

**Asociación  
Española  
Contra  
el Cáncer**

**Mapa de Cobertura  
de la atención al  
fumador y tratamiento  
de deshabituación  
en España**

## Índice

|                                                                                                                              |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>01_ CONTEXTO Y OBJETIVOS</b>                                                                                              | <b>Pág 04</b> |
| <b>02_ METODOLOGÍA Y FICHA TÉCNICA</b>                                                                                       | <b>Pág 21</b> |
| <b>03_ EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL<br/>DE LA ATENCIÓN AL FUMADOR Y<br/>TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN<br/>EN ESPAÑA</b> | <b>Pág 24</b> |
| <b>04_ CONCLUSIONES</b>                                                                                                      | <b>Pág 36</b> |
| <b>05_ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                                                                                        | <b>Pág 39</b> |

Autores:  
Fernández Sánchez, Belén - Asociación Española Contra el Cáncer  
Del Busto Bonifaz, Sebastián - Asociación Española Contra el Cáncer  
Arranz Alvarez, Beatriz - Asociación Española Contra el Cáncer  
Mendez Rubio, Santiago - Asociación Española Contra el Cáncer

Con la Colaboración de Ipsos España

Maquetación:  
CPWORKS #Productoresdeideas

© AECC Asociación Española Contra el Cáncer  
Madrid, marzo 2020  
Calle Teniente Coronel Noreña, 30  
28010 Madrid  
www.aecc.es

Las publicaciones de la AECC están creadas para su difusión. Con el fin de  
llegar al mayor número de personas posibles, este informe sigue los términos  
de la licencia Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0.

# 01

## CONTEXTO Y OBJETIVOS

### 01\_ CONTEXTO Y OBJETIVOS

Fumar es la principal causa de muerte prevenible, causando casi 8 millones de muertes por año a nivel mundial. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo y alrededor de 1,2 millones a consecuencia de la exposición involuntaria al humo del tabaco. Aunque la Unión Europea (UE) ha realizado muchos esfuerzos para reducir el problema del tabaco, el número de fumadores siguen siendo altos: el 28% de la población de la UE fuma. En España también tenemos una prevalencia elevada, por lo tanto, el consumo de tabaco sigue siendo una de las principales causas de los costos sanitarios y sociales. El consumo de tabaco es un importante problema de salud pública de nuestro país, tanto por la morbi-mortalidad que genera como por la disminución que ocasiona en las expectativas de calidad y esperanza de vida.

Por otro lado, el sistema sanitario público español -modélico en gran parte de sus áreas- no siempre ofrece a las personas que padecen este trastorno adictivo las posibilidades diagnósticas y terapéuticas eficaces disponibles.

Ante la falta de información sobre la cobertura y la organización de la atención al fumador que ofrece el SNS, desde el Observatorio del cáncer de la AECC se ha impulsado un estudio que busca entender cómo se planifican, implementan y ejecutan dichas prestaciones a nivel nacional. El presente informe ofrece una fotografía actual sobre cómo es la atención que recibe en España una persona que quiere dejar de fumar, y cómo son los tratamientos de deshabituación tabáquica.

Se pretende responder de manera fiable a dos preguntas, ¿Quién y dónde se ofrece tratamiento de deshabituación tabáquica? y ¿Cómo es la calidad de dicho tratamiento? Para ello se han realizado 1.050 entrevistas a los responsables de los tratamientos de centros públicos y privados seleccionados estadísticamente con un margen de error y unos criterios geográficos que permitan la extrapolación de los datos parciales obtenidos, y realizar estimaciones globales ajustadas a la realidad.

El objetivo del informe es elaborar un Mapa de Cobertura a Nivel Nacional y Autonómico que permita conocer en qué tipo de centros sanitarios se realizan los tratamientos de deshabituación tabáquica, con qué recursos cuentan los centros (número de profesionales, grado de especialización, pacientes atendidos por profesional), cómo son los tratamientos ofrecidos, y las tasas de éxito conseguidas, así como las necesidades expresada por los profesionales sanitarios que desarrollan la atención en deshabituación tabáquica. Con la información recopilada y el análisis de los datos, se podrán conocer las debilidades y fortalezas del sistema de deshabituación tabáquica en España.

Este informe recoge los antecedentes, resultados y conclusiones del estudio, con la vocación de favorecer la apertura de un proceso de reflexión entre la administración pública (a nivel nacional y autonómico), las asociaciones profesionales y las entidades sin ánimo de lucro para la definición de fórmulas de implementación que funcionen y permitan a los fumadores ver sus necesidades de atención para dejar de fumar cubiertas.

#### 01\_01\_ El tabaquismo como problema de salud

Existen numerosas evidencias científicas que relacionan el consumo del tabaco con la enfermedad y mortalidad. En este sentido, se pueden citar tanto aquellas que ponen de manifiesto la composición del humo del tabaco como los diversos estudios epidemiológicos

que han sido realizados a lo largo de los años. Como muestra exponemos las siguientes evidencias y trabajos que se han ido publicando a lo largo de las últimas décadas. En cuanto a la composición del humo del tabaco, es un aerosol que, según el Centers for Disease

Control and Prevention, contiene 7.000 componentes químicos; 250 de ellos son perjudiciales para la salud humana<sup>1</sup>.

Existen numerosas publicaciones desde la década de los años 30 del siglo pasado en la que se establece la relación del consumo del tabaco con la enfermedad. Pearl en 1938, publicó en la revista Science<sup>2</sup> la disminución de la esperanza de vida de los fumadores respecto a los no fumadores, basándose en datos de un estudio longitudinal del Este de Baltimore. En 1950, Levin et al<sup>3</sup> publicó un informe sobre cáncer y tabaco. Richard Doll y A. Bradford Hill publicaron en 1950 su trabajo en el que exponían la relación entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón<sup>4</sup>. Desde el primer informe de la Dirección General de Servicios de Salud de Estados Unidos de 1964<sup>5</sup>, el consumo de cigarrillos se ha vinculado de forma causal a múltiples enfermedades. Cincuenta años después, la primera conclusión del nuevo informe nos debe hacer reflexionar: “La epidemia de fumar cigarrillos durante un

siglo ha causado una enorme tragedia evitable para la salud pública”. Estiman que desde el 1965 hasta la actualidad se han producido un total de 20.830.000 muertes atribuibles al humo del tabaco en EE.UU., 6 millones de ellas por cánceres.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco causa la muerte cada año a más de 7 millones de personas, de las que más de 6 millones son fumadores activos y alrededor de 890.000 son fumadores pasivos o involuntarios. Sin embargo, solo 24 países, con un 15% de la población mundial, disponen de servicios nacionales integrales para ayudar a dejar de fumar<sup>6</sup>. La tercera medida que propone la OMS, entre las seis medidas MPOWER está ofrecer asistencia a las personas que deseen dejar de fumar, desde entonces, han ido acumulándose evidencias sobre la relación causal del consumo de tabaco y enfermedad en prácticamente todos los órganos del cuerpo humano, así como en el feto.

En la Tabla 1 se presenta una estimación de las causas de mortalidad relacionadas con el tabaco en Estados Unidos, en el periodo 1965-2014. Como se puede

observar, se incluyen otros daños producidos por el tabaco, pero también causantes de mortalidad, como son los incendios en viviendas residenciales.

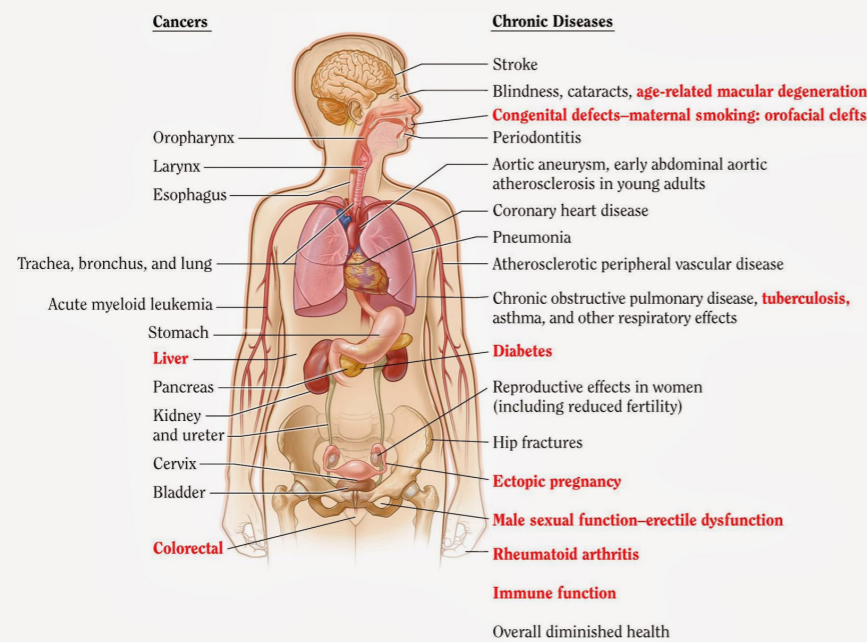
| Causa de muerte                                                        | Total      |
|------------------------------------------------------------------------|------------|
| Cánceres relacionados con el tabaquismo                                | 6.587.000  |
| Enfermedades cardiovasculares y metabólicas                            | 7.787.000  |
| Enfermedades pulmonares                                                | 3.804.000  |
| Afecciones relacionadas con el embarazo y el nacimiento                | 108.000    |
| Incendios residenciales                                                | 86.000     |
| Cánceres pulmonares causados por la exposición al humo de segunda mano | 263.000    |
| Cardiopatías coronarias causada por exposición al humo de segunda mano | 2.194.000  |
| Total                                                                  | 20.830.000 |

Tabla 1 Muertes prematuras causadas por el tabaquismo y la exposición al humo de segunda mano, 1965–2014. Tomado y traducido del Informe del Surgeon General. Resumen ejecutivo<sup>8</sup>.

El consumo de tabaco sigue siendo el mayor factor de riesgo evitable para la salud en la Unión Europea, y se estima que es el responsable de 700.000 muertes cada año. Además, aproximadamente el 50% de los fumadores mueren prematuramente, estimando en

unos 14 años de media los años de vida perdidos<sup>9</sup>. Aparte de las consecuencias nocivas para la salud derivada del consumo del tabaco, el tabaquismo es una adicción, con un componente neurofisiológico y otro psicológico, y como tal, hay que tratarla<sup>10</sup>.

**Figura 1.** Consecuencias para la salud relacionadas con el consumo del tabaco. Tomado del Informe del Surgeon General Report<sup>7</sup>. Source: USDHHS 2004, 2006, 2012.



## EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO

Según la OMS, en el mundo hay más de mil millones de personas fumadoras. En Europa, un 26% de los encuestados en el último Eurobarómetro “Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes”<sup>11</sup>, son fumadores, el 20% son exfumadores y el 53% nunca han fumado. Los hombres fuman más (30%) que las mujeres (22%). Por edades, entre 15 y 24 años encontramos más fumadores (29%) en comparación con los de 55 años o más (18%). Los datos de consumo varían según el país.

En España según La Encuesta Nacional de Salud, del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>12</sup>, un 24,3% de la población mayor de 15 años es fumadora, lo que supone un total de 9.547.132. La mayoría de los fumadores realizan un consumo diario (8. 616.900) y sólo un 2,3% declara un consumo ocasional (915.484). La tasa de prevalencia nacional de consumo diario en mayores de 15 años es del 22,1%, de los cuales 4.855.600 son hombres y 3.763.500 son mujeres (Fig. 2).



FIGURA 2 PROPORCIÓN MUJERES/HOMBRES FUMADORES EN ESPAÑA.

La distribución de consumo de tabaco diario por comunidades autónomas (Fig. 3) es muy similar, observándose la mayor proporción de fumadores diarios en la comunidad valenciana (24,7%) y la menor en la población de Galicia (17,8%)

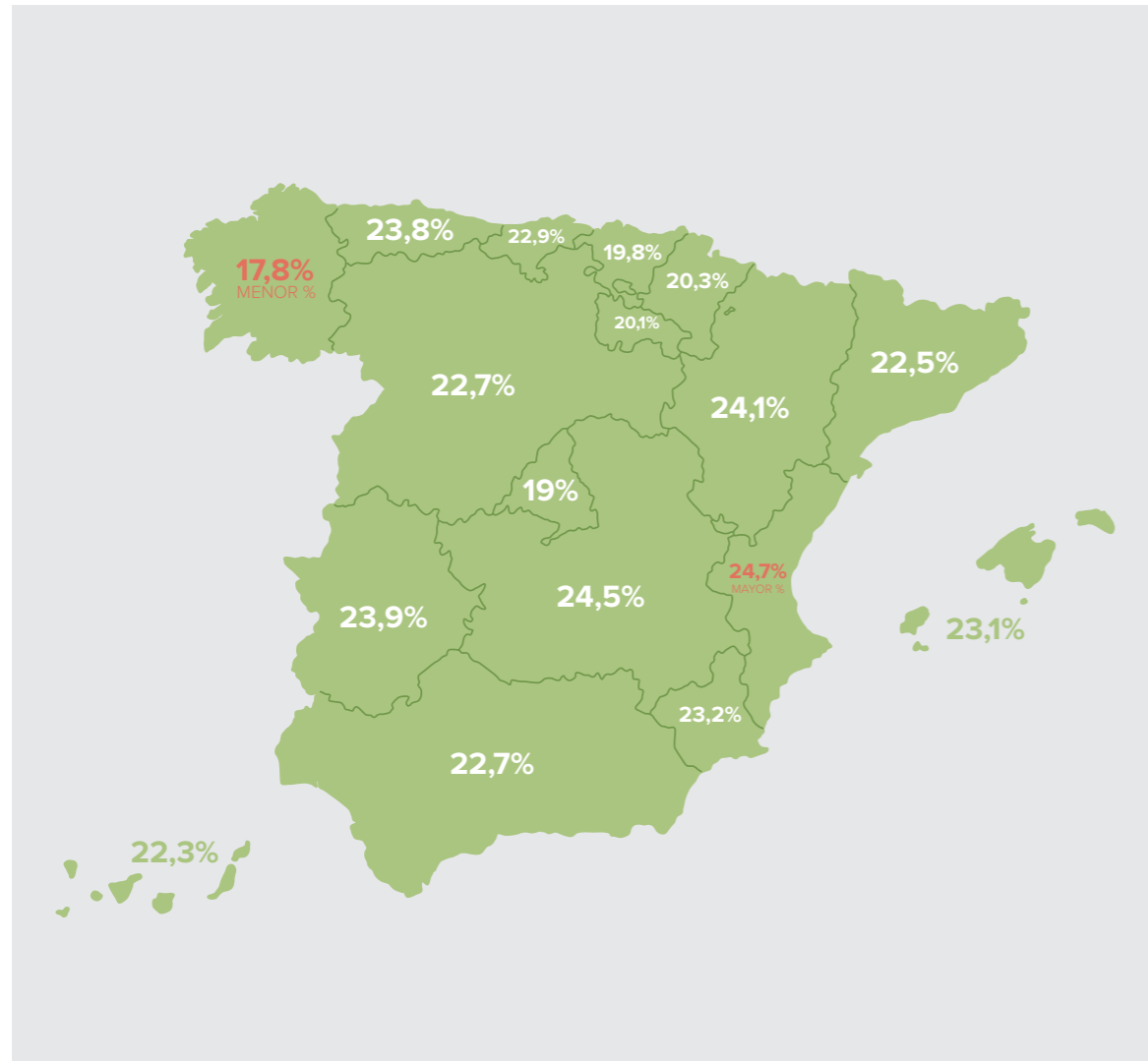


FIGURA 3 PORCENTAJE DE FUMADORES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2017. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE)

Comparando las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) de 2011-2012 y 2017 (Fig. 4) se aprecia un descenso en el número de consumidores diarios en la mayoría de las comunidades autónomas. Tal como se detalla en

la gráfica, sólo en dos de ellas, Principado de Asturias y Ceuta, se observan incrementos en la proporción de fumadores diarios.

