de pulmón u otro tipo de tumores que han sido tratados con éxito, tienen un elevado riesgo para desarrollar un segundo cáncer si continúan fumando. También se han observado efectos negativos del fumar en la cicatrización de las heridas o en la consolidación de las fracturas de huesos.

Diferentes estudios han analizado la posible relación entre el consumo de tabaco y la presencia de complicaciones pulmonares postoperatorias, incluso en ausencia de EPOC. Desafortunadamente, las actuaciones concretas en este sentido han sido reducidas hasta ahora, aunque es aconsejable dejar de fumar al menos dos meses antes de la cirugía. Si no fuera posible sería recomendable el periodo más largo de abstinencia antes de la intervención. El tratamiento del tabaquismo durante la consulta de preanestesia es una oportunidad para reducir el riesgo de complicaciones posteriores.

El tabaquismo pasivo o la exposición de los no fumadores al humo del tabaco, supone la inhalación de una cantidad de humo que llega a ser la tercera causa evitable de muerte en los países desarrollados, después del tabaquismo activo y del alcoholismo.

El humo de los cigarrillos es una mezcla de casi 5.000 sustancias tóxicas, que es inhalado en un 25% por el fumador, en la corriente principal. El 75% restante, procedente de la combustión pasiva entre las caladas, pasa a la atmósfera en la corriente



lateral o secundaria y perjudica al fumador pasivo. Ambas han mostrado la presencia de productos perjudiciales para la salud, como monóxido de carbono, nicotina y diversos compuestos con capacidad de producir cáncer, la concentración de sustancias tóxicas es superior en la corriente secundaria. Su magnitud se ha reducido en nuestro país en los últimos años, como consecuencia de la implementación de las leyes de prevención del tabaquismo, de manera que antes de la ley 28/2005, el 49% de los españoles no fumadores estaban expuestos al humo del tabaco en algún entorno (lugar de trabajo, ocio, casa o escuela), mientras que después de la ley 42/2010, la cifra se ha reducido al 21%.

Aunque la situación ha mejorado, todavía tiene serias consecuencias sobre la salud de los españoles. El tabaquismo pasivo supone un riesgo añadido para la salud de los no fumadores, tanto antes de nacer como en la infancia y en la edad adulta. De hecho, los adultos no fumadores expuestos al humo del tabaco ambiental tienen aumentado en un 30% el riesgo de padecer una enfermedad coronaria, y en un 15% el riesgo de morir por enfermedad cardíaca (Carrión y Hernández, 2002). En los niños preescolares, el tabaquismo materno aumenta el riesgo de padecer enfermedades agudas del aparato respiratorio, y se ha estimado que la eliminación de la exposición intrauterina al tabaquismo materno podría evitar entre el 5 y el 15% de todos los casos de asma en los niños (Carrión y Jiménez, 1999).

La exposición intrauterina al humo del tabaco duplica tanto el riesgo de nacer muerto como la mortalidad infantil en el primer año de vida. A pesar de ello, aunque

muchas mujeres reducen su consumo de tabaco al estar embarazadas, la mayoría siguen fumando. Un estudio realizado en Valencia demostró una eficacia con el 30% de abandonos a los 3 meses de la intervención cuando el programa incluía a la pareja (Carrión et al., 2003).

Muchas mujeres embarazadas fuman y tienen gran dificultad para dejarlo, a pesar del riesgo que ocasionan a sus hijos: reducción del peso y talla al nacer y aumento de la morbi-mortalidad. La concentración de un metabolito de la nicotina, la cotinina, en el líquido amniótico es ocho veces más elevada en las gestantes fumadoras que en las no fumadoras y las concentraciones fetales de nicotina representan hasta el 90% de los valores maternos durante el embarazo. Todo ello es una clara manifestación de la exposición del feto al humo del tabaco.

En un estudio danés que incluyó a 25.102 niños, la exposición intrauterina al humo del tabaco demostró un aumento del riesgo de recién nacidos muertos (*odds ratio* 2; IC 95% 1,3-2,9) y de la mortalidad en el primer año de vida (*odds ratio* 1,8; IC 95% 1,3-2,6). La exposición intrauterina al humo de tabaco duplicó tanto la probabilidad de nacer muerto como la mortalidad infantil en el primer año de vida, aunque afortunadamente las mujeres que dejaron de fumar en el primer trimestre de su embarazo presentaron un riesgo similar al de las no fumadoras.