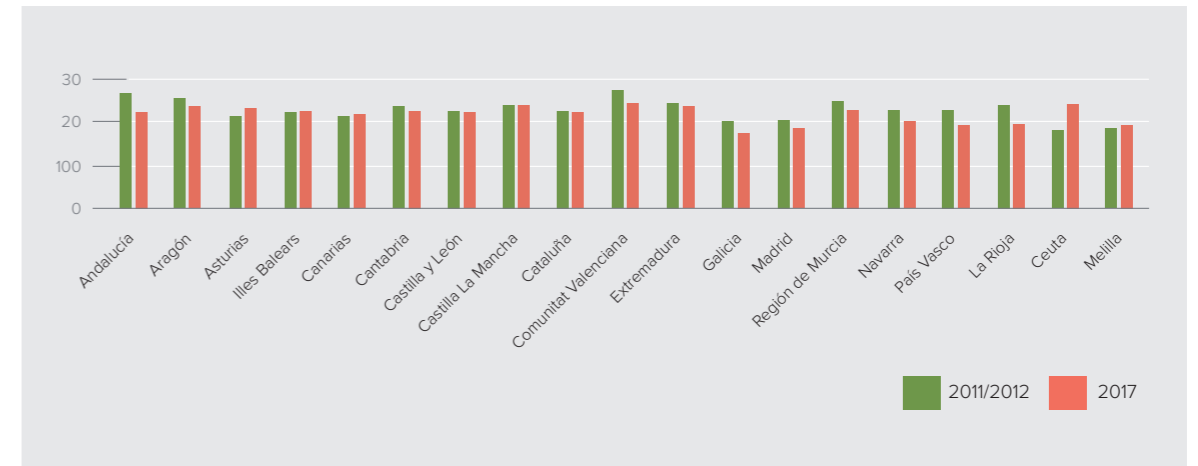


FIGURA 4 COMPARACIÓN DE PORCENTAJE DE FUMADORES DIARIOS 2012/2017



PREVALENCIA DE CONSUMO DEL TABACO POR COMUNIDADES

La prevalencia del consumo del tabaco es mayor entre las personas que finalizan antes su etapa educativa, así como entre los desempleados. Por lo tanto, los condicionantes socioeconómicos son un factor importante a tener en cuenta.

Otra cuestión relevante a efectos de la planificación de los recursos para la deshabituación tabáquica es el número de fumadores que desean abandonar el consumo de tabaco. En este sentido, siguiendo con los datos de la encuesta Nacional de salud de 2017, un 23,7% de los fumadores diarios ha intentado dejar de fumar en el último año lo que supone un total

de 2.094.200 fumadores con al menos un intento de abandono. De ellos, un 56% han sido varones y 44% mujeres. La distribución de fumadores con intento de abandono difiere enormemente de una comunidad autónoma a otra.

La evolución del colectivo de fumadores que intentan dejar de fumar entre los años 2012 y 2017 muestra que la proporción de fumadores con intento de abandono en 2017 es claramente inferior en la mayoría de las CCAA, excepto en Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja y Melilla (Fig. 5).

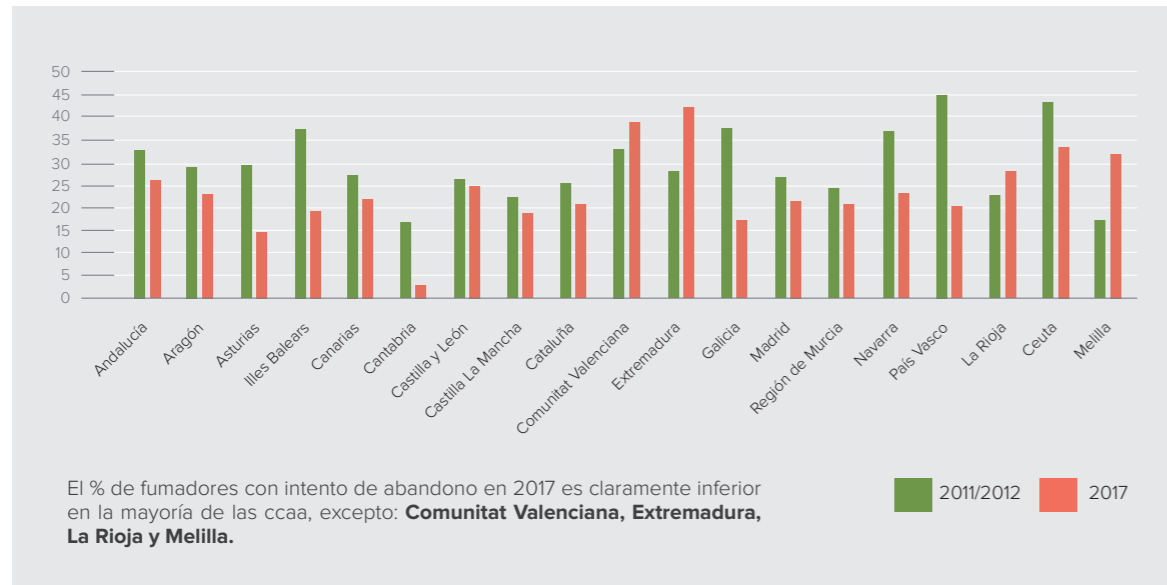


FIGURA 5 COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE FUMADORES CON INTENTO DE ABANDONO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2012/2017

## 01\_02\_ Intervenciones para la deshabituación tabáquica

La primera recomendación de la Guía del Tratamiento del Tabaquismo del US Public Health Service es: “El tabaquismo es una enfermedad crónica que a menudo requiere intervenciones repetidas y múltiples intentos de abandono. Sin embargo, existen tratamientos eficaces que pueden aumentar significativamente las tasas de abstinencia a largo plazo”<sup>13</sup>. En cuanto a la necesidad de realizar un tratamiento, entre el 95% y el 98% de los fumadores que intentan dejar de fumar por sus propios medios y sin apoyo no consiguen su objetivo<sup>14/15</sup>. Sin embargo, con el tiempo, se han ido desarrollando un abanico de intervenciones eficaces para el abandono del consumo de tabaco, que pueden incrementar la probabilidad de éxito hasta en un 30%<sup>16</sup>.

Existen múltiples intervenciones encaminadas a dejar de fumar. Brevemente resumimos las más frecuentes (Documento de Consenso de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo)<sup>17</sup>.

### INTERVENCIÓN BREVE:

“Aquellas que no cumplen los criterios de las intensivas (más de tres sesiones de más de diez minutos de contacto cada una)”. Dentro de ellas se encuentra la intervención de las “Cinco Aes” (averiguar si fuma, analizar la disposición al cambio, aconsejar dejar de fumar, ayudar en el intento de abandono y acordar seguimiento), recomendada por la Guía de la AHCP-SCC (Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical).

### CONSEJO SANITARIO:

Se trata de “información verbal breve y personalizada sobre los beneficios de dejar de fumar y/o los riesgos de seguir fumando, así como una propuesta cuyo objetivo principal es motivar para el cambio, sea de actitud o de conducta”<sup>18</sup>. En este sentido, en la citada Guía de la US Public Health Service, recomiendan que “Todos los médicos deben aconsejar intensamente a todos los fumadores que abandonen el tabaco, porque se ha demostrado que el consejo del médico para dejar de fumar incrementa las tasas de abstinencia. Entre las conclusiones de la Guía Fiore ya citada

figura: “El tratamiento breve del tabaquismo es eficaz. Los profesionales sanitarios deben ofrecer a todos los fumadores, al menos, los tratamientos breves cuya eficacia se ha mostrado en esta Guía”.

### INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL:

Ayuda a los fumadores a que identifiquen y se ocupen de sus problemas de tabaquismo. Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio<sup>19</sup>. Es una forma de abordar a aquellos fumadores para que progresen en su etapa de cambio durante su proceso de dejar de fumar.

### TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

Es una intervención basada en modelos teóricos validados experimentalmente y desarrollada a través de la aplicación de técnicas y métodos propios de la Psicología<sup>20</sup>. Se puede efectuar de manera individual o grupal, teniendo como objetivo tratar los aspectos psicológicos de la adicción al tabaco, ayudando al fumador a conseguir y mantener la abstinencia. Se han utilizado varias técnicas, como el control de estímulos, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, aceptación y compromiso, etc. El modelo cognitivo conductual ha demostrado ser uno de los más eficaces en el abordaje del tabaquismo. El tratamiento psicológico no debe confundirse con el “apoyo psicológico”, término en el que se engloban distintas herramientas de comunicación, interrelación, etc. que puede ser efectuado por cualquier profesional implicado en el tratamiento del fumador.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El tratamiento farmacológico debería ser ofertado a todos los fumadores que desean dejar de fumar y que no tengan contraindicaciones o presenten posibles interacciones medicamentosas con otros tratamientos. No se emplean en embarazadas por norma general. Para hacer la prescripción de un fármaco hay que realizar previamente una historia clínica, una mínima exploración física y, de esta forma, conocer la situación clínica del paciente. Además, salvo la terapia sustitutiva de nicotina (que también tiene sus contraindicaciones), precisan de receta médica.

dicaciones), precisan de receta médica.

Se ha demostrado que la terapia sustitutiva o de remplazo de nicotina (NRT), el bupropión, la vareniclina y la citisina mejoran las posibilidades de dejar de fumar<sup>21</sup>. Los tres fármacos utilizados en España son la terapia sustitutiva de nicotina, el bupropión y la vareniclina.

En cuanto a la terapia sustitutiva de nicotina, existe evidencia de que todas las formas autorizadas de terapia sustitutiva de nicotina pueden ayudar a las personas que intentan dejar de fumar. La TRN a menudo causa una irritación pequeña del sitio a través del cual se administra (irritación de la piel en el caso de los parches, molestias gástricas en el caso de los chicles, etc.), y en casos raros puede causar palpitations y dolor torácico no isquémico. Se estima que aumentan la tasa de éxito en un 50% a 60%<sup>22</sup>.

Otros tratamientos utilizados son los antidepresivos bupropión y nortriptilina. De ellos, en España se utiliza fundamentalmente el bupropión, aunque en descenso. Según diversos estudios, muestran una eficacia similar a la terapia de sustitución de nicotina. Por otra parte, el bupropión es menos efectivo que la vareniclina, se necesita más investigación para confirmar este hallazgo. Los eventos adversos con cualquiera de los medicamentos rara vez son serios o conducen a la interrupción de la medicación. Hay que tener en cuenta las interacciones y contraindicaciones de los fármacos para minimizar estos efectos adversos que, en ocasiones, pueden ser serios, como idea suicida, y síntomas neuropsiquiátricos<sup>23</sup>. Otros antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (por ejemplo, la fluoxetina) ni los inhibidores de la monoaminoxidasa ayudan a la cesación tabáquica<sup>24</sup>.

Otro grupo de fármacos utilizados en el tratamiento de deshabituación tabáquica son los agonistas parciales nicotínicos como la citisina y vareniclina (el más utilizado en nuestro entorno)<sup>25</sup>. La citisina aumenta las

posibilidades de dejar de fumar, aunque las tasas de abandono absoluto fueron modestas en dos ensayos recientes. La vareniclina en dosis estándar aumentó las posibilidades de dejar de fumar con éxito a largo plazo entre dos y tres veces, en comparación con los intentos de abandono farmacológico sin asistencia. Los regímenes de dosis más bajas también confirieron beneficios para el cese, al tiempo que reducen la incidencia de eventos adversos.

Se obtuvieron más cesaciones con vareniclina que con bupropión o con NRT. En cuanto al tratamiento de las recaídas, la evidencia es limitada, aunque vareniclina puede tener un papel en la prevención de recaídas. El efecto adverso más registrado de la vareniclina son las náuseas, pero suelen ser leves o moderadas y tiende a disminuir con el tiempo. Las investigaciones actuales no han confirmado los primeros informes de posibles vínculos con la ideación y el comportamiento suicida. Los ensayos futuros de citisina pueden probar regímenes extendidos y un apoyo conductual más intensivo.

Las recaídas siguen siendo un reto importante. En el trabajo publicado por Jackson SE et al<sup>26</sup>, encontraron los siguientes porcentajes de abstinentes a las 52 semanas de los que habían logrado dejarlo al finalizar el tratamiento: Para vareniclina, bupropión, NRT y placebo, respectivamente, 55.9, 65.0, 62.3 y 56.5%. Podemos observar que casi un 50 % no llegó abstinente al año.

## MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

### Tratamiento multicomponente y combinado

Este enfoque de tratamiento ha demostrado mayor eficacia que los distintos tratamientos enumerados de forma aislada. De hecho, se ha publicado una alta eficacia, llegando a ser del 30-50 % de abstinencia al año. La combinación de farmacoterapia y el apoyo conductual aumentan el éxito del abandono del hábito de fumar en comparación con una intervención mínima o la atención habitual. En la revisión de Stead LF et al no encuentran evidencia de comparaciones indirectas de que ofrecer un apoyo conductual más

intensivo se asocie con efectos de tratamiento más grandes<sup>27</sup>.

En este mismo sentido, la recomendación de Fiore es: “La combinación de asesoramiento y medicación es más eficaz para dejar de fumar que la medicación o el asesoramiento solos. Por lo tanto, siempre que sea posible y apropiado, se debe proporcionar asesoramiento y medicación a los pacientes que intentan dejar de fumar (Nivel de evidencia = A). En esta misma Guía encontramos que la medicación sola tiene una tasa de abstinencia del 21,7 %, mientras que, si se combina con asesoramiento, asciende al 27,6 %. Si aumentamos la intensidad de la intervención, pasamos a una abstinencia del 32,5 % combinando medicación y más de 8 sesiones. Por otra parte, el asesoramiento solo presenta una tasa de abstinencia del 14,6 %.

Según et Suárez-Varela Úbeda JF et al<sup>28</sup>, en un grupo de fumadores tratados en Atención Primaria, encontraron que las intervenciones grupales e individuales multicomponente en atención primaria se asociaron con una tasa de abandono del 36,9% a los 12 meses de seguimiento. Con una mayor probabilidad de éxito entre pacientes con educación superior, con la intervención grupal y con tratamiento farmacológico. En la Tabla 2 se ofrece un resumen de las tasas de abstinencia obtenidas por los diversos fármacos según datos publicados por la Guía Fiore.

| Fármaco          | Tasa de abstinencia a 6 meses |
|------------------|-------------------------------|
| Placebo          | 13,8%                         |
| Chicle nicotina  | 19,0%                         |
| Parches nicotina | 23,4%                         |
| Bupropion        | 24,2%                         |
| Vareniclina      | 33,2%                         |

TABLA 2 TASA DE ABSTINENCIA A LOS 6 MESES CON DIFERENTES FÁRMACOS SEGÚN DATOS DE LA GUÍA FIORE. ELABORACIÓN PROPIA.

En casos seleccionados se puede optar por una combinación de fármacos que pueden incrementar la tasa de abstinentes.

### Tratamiento multidisciplinar

También en la Guía Fiore se recomienda que “Las intervenciones realizadas por múltiples tipos de profesionales sanitarios son más efectivas que las que ofrece un solo tipo de profesional sanitario. Por lo tanto, se recomienda la provisión de intervenciones por más de un tipo de profesional sanitario. (Nivel de evidencia = C)”

### Terapia grupal vs individual

La terapia en grupo ha ofrecido mejores resultados, según la revisión de Stead LF et al<sup>29</sup>, que la autoayuda y otras intervenciones menos intensivas. Sin embargo, no hay pruebas suficientes para evaluar si los grupos son más efectivos o rentables que el asesoramiento individual intensivo.

Sin embargo, en la revisión efectuada por Kotsen C et al<sup>30</sup>, concluyen que el tratamiento grupal para la dependencia del tabaco debe establecerse y estar disponible en todos los entornos médicos y de salud. Siendo el tratamiento de tabaco en grupo uno de los formatos de tratamiento de tabaco reembolsables obligatorios dentro del sistema de salud de EE. UU

## INTENSIDAD DEL TRATAMIENTO

En la Guía Fiore<sup>31</sup>, comentan que el asesoramiento intensivo es especialmente efectivo y que existe una asociación dosis-respuesta entre la intensidad del asesoramiento y el éxito en el abandono. Esta intensidad de la intervención puede efectuarse, bien aumentando la duración de las sesiones, bien incrementando el número de sesiones. Por ello en la citada Guía se realiza la siguiente: “Recomendación: Hay una relación dosis-respuesta entre la duración de la sesión de contacto directo y su efectividad. Las intervenciones intensivas son más efectivas que las intervenciones menos intensivas y se deben utilizar siempre que sea posible. (Nivel de evidencia = A)

## PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Los profesionales que pueden tratar en la deshabituación tabáquica son varios, si bien hay que tener en cuenta que, para el manejo de fármacos se precisa la posibilidad legal de prescribirlos, y para el tratamiento psicológico se precisa un profesional de la Psicología. Lo importante es que el profesional tenga una formación específica en el tratamiento del tabaquismo, dado que la formación recibida en las distintas facultades suele ser escasa en este campo.

La guía Fiore comenta en este aspecto que “el tratamiento para la dependencia del tabaco puede ser ofrecido por cualquier clínico adecuadamente entrenado, y no hay razones de efectividad ni coste efectividad para limitarlas a un colectivo profesional concreto”. Una limitación a este respecto es la capacidad legal de prescribir medicamentos.

Con este concepto del perfil profesional que debe realizar el tratamiento de deshabituación tabáquica podemos englobar a profesionales de la Enfermería<sup>32</sup>, Medicina<sup>33</sup>, Psicología<sup>34</sup> y Farmacia<sup>35</sup>. Lo que es importante asegurar es la formación en tabaquismo de estos profesionales. También que los tratamientos se realicen por el profesional adecuado, no confundiendo, por ejemplo, la utilización de ciertas técnicas propias de la Psicología con llevar a cabo un tratamiento psicológico.

El abordaje multidisciplinar es importante en el tratamiento del tabaquismo ya que abordando en su conjunto los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del fumador, podremos llegar a una comprensión global de sus necesidades, aportándole el tratamiento más adecuado en cada caso, encaminado a la obtención de nuestro objetivo: el abandono del consumo del tabaco.

## EFICACIA

Para evaluar la eficacia sería conveniente, con el ob-

jeto de ofrecer datos comparables, que los criterios de éxito fueran similares. Así, hay que tener en cuenta si el dato ofrecido se refiere a los fumadores que comienzan el tratamiento o lo terminan. La diferencia estriba en que si tomamos como referencia los que comienzan, la falta de adherencia al tratamiento se considera fracaso. No así en el otro caso.

Otro dato importante es considerar el tiempo de abstinencia. Teniendo en cuenta que se considera como exfumador a la persona que habiendo sido fumadora lleva, al menos, 1 año sin fumar<sup>36</sup>, el tiempo de seguimiento en la deshabituación tabáquica debería ser de un año de abstinencia continuada.

También es importante considerar si la abstinencia es continua o no, considerando abstinencia continua, es decir sin probar el tabaco en dicho periodo de tiempo.

Por último, está la forma de confirmar la abstinencia que puede ser verbal, mediante marcadores biológicos como el monóxido de carbono en aire espirado o marcadores específicos como la determinación de cotinina o nicotina en muestras biológicas (orina, pelo, etc.)<sup>37</sup>. Se ha observado en el estudio de Morales NA et al<sup>38</sup>, una discordancia entre el nivel de cotinina y la declaración verbal del consumo del tabaco de un 15%.

Por otra parte, en la Tabla 3, tomada de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)<sup>39</sup>, podemos observar los distintos métodos para dejar de fumar con sus Odds Ratio de eficacia.

Se pueden ver, a modo de resumen, las Odds Ratio de varios fármacos frente a placebo y en estudios comparativos entre ellos en la Tabla 4.

| Tipo de intervención                            | Eficacia OR (IC 95%)* |
|-------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Manuales de autoayuda</b>                    |                       |
| • Materiales no personalizados                  | 1,24 (1,07-1,45)      |
| • Materiales personalizados                     | 1,80 (1,46-2,23)      |
| <b>Intervención mínima</b>                      |                       |
| • Consejo médico                                | 1,69 (1,45-1,98)      |
| • Consejo enfermería                            | 1,50 (1,29-1,739)     |
| • Consejo telefónico por persona entrenada      | 1,56 (1,38-1,77)      |
| <b>Intervenciones intensivas (psicológicas)</b> |                       |
| • Terapia individual                            | 1,62 (1,35-1,94)**    |
| • Terapia grupal                                | 2,19 (1,42-3,37)      |
| • Terapia aversiva                              | 1,98 (1,36-2,90)      |
| <b>Intervenciones farmacológicas</b>            |                       |
| • Chicles de nicotina                           | 1,66 (1,52-1,81)      |
| • Parches de nicotina                           | 1,74 (1,57-1,93)      |
| • Spray nasal de nicotina                       | 2,27 (1,61-3,20)      |
| • Inhalador de nicotina***                      | 2,08 (1,43-3,04)      |
| • Tabletas sublinguales                         | 1,73 (1,07-2,80)      |
| • Bupropión                                     | 2,75 (1,98-3,81)      |
| • Nortriptilina                                 | 2,80 (1,81-4,32)      |
| • Clonidina                                     | 1,89 (1,30-2,74)      |

TABLA 3 EFICACIA DE LOS DISTINTOS ABORDAJES DEL TABAQUISMO. TOMADO DE AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (AETS)<sup>39</sup>

\* Todas las determinaciones fueron estadísticamente significativas.

\*\* El consejo individual tendrá mayor eficacia dependiendo del tiempo de contacto: OR= 3,2 para 91-300 min.; OR=2,8 para más de 300 min. Así como el número de sesiones realizadas: OR=1,9 para 4-8 sesiones; OR=2,3 para más de 8 sesiones.

\*\*\* Presentación no comercializada en España

|                       | OR   |
|-----------------------|------|
| NRT vs placebo        | 1,84 |
| Bupropion vs placebo  | 1,82 |
| Vareciniline          | 2,88 |
| Bupropion/NRT         | 0,99 |
| Varecincline/NRT      | 1,57 |
| Varenicline/Bupropion | 1,59 |

TABLA 4 COMPARACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS FÁRMACOS SEGÚN DATOS DE CAHILL K, ET AL<sup>41</sup>.

En el estudio realizado por Traperro-Bertran M et al<sup>42</sup>, se plantean el objetivo de estudiar la rentabilidad de distintos escenarios en el actual Sistema Nacional de Salud respecto a dejar de fumar. Uno es la situación actual y otros cuatro. Utilizan un modelo basado en el European study on Quantifying Utility of Investment in Protection from Tobacco model (EQUIPTMOD), basado en un modelo de transición económica Markov para estimar el ROI (Return On Investment). Los cuatro escenarios que evalúan son:

(a) La provisión actual de servicios para dejar de fumar (consejo médico breve e impreso) material de autoayuda + prohibición de fumar e impuestos del tabaco en los niveles actuales)

(b) Cuatro escenarios alternativos:

- Cobertura de llamadas telefónicas proactivas
- Terapia de reemplazo de nicotina (mono y combo) [prescripción terapia de reemplazo de nicotina (Rx NRT)]
- Varenicline (duración estándar)
- Bupropion

Han estudiado los costos de atención médica asociados con el tratamiento de las enfermedades atribuibles al tabaquismo (cáncer de pulmón, enfermedad cardíaca, obstrucción pulmonar obstructiva crónica y

accidente cerebrovascular); Costes de intervención; Años de vida ajustados por calidad (AVAC).

Estiman los costes de la prestación de servicios para dejar de fumar de aproximadamente 61 millones de euros en el año de elaboración del trabajo. Esto se traduce en 18 personas que dejan de fumar por cada 1000 fumadores y una relación costo-beneficio de por vida de 5, en comparación con ninguna disposición de ese tipo. Todos los escenarios alternativos fueron dominantes (ahorro de costos: menos costoso de ejecutar y generado más AVAC) desde la perspectiva de la vida útil, en comparación con la situación actual. Las relaciones beneficio-costos de por vida fueron: 1.87 (llamadas telefónicas proactivas); 1,17 (Rx NRT); 2.40 (varenicline-duración estándar); y bupropion (2.18). Los resultados se mantuvieron robustos en el análisis de sensibilidad.

Los autores concluyen que según la herramienta de modelado EQUIPTMOD empleada, sería rentable que las autoridades españolas aumenten el alcance de las intervenciones breves existentes de los médicos de familia para dejar de fumar, proporcionen asistencia telefónica proactiva y financien los medicamentos para dejar de fumar.



## 01\_03\_ Marco Regulador

Exponemos a continuación el marco regulador y los documentos propuestos por diversas entidades, directamente relacionados con el control del tabaquismo y la deshabituación tabáquica, que han servido de base para la formulación de los distintos puntos objeto de nuestro estudio.

La Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco y su modificación por la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, han supuesto un cambio importante para favorecer la desnormalización del consumo del tabaco y la deshabituación tabáquica. En este sentido, transcribimos el artículo 12, en el que se hace referencia a los programas de deshabituación tabáquica:

*«Artículo 12. De los programas de deshabituación tabáquica. Las Administraciones públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la atención primaria. Asimismo, se promoverán los programas de promoción del abandono del consumo de tabaco en instituciones docentes, centros sanitarios, centros de trabajo y entornos deportivos y de ocio. La creación de unidades de deshabituación tabáquica se potenciará y promoverá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que también definirá los grupos prioritarios que resulten más vulnerables.*

*El acceso a tratamientos de deshabituación tabáquica, cuya eficacia y coste-efectividad haya sido avalada por la evidencia científica, se potenciará y promoverá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, valorando, en su caso, su incorporación a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.»<sup>43</sup>*

Como podemos observar, se insta a promover programas de deshabituación tabáquica, especialmente en Atención Primaria. En la cartera de servicios de Atención Primaria, publicada en el BOE<sup>44</sup>, aparece el tabaco en varios apartados.

Así, dentro del apartado 3.1.2 Actividades preventivas aparece en su apartado c):

*c) “Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase pre-sintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria)”.*

En el apartado 6.2 que aborda los servicios de atención a la adolescencia, figura en su apartado 6.2.1

*6.2.1 “Anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes”.*

En el apartado 6.4 que se refiere a la atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos, en su apartado 6.4.4 sobre atención a personas con conductas de riesgo, encontramos lo siguiente:

*“Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco. Incluye la valoración del fumador, la información sobre riesgos, el consejo de abandono y el apoyo sanitario y, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada”.*

Por lo tanto, existe en la legislación un marco legal para promover e implementar la deshabituación tabáquica, si bien no establece los medios precisos ni la manera de realizar la misma.