Como consecuencia, mediante intervenciones dirigidas a bajar la tasa de embarazadas fumadoras es posible reducir el número de muertes infantiles, lo que desde nuestro punto de vista debería ser una prioridad sanitaria. De esta forma, si todas dejaran de fumar antes de la semana 16 de



gestación se evitarían el 25% de los recién nacidos muertos y el 20% de las muertes en el primer año de vida.

De acuerdo con los datos disponibles de Instituto Nacional de Estadística, en el año 2006 sucedieron en España 1.612 muertes fetales tardías y 1.704 muertes en niños menores de un año. En la Comunidad Valenciana, en ese mismo año fallecieron 167 niños menores de un año y sucedieron alrededor de 160 muertes fetales tardías. De esta forma, si se consiguiera que todas las mujeres dejaran de fumar al principio de su embarazo, se evitarían 744 muertes al año en España, 75 en la Comunidad Valenciana (Carrión et al., 2003). Por todo ello, se puede afirmar que si todas las mujeres dejaran de fumar durante el embarazo, el número de muertes fetales y de lactantes disminuiría significativamente, lo que representaría evitar una pérdida anual de muchos fetos y niños recién nacidos, así como de muchas de las enfermedades que suceden en la infancia. Frente a estas cifras, cualquier esfuerzo para reducir la exposición de los niños al humo del tabaco debería ser estimulado de forma decidida.

En definitiva, la evidencia de estos datos pone de manifiesto la **necesidad de intensificar nuestras actuaciones frente al tabaquismo**, que en la actualidad es entendido como una enfermedad crónica, la principal de los países desarrollados. Un abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado puede facilitar el proceso de abandono de muchos fumadores, mejorando su pronóstico particular y aumentando tanto su esperanza como su calidad de vida. En este sentido se centra el esfuerzo de muchos profesionales sanitarios españoles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baker, T.B.; Piper, M.E.; Stein, J.H. et al. (2016). Effects of nicotine patch vs varenicline vs combination nicotine replacement therapy on smoking cessation at 26 weeks. A randomized clinical trial. *JAMA* 315:371-9.
- Carrión Valero, F.; Furest Carrasco, I.; Pascual Izuel, J.M. y Marín Pardo, J. (2000). Intervención mínima en tabaquismo en España. *Arch Bronconeumol* 36:124-8.
- Carrión Valero, F. y Hernández Hernández, J.R. (2002). El tabaquismo pasivo en adultos. *Arch Bronconeumol* 38:137-146.
- Carrión Valero, F. y Jiménez Ruiz, C.A. (1999). El tabaquismo pasivo en la infancia. *Arch Bronconeumol* 35: 39-47.
- Carrión Valero, F.; Maya Martínez, M.; Pont Martínez, P.; Tortajada Martínez, M. y Marín Pardo, J. (2003). Consejo médico personalizado en el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. *Arch Bronconeumol* 39: 346-52.
- Carson, K.V.; Smith, B.J.; Brinn, M.P.; Peters, M.J.; Fitridge, R.; Koblar, S.A. et al. (2014). Safety of varenicline tartrate and counseling versus counseling alone for smoking cessation; a randomized controlled trial for inpatients (STOP study). *Nicotine Tob Res* 16: 1495-1502.
- Fabbri, L.M. (2016). Smoking, not COPD as the disease. *NEJM* 374:1885-6.
- Jiménez Ruiz, C.A.; Andreas, S.; Lewis, K.E.; Tonnesen, P.; van Schayck, C.P.; Hajek, P. et al. (2015). Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary



diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J* 46:61-79.

Jiménez Ruiz, C.A.; Riesco Miranda, J.A.; Ramos Pinedo, A.; Barrueco Ferrero, M.; Solano Reina, S.; de Granda Orive, J.I. et al. (2008). Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol* 44:213-9.

Special Eurobarometer 458 (2017). *Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. European Commission.