El CNPT (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo), en su “Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España<sup>45</sup>” propone varios puntos donde el Sistema Sanitario debería tener un papel importante. Estos aspectos son:

- *“Favoreciendo y promoviendo la formación del personal sanitario en abordaje del tabaquismo.*

- *Promoviendo programas de deshabituación tabáquica tanto en los centros de salud (atención primaria, salud laboral) como en los hospitales.*

- *Creando una red de unidades especializadas en tabaquismo, multidisciplinarias, donde se pueda atender los casos más difíciles (pacientes con comorbilidades psiquiátricas, otras dependencias, pacientes con alta dependencia, recalcitrantes, y pacientes con patologías en cuyo pronóstico el cese tabáquico es prioritario).*

- *Implantando programas de deshabituación del tabaquismo en los centros de trabajo como parte de las actividades de salud laboral.*

- *Financiando los tratamientos que han demostrado ser coste-efectivos.*

- *Promoviendo el desarrollo de material educativo y programas de apoyo no presencial (quit lines, programas online...), folletos de autoayuda.*

- *Colaborando activamente en la implementación y cumplimiento de las leyes que restringen el consumo de tabaco en lugares públicos y en el entorno laboral.”*

El grupo de expertos del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), en su “Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018<sup>46</sup>”, entre otras acciones propone las siguientes relacionadas con el consumo del tabaco:

- *“Se recomienda preguntar a todos los adultos sobre el consumo de tabaco cuando acudan a consulta, y aconsejarles que abandonen el tabaco si fuman (evidencia alta, recomendación fuerte a favor)*

- *La periodicidad mínima de esta detección del consumo de tabaco y registro debe ser de una vez cada 2 años. No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en las que se tenga constancia en la historia clínica de que nunca han fumado (evidencia baja, recomendación débil a favor)*

- *Se recomienda proporcionar intervenciones conductuales y farmacológicas para ayudar a dejar de fumar al fumador que quiera hacer un intento de abandono del tabaco (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor)*

- *Se recomienda que desde atención primaria se intervenga para prevenir el consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar mediante la educación y las intervenciones breves (evidencia baja, recomendación débil a favor)”*

El ya citado CNPT, recoge en su “Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España”, proponen tener en cuenta una serie de criterios de adecuación y equidad. Los puntos propuestos a establecer son:

- *“Criterios de riesgo sanitario para priorizar la atención a los grupos con más riesgo.*

- *Criterios de accesibilidad según la distribución geográfica, a través de la red de Atención Primaria, derivando a las Unidades Especializadas de Tabaquismo cuando fuera preciso. Estas unidades deberían establecerse según la población a atender y la accesibilidad geográfica.*

- *Criterios de equidad. Dado que el tabaquismo en España se está concentrando en colectivos vulnerables, la disponibilidad de programas de tratamiento del tabaquismo debería tener en cuenta criterios de equidad y de género”.*

En el mismo documento se propone unos mínimos para la Asistencia al fumador<sup>47</sup>:

- “Criterios de coste-efectividad.
- Incluirlo en la cartera de servicios, tanto de Atención Primaria como Especializada.
- Disponer de un protocolo de intervención básico.
- Establecer criterios de derivación a las unidades especializadas.
- Asegurar la cobertura de estos servicios en las zonas geográficas actualmente desatendidas y evitar duplicidades.
- Difundir los recursos asistenciales.
- Establecer sinergias para aprovechar programas ya existentes.
- Ampliar y reforzar programas de amplio alcance

comunitario.

- Establecer un registro y evaluación de las prestaciones para mejorar la eficiencia.
- Promover la formación continua en tratamiento del tabaquismo”.

Otro tema a debate y estudio es la financiación de los fármacos para la deshabituación tabáquica. En este sentido, no hay una respuesta unánime ni entre los profesionales ni entre las distintas Comunidades Autónomas. Sólo 3 de ellas ofrecen una financiación completa: Navarra, La Rioja y Ceuta. A continuación, en la tabla 5, reproducimos las tablas remitidas como Anexo 18<sup>48</sup> en 2012 al WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) por el Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales, donde se recogen el monto de la financiación y los colectivos a los que van dirigidos en dicho año.

| FINANCIACIÓN TRATAMIENTOS DESHABITUACIÓN TABÁQUICA |                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FINANCIACIÓN COMPLETA (cobertura poblacional)      |                                                                                                                                                       |
| Navarra                                            | Financiación a toda la población fumadora que tenga tarjeta sanitaria desde 2003 (Real Decreto de 2003)                                               |
| La Rioja                                           | Financiación a toda la población fumadora desde 2006. Se articula a través de atención primaria y unidades especializadas de tabaquismo hospitalarias |
| Ceuta                                              | Se financia el tratamiento farmacológico a toda la población fumadora que acude a la unidad especializada de tabaquismo                               |

| FINANCIACIÓN TRATAMIENTOS DESHABITUACIÓN TABÁQUICA        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FINANCIACIÓN PARCIAL (cobertura a colectivos específicos) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Madrid                                                    | Pacientes con patología crónica agravada por el consumo de tabaco a través de la unidad especializada de tabaquismo de la Comunidad de Madrid<br>Pacientes fumadores diagnosticados de EPOC<br>Pacientes fumadores diagnosticados de Infarto de miocardio reciente<br>Pacientes fumadores de dislipemias familiares<br>Fumadoras embarazadas                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Cataluña                                                  | Profesionales médicos<br>Profesionales y trabajadores sanitarios<br>Docentes<br>Funcionarios<br>Pacientes con patología crónica agravada por el consumo de tabaco<br>Población desfavorecida o vulnerable<br>Centros penitenciarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Andalucía                                                 | Profesionales médicos<br>Profesionales y trabajadores sanitarios<br>Docentes<br>Funcionarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Murcia                                                    | Se financia a toda la población fumadora pero solo en 3 de las 9 áreas sanitarias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Castilla La Mancha                                        | Profesionales médicos a través de atención primaria<br>Profesionales y trabajadores sanitarios<br>Docentes<br>Se plantea la posibilidad de financiar tratamiento en pacientes hospitalizados a través de las unidades de tabaquismo hospitalarias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Asturias                                                  | Se financia el 50% del coste de tratamiento a las personas fumadoras de alto riesgo a través de atención primaria y unidad especializada de tabaquismo<br>Fumadores que sin presentar patología han realizado al menos tres intentos previos bajo el control de un profesional sanitario y no son capaces de controlar su consumo<br>Fumadores con patologías orgánicas que mejoren con el cese del consumo (EPOC, enfermedad cardiovascular, cáncer)<br>Fumadores con patologías de base no producidas por el tabaquismo pero que se agraven si se mantiene el consumo (asma, diabetes, etc.) |
| Cantabria                                                 | Financiación terapia grupal (no farmacológica en colectivos médicos: Profesionales y trabajadores sanitarios, docentes, funcionarios)<br>Financiación tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Melilla                                                   | Existen dos programas anuales de deshabituación para población fumadora limitada a 60 tratamientos farmacológicos. Realizado por la AECC a través de convenio de colaboración con la Ciudad Autónoma de Melilla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Canarias                                                  | Se financia el 50% del coste de tratamiento desde 2011 a pacientes ingresados en el hospital o a pacientes de alto riesgo de atención primaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| FINANCIACIÓN TRATAMIENTOS DESHABITUACIÓN TABÁQUICA |                |
|----------------------------------------------------|----------------|
| FINANCIACIÓN COMPLETA (cobertura poblacional)      |                |
| País Vasco                                         | No se financia |
| Galicia                                            | No se financia |
| Comunidad Valenciana                               | No se financia |
| Aragón                                             | No se financia |
| Castilla y León                                    | No se financia |
| Extremadura                                        | No se financia |
| Baleares                                           | No se financia |

TABLA 5 FINANCIACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. ANEXO 18 EN 2012 AL WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL (FCTC)

La situación con respecto a la financiación del tratamiento farmacológico para la cesación tabáquica cambiara en un breve ya que, a partir del 1 de enero de 2020 el Sistema Nacional de Salud financiará va-

reniclina, después de que la Comisión Interministerial de Precios lo haya acordado el día 30 de septiembre de 2019<sup>49</sup>.

# 02

## METODOLOGÍA Y FICHA TÉCNICA

Conocer quién y donde ofrece tratamiento de deshabituación tabáquica en España resulta complejo, debido a que hay una gran cantidad de instituciones que ofrecen este tipo de asistencia.

Se realizaron un total de 1.124 entrevistas con la distribución mostrada en la tabla. Estas entrevistas han permitido un análisis nivel comunidades autónomas y agregando se obtendrán los resultados a nivel nacional.

| Segmento de estudio                              | Nº Centros Consultados | Margen de error |
|--------------------------------------------------|------------------------|-----------------|
| Unidades Asistenciales Acreditadas en Tabaquismo | 50                     | 0               |
| Hospitales no incluidos en el primer grupo       | 292                    | 3%              |
| Centros de Salud                                 | 430                    | 5%              |
| Consultorios                                     | 300                    | 8%              |

INSTITUCIONES QUE OFRECEN TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ESPAÑA.

El tamaño de la muestra de la población a analizar fue calculado por inferencia estadística, con un índice de confianza del 95% y un error medio de 5% para hospitales, centros de salud y para consultorios. Es decir,

los resultados obtenidos en el 95% de los casos, se ajustan a la realidad con el margen de error dado en cada caso.

| Comunidad Autónoma           | Unidades Asistenciales | Hospitales | Centros de Salud | Consultorios |
|------------------------------|------------------------|------------|------------------|--------------|
| Andalucía                    | 2                      | 91         | 407              | 121          |
| Comunidad Valenciana         | 6                      | 39         | 283              | 122          |
| Extremadura                  | 2                      | 12         | 110              | 4            |
| Galicia                      | 1                      | 26         | 398              | 0            |
| Madrid (comunidad de)        | 10                     | 40         | 262              | 34           |
| Murcia (región de)           | 1                      | 9          | 85               | 13           |
| Navarra (comunidad foral de) | 1                      | 6          | 58               | 1            |
| País Vasco                   | 3                      | 22         | 154              | 13           |
| La Rioja                     | 0                      | 3          | 20               | 6            |
| Aragón                       | 3                      | 15         | 118              | 7            |
| Asturias (principado de)     | 1                      | 12         | 69               | 5            |
| Baleares (Islas)             | 0                      | 18         | 58               | 17           |
| Canarias                     | 2                      | 27         | 106              | 55           |
| Cantabria                    | 0                      | 4          | 42               | 2            |
| Castilla y León              | 5                      | 24         | 247              | 15           |
| Castilla-La Mancha           | 8                      | 13         | 203              | 13           |
| Cataluña                     | 4                      | 96         | 423              | 37           |
| Ceuta                        | 0                      | 1          | 3                | 0            |
| Melilla                      | 0                      | 1          | 4                | 0            |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>49</b>              | <b>459</b> | <b>3.050</b>     | <b>470</b>   |

LA POBLACIÓN TOTAL OBJETO DE ESTUDIO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA PARA CADA TIPO DE CENTRO.

| Comunidad Autónoma           | Unidades Asistenciales | Hospitales | Centros de Salud | Consultorios |
|------------------------------|------------------------|------------|------------------|--------------|
| Andalucía                    | 2                      | 45         | 29               | 57           |
| Comunidad Valenciana         | 6                      | 26         | 28               | 56           |
| Extremadura                  | 2                      | 11         | 26               | 4            |
| Galicia                      | 1                      | 20         | 29               | 0            |
| Madrid (comunidad de)        | 10                     | 25         | 28               | 28           |
| Murcia (región de)           | 1                      | 8          | 23               | 12           |
| Navarra (comunidad foral de) | 1                      | 6          | 21               | 1            |
| País Vasco                   | 5                      | 17         | 28               | 12           |
| La Rioja                     | 0                      | 3          | 13               | 6            |
| Aragón                       | 3                      | 13         | 26               | 7            |
| Asturias (principado de)     | 1                      | 11         | 22               | 5            |
| Baleares (Islas)             | 0                      | 15         | 21               | 15           |
| Canarias                     | 2                      | 19         | 25               | 37           |
| Cantabria                    | 0                      | 4          | 20               | 2            |
| Castilla y León              | 5                      | 18         | 29               | 15           |
| Castilla-La Mancha           | 7                      | 11         | 27               | 15           |
| Cataluña                     | 4                      | 38         | 29               | 28           |
| Ceuta                        | 0                      | 1          | 3                | 0            |
| Melilla                      | 0                      | 1          | 3                | 0            |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>50</b>              | <b>292</b> | <b>430</b>       | <b>300</b>   |

EL TAMAÑO DE LA MUESTRA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA PARA CADA TIPO DE CENTRO.

## Ficha Técnica

- 01\_ Descripción de la población: unidades asistenciales, hospitales no incluidos en las Unidades Asistenciales, Centros de Salud y Consultorios de Municipios con más de 5.000 habitantes.
- 02\_ La muestra se ha seleccionados mediante muestreo aleatorio simple sin repetición respetando las distribuciones de población de cada Comunidad Autónoma. Tamaño de la muestra: 1.124 centros.
- 03\_ El margen de confianza es del 95% con una desviación típica de 0,5, y con márgenes de error a nivel nacional de 0% para Unidades Acreditadas, 3% para Hospitales, 5% para Centros de Salud y 8% para Consultorios, y a nivel de Comunidad Autónoma de media 5% para Hospitales, Centros de Salud y Consultorios.
- 04\_ Periodo de recogida de la información: desde el 5 de noviembre de 2.018 hasta el 22 de marzo de 2.019.
- 05\_ Método de recogida de información: encuesta telefónica.

# 03

## EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN AL FUMADOR Y TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN EN ESPAÑA

En general en los diferentes planes de salud de las distintas Comunidades Autónomas se establece que se desarrollen acciones de deshabituación tabáquica tanto en los centros de salud como en los hospitales. Además, se contempla una red de unidades especializadas en tabaquismo, multidisciplinarias, para los casos más complejos (pacientes con comorbilidades psiquiátricas, otras dependencias, pacientes con alta dependencia, etc.). Existen otros recursos para la atención a los fumadores como es la propia Asociación Española Contra el Cáncer, las farmacias con atención

comunitaria y algunos servicios de deshabituación tabáquica dependientes de los ayuntamientos.

### COBERTURA DE ATENCIÓN AL FUMADOR

A modo de resumen en la tabla 6 se detalla los resultados generales obtenidos respecto al número de fumadores tratados en los diferentes niveles de atención. También se ofrece el número de personas abstinentes en los diferentes momentos de medida, al finalizar el tratamiento, a los 6 y 12 meses una vez finalizado el mismo.

|                           | España  | Centros de salud | Consultorios | Unidades especializadas | Servicios hospitalarios | Centros AECC |
|---------------------------|---------|------------------|--------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Total fumadores atendidos | 416.201 | 286.382          | 14.276       | 22.920                  | 88.938                  | 3.685        |

TABLA 6 NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS EN LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN AL FUMADOR.

El número total de pacientes atendidos por tabaquismo se encontraría alrededor de 415.000 anuales, lo que significa que llegan a solicitar ayuda para dejar de fumar a los diferentes servicios de atención alrededor de un 20% de los fumadores con al menos un intento de abandono en el último año, un total de 2.094.200 fumadores según los datos de la encuesta nacional de salud 2017. A este respecto, es necesario destacar que este dato no significa que el resto de los fumadores con intento de abandono no haya podido acceder

a recibir tratamiento, sino que podría deberse a que han decidido voluntariamente no acudir al sistema para buscar ayuda.

La gran mayoría de los tratamientos se realiza en los centros de salud y consultorios (72%) y se lleva a cabo por médicos de familia (48%) y por enfermeros (49%). El número y el porcentaje de pacientes atendidos por centro se puede ver esquematizado en la Fig. 6.

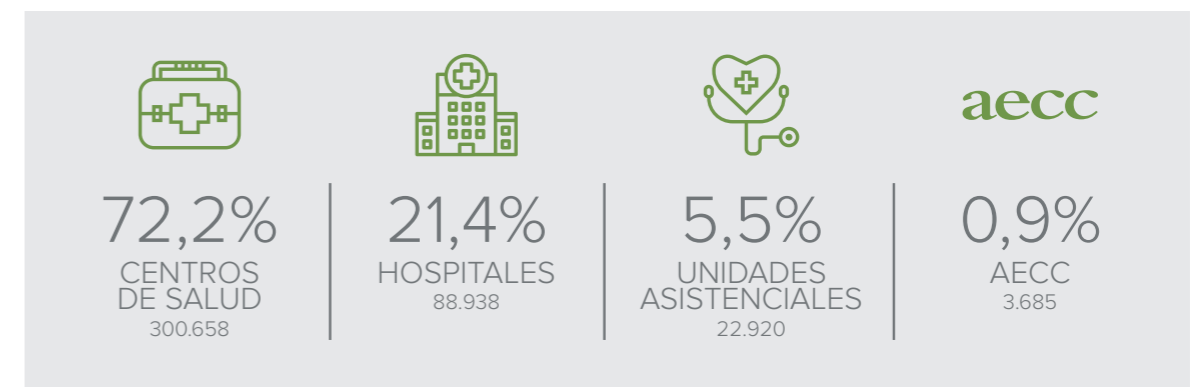


FIGURA 6 NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS POR CENTROS.

Como cabría esperar, son los profesionales de las unidades especializadas en tabaquismo los que atienden un mayor número de pacientes, con una media de 130 paciente/año por profesional. Los profesionales de los servicios asistenciales en los hospitales ven a un número significativamente menor de usuarios, concretamente 65 pacientes anuales por profesional. En el caso de los médicos y enfermeros de atención primaria la media de paciente por profesional cae hasta los 10 pacientes año.

En la misma línea, los datos muestran que las unidades especializadas son las que reciben a un número mayor de pacientes al año. Así, cada una de ellas trata una media de 521 pacientes anuales frente a los 194 de los hospitales y los 94 de los centros de salud.

### ¿CÓMO ES LA ATENCIÓN QUE SE OFRECE?

Es importante conocer no sólo dónde se realizan este tipo de tratamientos, sino también cuáles son sus características. En cuanto a la especialización de los profesionales que atienden a los fumadores en su proceso de deshabituación tabáquica, se observa un número muy reducido de profesionales especialistas en tabaquismo en todos los tipos de centros, incluidas las unidades especializadas. En consonancia con la baja proporción de especialización, únicamente un 3% de los pacientes tratados son atendidos por profesionales sanitarios especialistas en tabaquismo.

Como parece lógico, la mayor proporción se observa en hospitales (1 de cada 2,2 médicos) y en las unidades asistenciales especializadas en tabaquismo (1 de cada 4). Sin embargo, en los centros de salud esta proporción es significativamente baja (1 de cada 400). Este aspecto resulta clave como elemento de mejora del sistema de prestaciones al fumador durante el proceso de abandono del tabaco. Destacando la necesidad de formación en tabaquismo que ha sido señalada por un grupo importante de profesionales, especialmente de atención primaria.

Respecto a la demora en la prestación del servicio, el 79% de los centros atienden en menos de una semana. No encontramos problema de demora en los centros de salud, pero sí en las unidades especializadas, donde el tiempo de espera oscila entre 15 días y un mes (39%) y entre 1 y 6 meses (49%).

Respecto a las tasas de éxito auto-informadas, del total de pacientes atendidos un total de 272.939 personas dejan de fumar al finalizar el tratamiento, lo que significa una tasa de abstinencia del 65%. Dicha tasa disminuye hasta un 43% a los seis meses y un 41% al año de iniciar el tratamiento, donde hasta 170.596 personas atendidas se mantienen abstinentes. (Fig. 7). Los datos nos indican que la caída en la tasa de abstinencia se produce mayoritariamente entre los tres y seis meses finalizado el tratamiento, siendo este un periodo vital para reforzar y generar estrategias que ayuden a los fumadores a mantenerse sin fumar.

|                                                             | España  | Centros de salud | Consultorios | Unidades especializadas | Servicios hospitalarios | Centros AECC |
|-------------------------------------------------------------|---------|------------------|--------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Total de personas abstinentes a fin de tratamiento          | 272.939 | 185.992          | 8.685        | 13.943                  | 61.901                  | 2.418        |
| Total de personas abstinentes a 6 meses fin de tratamiento  | 178.605 | 117.677          | 5.948        | 10.500                  | 43.135                  | 1.345        |
| Total de personas abstinentes a 12 meses fin de tratamiento | 170.596 | 115.366          | 5.243        | 8.758                   | 40.229                  | 1.289        |

FIGURA 7 NÚMERO DE PACIENTES QUE DEJAN DE FUMAR TOTALES Y POR TIPO DE CENTRO.

### PERFIL PROFESIONAL QUE ATIENDE LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Los profesionales que atienden las consultas de deshabituación tabáquica son heterogéneos en cuanto a su titulación. En la Fig. 8 podemos observar que la gran mayoría son médicos de atención primaria y pro

fesionales de enfermería. La representación de especialistas en tabaquismo es muy pequeña y la de los psicólogos prácticamente anecdótica salvo en el caso de la Asociación Española Contra el Cáncer.

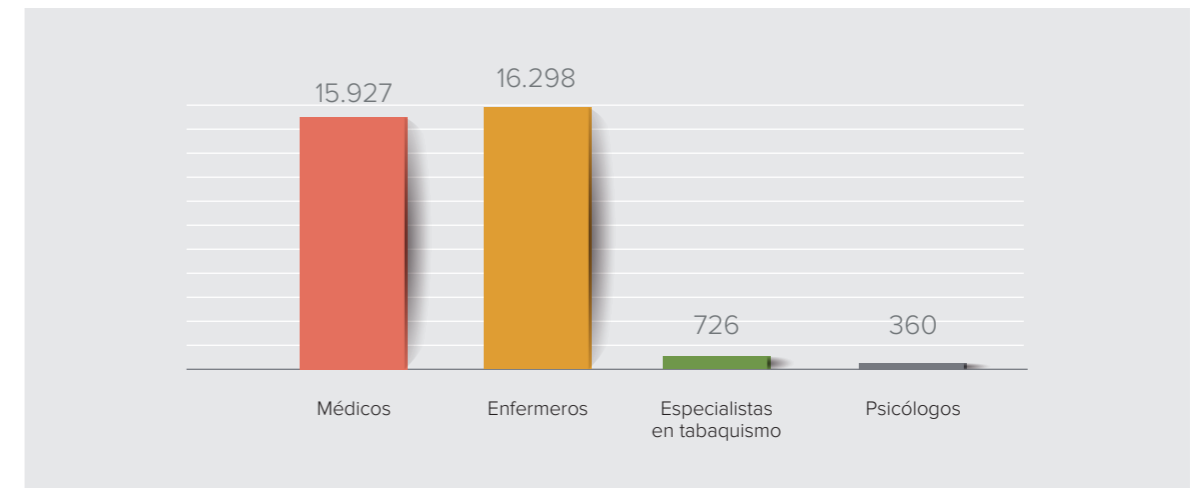


FIGURA 8 NÚMERO DE PROFESIONALES QUE ATIENDEN A LOS FUMADORES SEGÚN SU TITULACIÓN.

En la siguiente figura (Fig. 9) podemos ver el número de pacientes tratados por cada perfil profesional. Como ya se ha señalado con anterioridad, la mayor proporción de fumadores son atendidos por profesionales de enfermería (49%) y por médicos (48%). Sólo 1 de cada 100 fumadores que solicitan ayuda para dejar

de fumar son atendidos por psicólogos. La distribución de los profesionales que atiende a las personas que desean dejar de fumar por Comunidades Autónomas (Fig. 10) es bastante heterogénea.

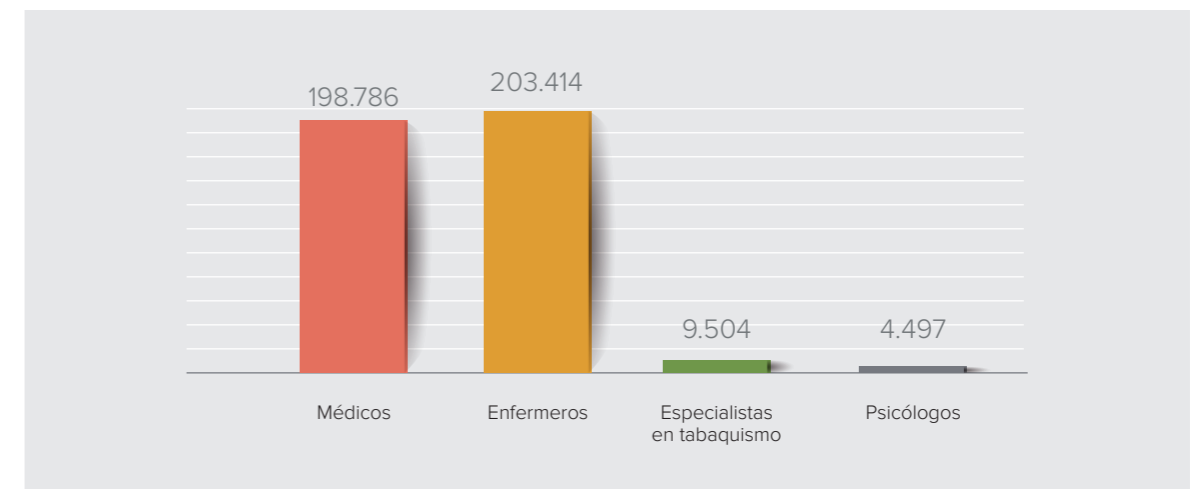


FIGURA 9 NÚMERO DE PACIENTES TRATADO POR CADA PERFIL PROFESIONAL.

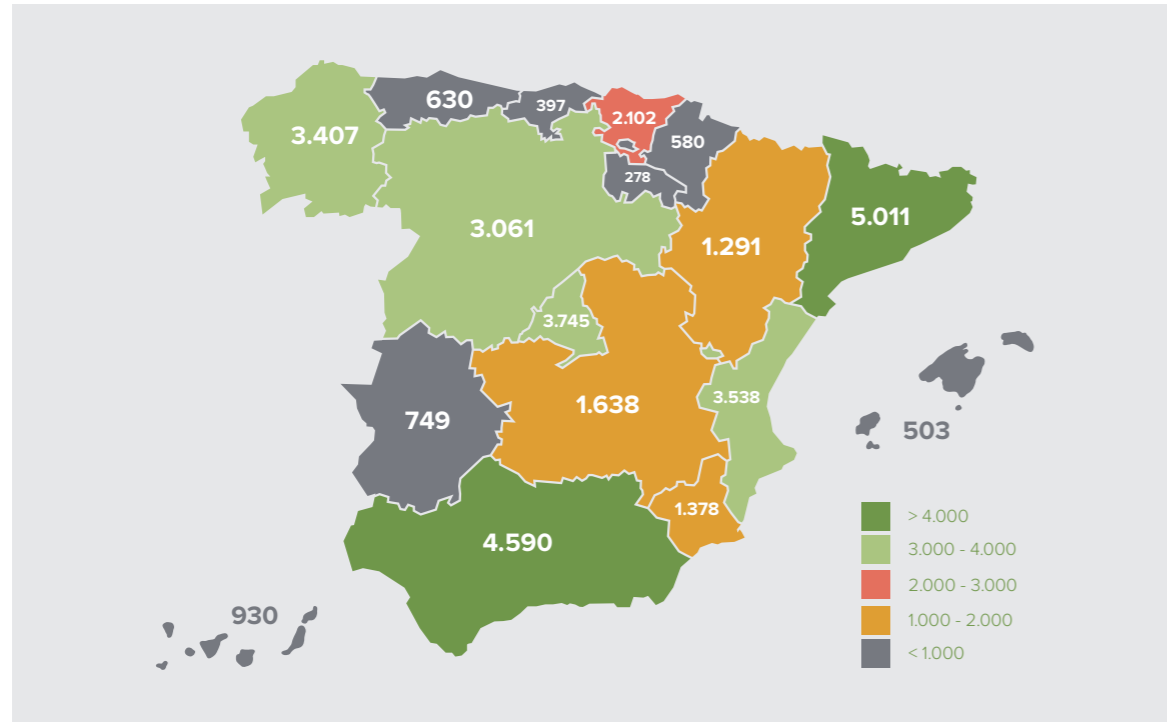


FIGURA 10 NÚMERO DE PROFESIONALES QUE TRATAN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

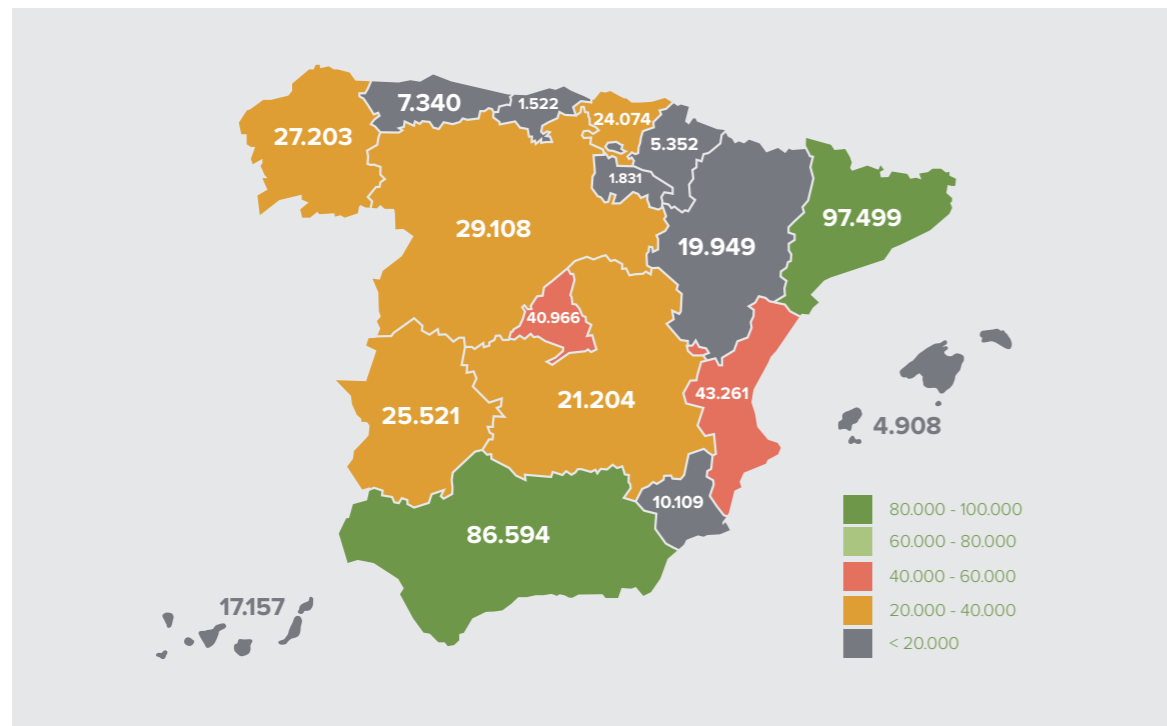


FIGURA 11 NÚMERO DE FUMADORES ATENDIDOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA.

El tiempo de la jornada laboral empleado en las consultas de deshabituación tabáquica es mayoritariamente parcial, siendo algo mayor entre los especialistas en tabaquismo (Fig. 12).

prácticamente todos los centros, sin embargo, son escasos los centros que realizan tratamiento psicológico y menos del 10% ofrecen un tratamiento combinado.

#### Tratamientos ofrecidos

Respecto a los tratamientos ofertados, el consejo sanitario y el tratamiento farmacológico se aplica en

En cuanto a los tratamientos farmacológicos utilizados, el más frecuentemente prescrito es vareniclina, seguido de la terapia sustitutiva de nicotina y del bupropión. Podemos ver su el porcentaje de centros que utilizan cada tipo de tratamiento farmacológico en la Fig 13.

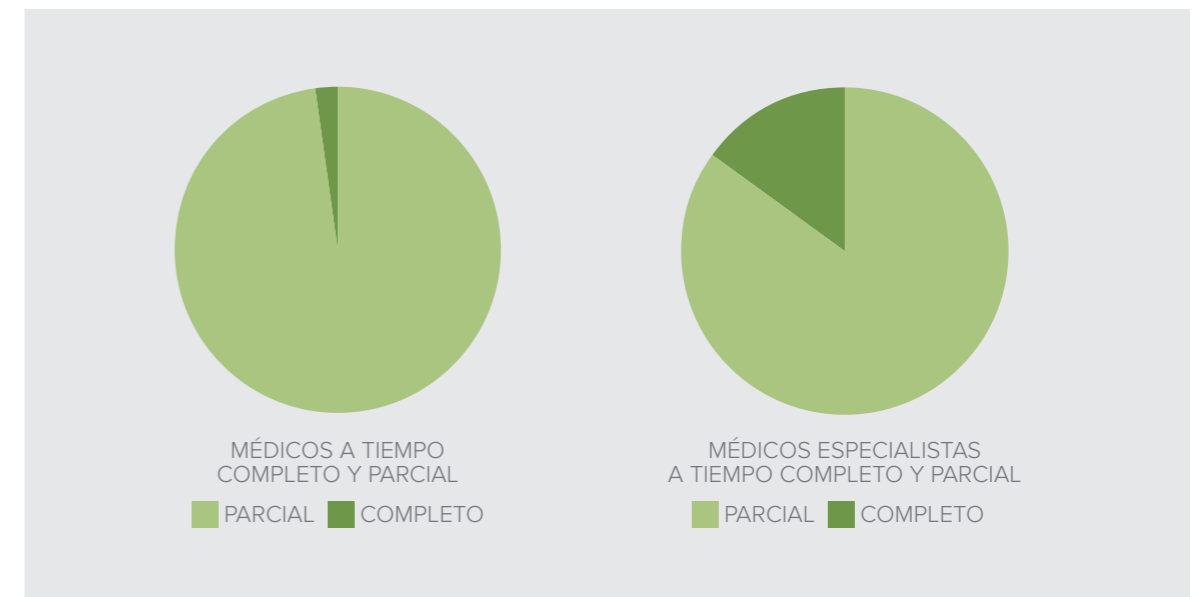


FIGURA 12 DIAGRAMA DE SECTORES QUE MUESTRA EL TIEMPO DE DEDICACIÓN POR PERFIL PROFESIONAL.

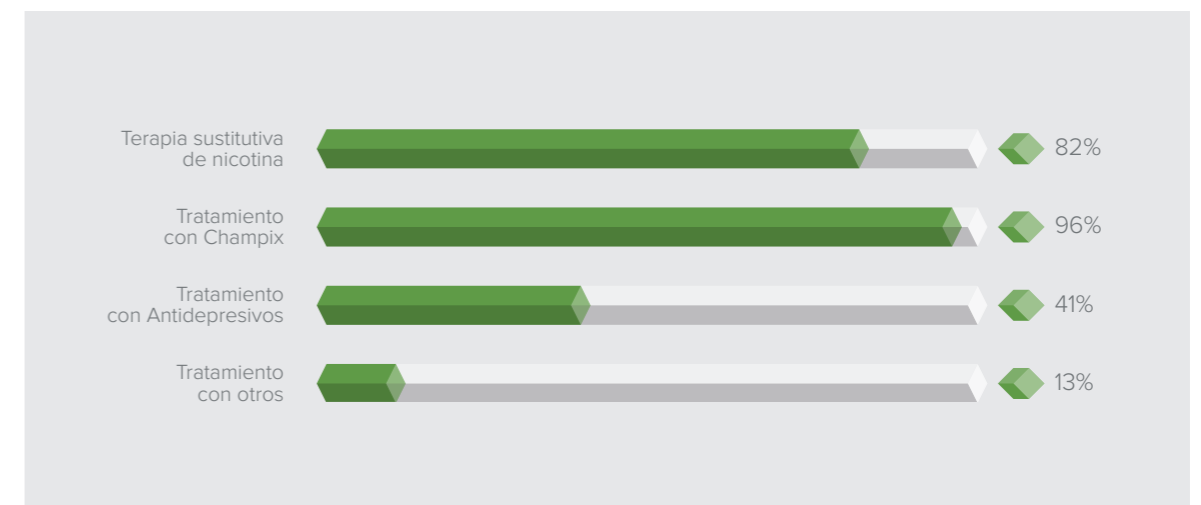


FIGURA 13 PORCENTAJE DE CENTROS DONDE SE RECOMIENDA CADA TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

### Tiempos de demora

En la Tabla 7 podemos observar que, en el conjunto de nuestro país, en el 79 % de los casos, el tiempo de espera para recibir algún tratamiento para la deshabituación tabáquica es menor de 7 días, siendo mayor en las consultas hospitalarias y en las unidades especializadas de tabaquismo.

Los datos señalan que no hay problema de demora en los Centros de Salud, el 90% de los centros atienden a sus pacientes en menos de una semana. Sin embargo, en las Unidades Asistenciales especializadas, las listas de espera si son preocupantes, así en un 39% de los casos el tiempo de espera oscila entre 15 días y un mes y en un 49% entre 1 y 6 meses.

|                                     | España | Unidades | Hospitales | Centros de Salud | Consultorios | Otros |
|-------------------------------------|--------|----------|------------|------------------|--------------|-------|
| Tiempo de espera menos de 7 días    | 79%    | 5%       | 40%        | 93%              | 99%          | 74%   |
| Tiempo de espera entre 7 - 15 días  | 7%     | 7%       | 23%        | 3%               | 1%           | 26%   |
| Tiempo de espera entre 15 - 30 días | 6%     | 39%      | 13%        | 2%               | 0%           | 0%    |
| Tiempo de espera más de un mes      | 8%     | 49%      | 23%        | 2%               | 0%           | 0%    |

TABLA 7 TIEMPOS DE DEMORA (EN %) SEGÚN TIPOLOGÍA DE CENTRO.

### Tiempos de seguimiento

Los tiempos de seguimiento al fumador que ha dejado de fumar son muy variables, dependiendo del lugar donde ha sido tratado. Encontramos que en la Asociación Española Contra el Cáncer se sigue al 100 % de los pacientes durante más de 3 meses, descendiendo a un 78 % en las unidades especializadas, al 53 % en hospitales y a un 25 % en los centros de salud. Este dato es importante a la hora de la prevención de recaídas.

### Duración del tratamiento

A nivel nacional, el tratamiento dura entre 1 y 3 meses en la mayoría de los centros. Los centros de la AECC tienen el mejor dato en cuanto a seguimiento de los pacientes, y los Consultorios y Centros de Salud el de menor duración. Globalmente, el 63% de los pacientes que se tratan en España no recibe seguimiento

pasados los 3 meses. En la Fig. 14 podemos observar los porcentajes de fumadores en deshabituación tabáquica que no reciben seguimiento por tipos de centros en los que son atendidos.

Otro dato importante es que la mayoría de los pacientes no llega a los 3 meses mínimos de tratamiento de Champix.

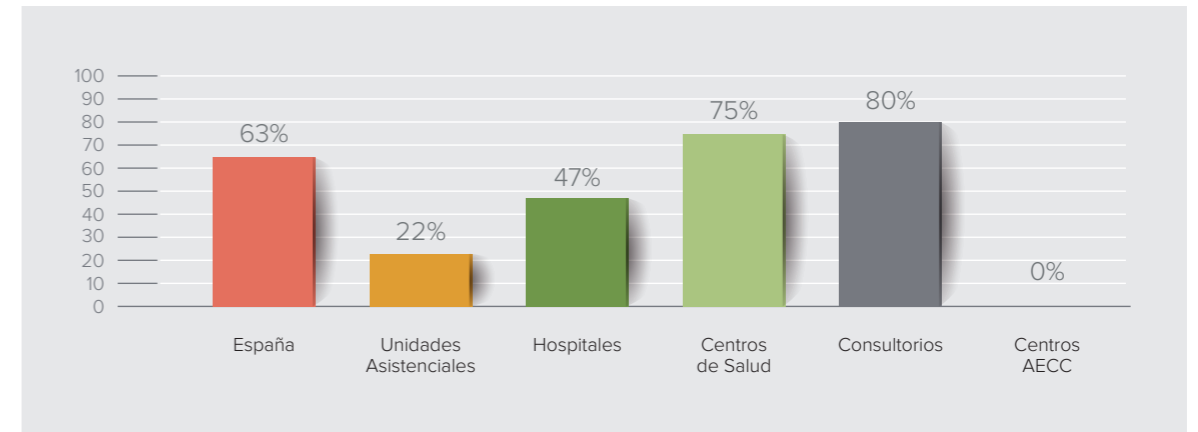


FIGURA 9 NÚMERO DE PACIENTES TRATADO POR CADA PERFIL PROFESIONAL.

### Perfil de los pacientes atendidos

La mayoría de los pacientes atendidos son fumadores que ya han tenido varios intentos de abandono. Las embarazadas, los pacientes con patologías psiquiátricas y con otras adicciones son atendidos en un número reducido de centros.

### Tasas de éxito

En España, la tasa media de éxito global es del 65% a los 3 meses y del 41 % a los 12 meses. Los hospitales son los centros que muestran mayores tasas de éxito, tanto al inicio como al final del tratamiento. Son escasos los Centros de Salud y Consultorios que registran o controlan datos a los 12 meses de esta variable. En la Fig. 15 podemos observar las tasas de éxito a los 3 y 12 meses por Comunidades Autónomas.

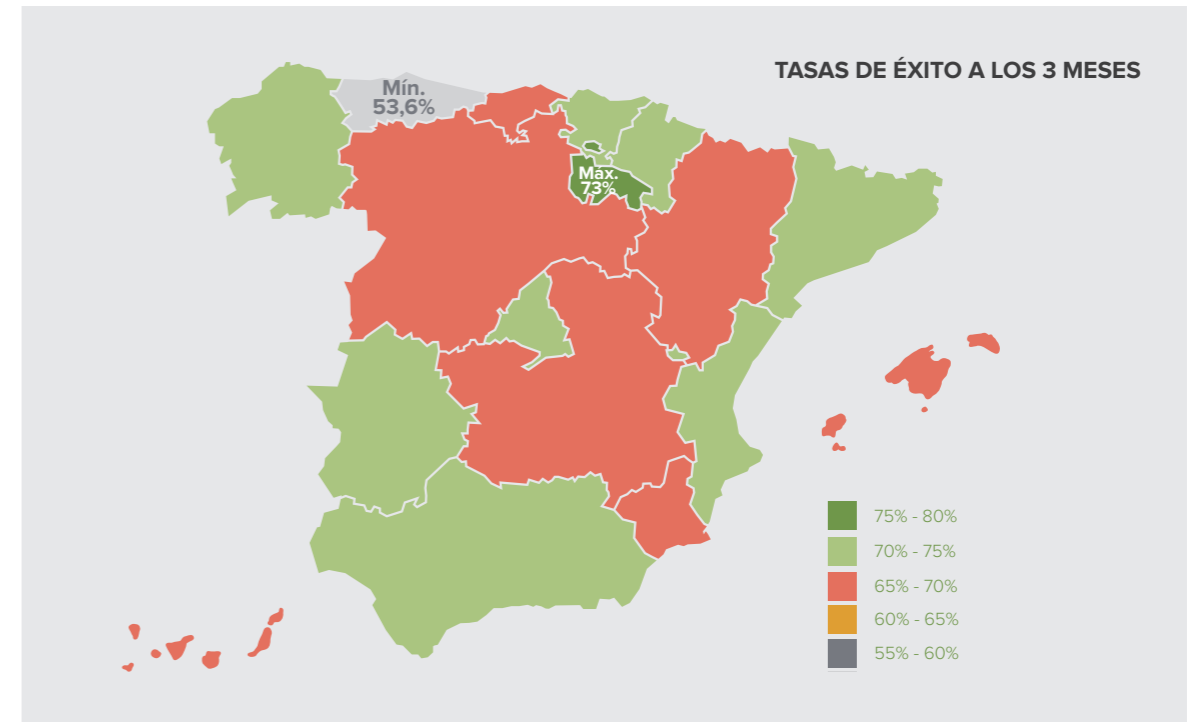


FIGURA 15. TASAS DE ÉXITO A LOS 3 MESES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (AUTOINFORMADO).



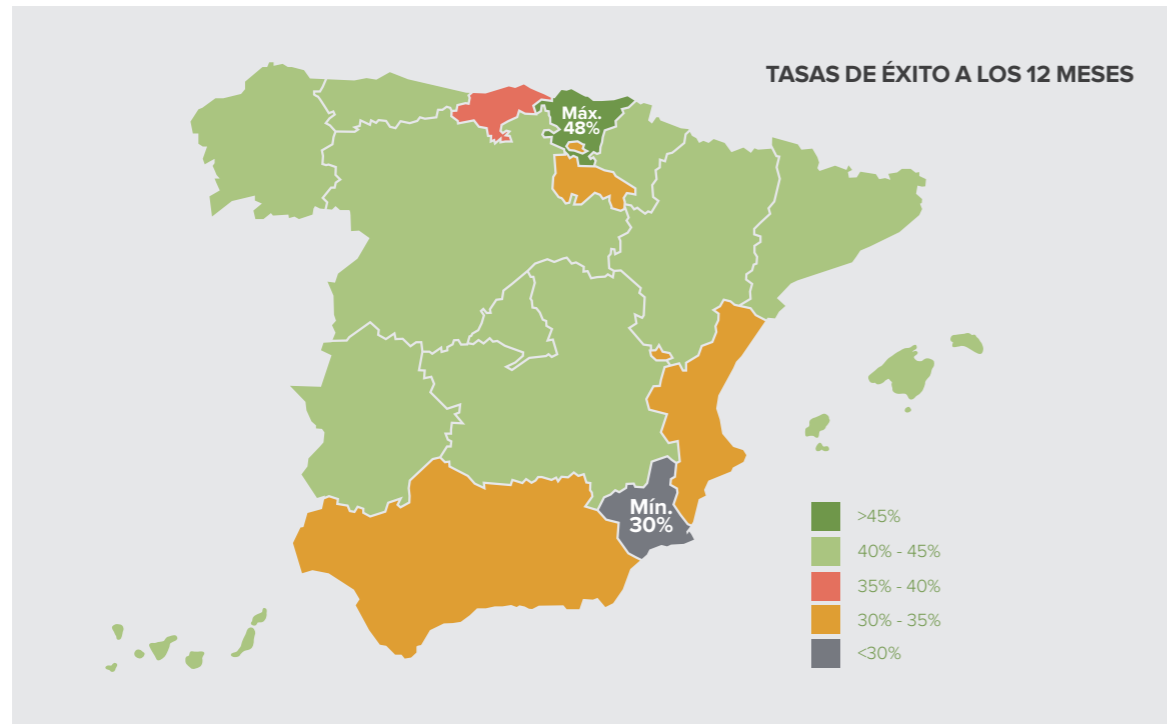


FIGURA 15. TASAS DE ÉXITO A LOS 12 MESES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (AUTOINFORMADO).

### DOS REALIDADES: ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Se han encontrado en el estudio dos realidades distintas en la atención al fumador que vienen determinadas por el tipo de centro en el que es atendido el fumador. Una es la de los centros de salud y los consultorios y la otra la de las consultas hospitalarias y las unidades especializadas de tabaquismo.

#### Centros de salud

Un dato importante que se ha obtenido en este estudio es que, en general, los centros de salud y consultorios no tienen un sistema de registro del número de pacientes atendidos, ni los seguimientos efectuados, ni de los porcentajes de la tasa de éxito obtenido. Por ello, las tasas de deshabituación tabáquica son aproximaciones aportadas por los profesionales entrevistados.

Estos centros son, como hemos visto anteriormente, los que atienden la mayor proporción de fumadores con un 72%. El tipo de paciente tratado es muy he-

terogéneo. Principalmente son pacientes fumadores mayores de 40 años con múltiples intentos de abandono y con comorbilidades importantes. Sin embargo, atienden en menor medida a pacientes psiquiátricos (14%), policonsumidores (11%) y embarazadas (9%) fumadores.

El perfil del profesional mayoritario que realiza el tratamiento no dispone de formación especializada en tabaquismo, siendo la presencia de profesionales especialistas prácticamente testimonial (0,02% del total de profesionales). De esta forma y en este entorno, la proporción fumadores tratados por especialista es elevada (3.902 pacientes por especialista).



FIGURA 16 TIPOS DE TRATAMIENTOS EFECTUADOS PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Respecto al tratamiento ofertado, podemos observar en la Fig. 16 que el 100 % de los fumadores reciben el consejo mínimo, un 85 % una intervención individual breve más tratamiento farmacológico y el 35 % intervenciones en grupo con sesiones semanales entre 5 y 10 sesiones más tratamiento farmacológico.

En cuanto a la demora o lista de espera, el 90 % de los centros dan respuesta a esta demanda en menos de una semana, no encontrando diferencias significativas entre aquellos centros que ofrecen sólo intervención breve o grupal.

La duración del tratamiento en el 74 % de los centros varía entre uno y tres meses. El 25% de los centros refieren una duración de tratamiento mayor (tres meses), sobre todo en aquellos centros que realizan una intervención grupal.

Estos centros refieren una tasa de éxito del 65 % a los tres meses y del 40 % a los 12 meses. Como podemos observar en la Fig. 17 existe una pequeña diferencia entre las intervenciones individuales y las grupales, a favor de esta última.

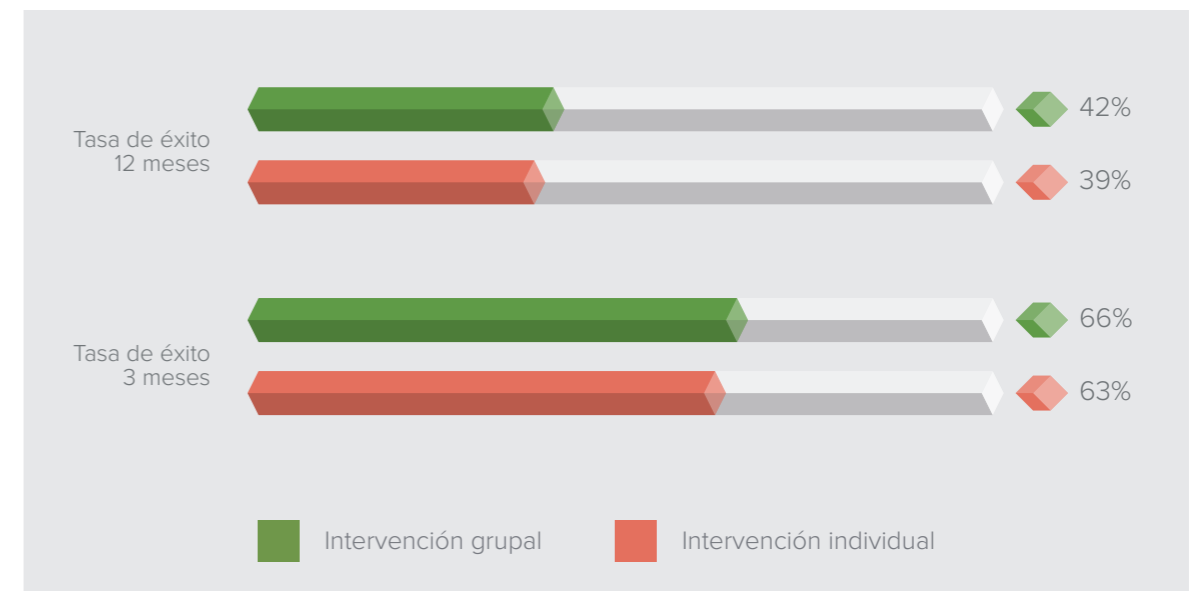


FIGURA 17 TASAS DE ÉXITO EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (INTERVENCIÓN INDIVIDUAL VS GRUPAL).

### Unidades asistenciales y hospitalarias

Este apartado comprende a aquellas Unidades de Tabaquismo en los centros hospitalarios, generalmente adscritos al Servicio de Neumología y atendidos en consultas externas, así como aquellas acreditadas como Unidades Especializadas en Tabaquismo.

Este tipo de centros atienden una proporción de fumadores menor (26%) que los anteriores. Sin embargo, los pacientes atendidos presentan un mayor grado de complejidad que los atendidos en los centros de salud, siendo principalmente pacientes con comorbilidades importantes (94% de los centros). También ofrecen tratamiento en mayor medida a pacientes psiquiátricos (66%), policonsumidores de otras sustancias (45%) y embarazadas (28%).

En este caso encontramos un mayor número de profesionales especialistas en tabaquismo (1 de cada 2,2

del total de profesionales en hospitales y 1 de cada 4 en Unidades asistenciales), con una tasa de pacientes por especialista de 151,5 en los hospitales y 277 en las unidades asistenciales.

Se observan problemas de demora en la atención, principalmente en las unidades especializadas, donde el 49% tienen listas de espera de 1 a 6 meses. En los hospitales la proporción es de las demoras se da en un 23% de las consultas.

El tipo de tratamiento ofertado difiere del ofertado en los centros de Atención Primaria. Como podemos ver en la Fig. 18, el 100 % recibe una intervención individualizada más prescripción de fármacos. La intervención grupal es escasa, representando un 17 % con entre 5 y 10 sesiones semanales y acompañado de tratamiento farmacológico.



FIGURA 18 TRATAMIENTOS EMPLEADOS EN LOS HOSPITALES Y UNIDADES ESPECIALIZADAS EN TABAQUISMO.

En cuanto a la tasa de éxito es bastante homogénea en los distintos centros, siendo del 63 % a los 3 meses de abstinentes y del 42 % al año. Aunque en un primer momento pueda parecer similar a la observada en los centros de Atención Primaria, no debemos olvidar que la población diana es muy distinta, siendo la com-

plejidad de estos pacientes muy superior a los tratados en los centros de primaria. También encontramos una pequeña ventaja en los casos tratados en los hospitales respecto a los atendidos en las unidades asistenciales, como podemos comprobar en la Fig. 19.

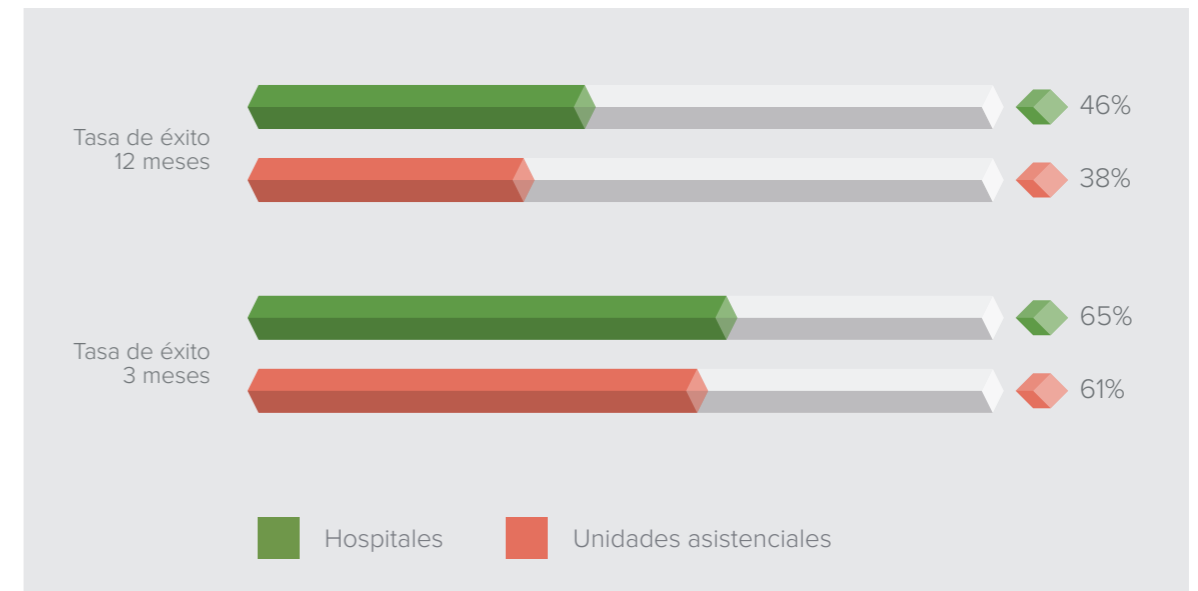


FIGURA 19 COMPARACIÓN DE LAS TASAS DE ÉXITO A 3 Y 12 MESES EN HOSPITALES Y UNIDADES ASISTENCIALES.

# 04

## CONCLUSIONES

### 04\_ CONCLUSIONES

A raíz del estudio realizado y recopilando datos tanto de las opiniones de los encuestados como de los datos estadísticos recogidos, indicamos las conclusiones más relevantes del proyecto.

#### 1.- Demanda de mayores recursos

La mayoría de los centros sanitarios que han participado, tanto unidades y hospitales como centros de salud y consultorios, demandan muchos más recursos profesionales para la atención del fumador. Principalmente señalan la necesidad de personal sanitario. Una mayor presencia de recursos en las unidades especializadas y los hospitales permitirían ampliar los días de consulta reduciendo las listas de espera que en estos centros son largas y atender a un mayor número de personas fumadoras. En la misma línea, conllevaría una mejora para la realización de seguimientos y de terapias grupales.

En los centros de salud y consultorios también demandan recursos, en particular más personal para la atención al fumador. En estos centros las listas de espera son mínimas, máximo una semana, pero la mayoría de los profesionales sanitarios no tiene formación básica o avanzada en tabaquismo, por lo que demandan mayor formación para todo el personal.

Se debería renovar la documentación informativa que se ofrece al fumador (folletos, guías, etc.). Muchos centros no disponen de material de apoyo para sus pacientes o dicho material está desfasado. Este hecho no es mayoritario, en algunas Comunidades Autónomas disponen de sus propios Programas de Salud y cuentan con información y documentación que pueden imprimir para ofertar a sus pacientes.

#### 2.- Necesidad de un sistema informático que ofrezca datos globales al momento

No existen bases de datos estandarizadas para los

pacientes de tabaquismo, salvo en alguna unidad especializada. En la era de los datos, y con los avances en TIC, resulta necesario abordar este asunto, ya que aporta más veracidad y permite optimizar los recursos sanitarios, humanos, económicos, etc. En lo referente a tasas de éxito, hubiera sido de mucha utilidad, ya que en bastantes centros sólo se nos ha proporcionado la tasa de éxito al terminar el tratamiento farmacológico, o la tasa de éxito al año.

El sistema informático debería permitir el acceso del personal sanitario a datos estadísticos concretos como el número de pacientes atendidos y las tasas de éxito. De esta forma se podrían optimizar recursos y conocer si las estrategias y tratamientos aplicados están funcionando o no, y en ese caso incorporar otras acciones que maximicen la eficacia y eficiencia de la atención.

#### 3.-Demanda de financiación de los tratamientos farmacológicos e implicación institucional

En las comunidades donde se financia el tratamiento se observa que hay más pacientes que intentan dejar de fumar ya que el coste elevado de los fármacos, sobre todo del Champix, ya no es un obstáculo. Hay comunidades que en algún momento tuvieron financiados estos fármacos como La Rioja, Ceuta y otras y los facultativos manifiestan que fue una buena iniciativa, que se debería recuperar ya que su impacto fue positivo.

Existen diferencias notables según la comunidad autónoma donde se encuentre el centro, por ejemplo, en Canarias, donde casi todos los centros siguen el protocolo del PAFCAN y donde se financia además al 50% el tratamiento, o Navarra que lo financia totalmente, mientras que, en otras comunidades, como por ejemplo Andalucía, cada centro sigue su propio protocolo de actuación, dependiendo del médico que la esté llevando a cabo y además no cuentan con fi-

nanciación de los fármacos. También se observan diferencias en algunas CCAA donde la implicación política e institucional, y por lo tanto la inversión, en este tema es mayor, como en Cataluña donde el servicio de atención y apoyo está muy bien configurado a través de un Programa de Atención Primaria Sin Humo que atiende a decenas de miles de personas al año. También en la Comunidad de Madrid y en el País Vasco se notan estos mayores recursos y esfuerzos.

Se pone de manifiesto en términos generales que el apoyo institucional, es decir de cada una de las administraciones, en este tema debería ser mayor en todos los aspectos, desde dotarles de más recursos sobre todo personal hasta realizar campañas de prevención del tabaquismo de forma continua dentro del marco de Prevención general de la Salud encaminadas a adultos y con mayor hincapié en la población más joven. Apenas hay campañas educativas adecuadas y se debería trabajar en que se tuviera una percepción real de riesgo del tabaco. Deberían aumentarse las campañas de prevención a nivel nacional y dotar a los centros de herramientas, espacios y tiempo para abordar el tabaquismo en todas las poblaciones incluidos los núcleos más desfavorecidos. Opinan que una Estrategia o Plan Nacional de abordaje político contra el tabaquismo es absolutamente necesarios.

#### **4.- Factor clave para la eficiencia, un modelo gradual de intervención en base al compromiso responsable del paciente**

Se pone de manifiesto por las experiencias recopiladas que la Atención Primaria es el sitio idóneo para la deshabituación tabáquica. Dispone de la infraestructura, pero necesita más personal formado y financiar los tratamientos.

Además, se incide en la necesidad de establecer sistemas de cribado previo que faciliten conocer el grado de motivación y dependencia con el fin de comprobar que el paciente está en el momento adecuado para iniciar el tratamiento y no sea una pérdida de tiempo y recursos.

Aparece como noción emergente de gran relevancia el concepto de cribado, el cual hace referencia a un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas en cada momento y los recursos disponibles para su atención. Es necesario desarrollar un proceso de selección previa que permita proporcionar la intervención más adecuada a las necesidades de la persona y en el momento más adecuado. Quizá debería contemplarse un modelo gradual de intervención con el fumador, donde se definan los pasos y la toma de decisiones para ajustar las estrategias terapéuticas a los niveles compromiso y motivación con el cambio del paciente. La rutina del screening aplicada a la intervención en deshabituación tabáquica podría resultar efectiva a la hora de superar las dificultades existentes en la detección de los pacientes que necesitan una intervención y para evaluar el nivel y el tipo de necesidad, de este modo se puede ofrecer la intervención más adecuada a cada caso en particular.

El modelo gradual de intervención puede representar una base para conceptualizar la estructura y la función de una amplia red de servicios entrelazados entre sí. Para ello, es necesario poder acceder a un rango de intervenciones terapéuticas que ofrezcan cobertura en diferentes niveles de atención, tales como información, "Consejo breve", grupos de apoyo e intervenciones farmacológicas o psicosociales.

# 05

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> National Center for Environmental Health / Agency for Toxic Substances and Disease Registry. NCEH's Tobacco Laboratory helps FDA carry out the Family Smoking Prevention & Tobacco Control Act. 2014. Disponible en: <https://blogs.cdc.gov/yourhealth-yourenvironment/2014/11/19/ncehs-tobacco-laboratory-helps-fda-carry-out-the-family-smoking-prevention-tobacco-control-act/> Consultado el 12/02/2020.

<sup>2</sup> Pearl R. Tobacco smoking and longevity. *Science*. 1938; 87(2253):216–217. Citado por Samet JM. Epidemiology and the Tobacco Epidemic: How Research on Tobacco and Health Shaped Epidemiology. *Am J Epidemiol*. 2016 Mar 1;183(5):394-402. doi: 10.1093/aje/kwv156. Epub 2016 Feb 10.

<sup>3</sup> Levin ML, Goldstein H, Gerhardt PR. Cancer and tobacco smoking; a preliminary report. *J Am Med Assoc*. 1950;143(4):336–338. Citado por Samet JM. Epidemiology and the Tobacco Epidemic: How Research on Tobacco and Health Shaped Epidemiology. *Am J Epidemiol*. 2016 Mar 1;183(5):394-402. doi: 10.1093/aje/kwv156. Epub 2016 Feb 10.

<sup>4</sup> Richard Doll and A. Bradford Hill. Smoking and Carcinoma of the Lung. *Br Med J*. 1950 Sep 30; 2(4682): 739–748.

<sup>5</sup> "Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service" [Cover] (1964). Disponible en: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/GPO-SMOKINGANDHEALTH/pdf/GPO-SMOKINGANDHEALTH.pdf> Consultado el 12/02/2020.

<sup>6</sup> OMS. Tabaco. Datos y cifras. Centro de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/tobacco> Consultado el 12/02/2020.

<sup>7</sup> U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services,

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

<sup>8</sup> U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Resumen ejecutivo. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf\\_NBK179276.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf) Consultado el 12/02/2020.

<sup>9</sup> Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. 2017. Special Eurobarometer 458. Disponible en: <https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2146> Consultado el 12/02/2020.

<sup>10</sup> Méndez-Rubio S, Salinas-Casado J, Esteban-Fuertes M, Méndez-Cea B, Sanz-de-Burgoa V, Cozar-Olmo JM. Urological disease and tobacco. A review for raising the awareness of urologists. [Article in English, Spanish] *Actas Urol Esp*. 2016 Sep;40(7):424-33. doi: 10.1016/j.acuro.2016.01.005. Epub 2016 Feb 23.

<sup>11</sup> Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. 2017. Special Eurobarometer 458. Disponible en: <https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2146> Consultado el 12/02/2020.

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadística. INE base. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Disponible en: <https://www.ine.es/>

<sup>13</sup> Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008. Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumo-

logía y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.

<sup>14</sup> Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Disponible en [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&-cid=1254736176783&menu=resultados&sec-c=1254736194724&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&-cid=1254736176783&menu=resultados&sec-c=1254736194724&idp=1254735573175)

<sup>15</sup> Yong HH, Borland R, Hyland A, Siahpush M. How does a failed quit attempt among regular smokers affect their cigarette consumption? Findings from the International Tobacco Control Four-Country Survey (ITC-4). *Nicotine Tob Res*. 2008 May;10(5):897-905. doi: 10.1080/14622200802023841.

<sup>16</sup> 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care*. 2008 Sep;53(9):1217-22.

<sup>17</sup> Salvador M (Coordinadora). Intervención interdisciplinar en tabaquismo. Documento de consenso. Sedet. Mayo 2010. ISBN: 978-84-614-1930-2

<sup>18</sup> Olano E, Matilla B, González M, Martínez S. ¿Por qué, cuándo y cómo debemos dar consejo para dejar de fumar a nuestros pacientes?. 2006. *Aten Primaria*; 36(1): 45-49.

<sup>19</sup> Miller R, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas (p. 80). Barcelona: Paidós; 2005.

<sup>20</sup> Labrador FJ, Vallejo MA, Matellanes M, Echeburúa E, Bados A, Fernández-Montalvo J. La eficacia de los tratamientos psicológicos. Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI. Noviembre 2002. *Infocop*. 2003; 17: 25-30.

<sup>21</sup> Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Phar-

macological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;(5):CD009329. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.

<sup>22</sup> Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 31;5:CD000146. doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub5.

<sup>23</sup> Hays JT, Ebbert JO. Adverse effects and tolerability of medications for the treatment of tobacco use and dependence. *Drugs*. 2010 Dec 24;70(18):2357-72. doi: 10.2165/11538190-000000000-00000.

<sup>24</sup> Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 8;(1):CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.

<sup>25</sup> Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 9;(5):CD006103. doi: 10.1002/14651858.CD006103.pub7.

<sup>26</sup> Jackson SE, McGowan JA, Ubhi HK, Proudfoot H, Shahab L, Brown J, West R. Modelling continuous abstinence rates over time from clinical trials of pharmacological interventions for smoking cessation. *Addiction*. 2019 Jan 7. doi: 10.1111/add.14549. [Epub ahead of print].

<sup>27</sup> Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Mar 24;3:CD008286. doi: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.

<sup>28</sup> Suárez-Varela Úbeda JF, Rodríguez-Vázquez S, Ordóñez Barranco JA, Vega Caldera G, Pérez Álvarez PP3, Buitrago F. Effectiveness of individual and group multicomponent interventions for smoking cessation

in primary care: a quasi-experimental study. *Fam Pract*. 2019 Feb 17. pii: cmz005. doi: 10.1093/fampra/cmz005.

<sup>29</sup> Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 31;3:CD001007. doi: 10.1002/14651858.CD001007.pub3.

<sup>30</sup> Kotsen C, Santorelli ML, Bloom EL, Goldstein AO, Ripley-Moffitt C, Steinberg MB, et al. A Narrative Review of Intensive Group Tobacco Treatment: Clinical, Research, and U.S. Policy Recommendations. *Nicotine Tob Res*. 2018 Aug 17. doi: 10.1093/ntr/nty162. [Epub ahead of print].

<sup>31</sup> Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.

<sup>32</sup> Magdelaine C, Le Faou AL. [The role of the nurse in supporting smoking cessation]. [Article in French] *Soins*. 2018 Mar;63(823):16-21. doi: 10.1016/j.soin.2018.01.002.

<sup>33</sup> Rigotti NA. Training Future Physicians to Deliver Tobacco Cessation Treatment. *J Gen Intern Med*. 2016 Feb;31(2):144-6. doi: 10.1007/s11606-015-3560-7.

<sup>34</sup> Yap SY, Lunn S, Pang E, Croft C, Stern M. A psychological intervention for smoking cessation delivered as treatment for smokers with chronic obstructive pulmonary disease: Multiple needs of a complex group and recommendations for novel service development. *Chron Respir Dis*. 2015 Aug;12(3):230-7. doi: 10.1177/1479972315586198. Epub 2015 May 19.

<sup>35</sup> Aizawa M, Kuroyama M. [The pharmacist's role in smoking cessation]. [Article in Japanese] *Nihon Rinsho*. 2013 Mar;71(3):515-9.

<sup>36</sup> VVAA. Manual de abordaje del tabaquismo en atención primaria. Dirección de General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. 2010. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/drogodependencias/manual%20con%20ISBNpdf.pdf> Consultado el 18/02/2019

<sup>37</sup> Florescu A, Ferrence R, Einarson T, Selby P, Soldin O, Koren G. Methods for quantification of exposure to cigarette smoking and environmental tobacco smoke: focus on developmental toxicology. *Ther Drug Monit*. 2009 Feb;31(1):14-30. doi: 10.1097/FTD.0b013e3181957a3b.

<sup>38</sup> Morales NA, Romano MA, Michael Cummings K, Marshall JR, Hyland AJ, Hutson A, Warren GW. Accuracy of self-reported tobacco use in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Causes Control*. 2013 Jun;24(6):1223-30. doi: 10.1007/s10552-013-0202-4. Epub 2013 Apr 4.

<sup>39</sup> Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. «Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar». Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, septiembre de 2003

<sup>40</sup> Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. «Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar». Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, septiembre de 2003

<sup>41</sup> Cahill K, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.

<sup>42</sup> Traperro-Bertran M, Muñoz C, Coyle K, Coyle D, Lester-George A, Leidl R, Németh B, Cheung KL, Pokhrel S, Lopez-Nicolás Á. Cost-effectiveness of alternative smoking cessation scenarios in Spain: results from the

EQUIPTMOD. *Addiction*. 2018 Jun;113 Suppl 1:65-75. doi: 10.1111/add.14090. Epub 2018 Mar 13.

<sup>43</sup> Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-20138-consolidado.pdf> Consultado el 24/04/2019

<sup>44</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. «BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006. Texto consolidado. Última modificación: 18 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2005/BOE-A-2005-21261-consolidado.pdf> Consultado el 24/04/2019. Última modificación: 8 de julio de 2015 Referencia: BOE-A-2006-16212

<sup>45</sup> Camaralles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC; grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). [Consensus report for the clinical care of smoking cessation in Spain. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo]. [Article in Spanish] *Med Clin (Barc)*. 2013 Mar 16;140(6):272.e1-272.e12. doi: 10.1016/j.medcli.2012.10.013. Epub 2012 Dec 13.

<sup>46</sup> Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, José Arango JS, Ramírez Manent JI, et al. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2018. [Article in Spanish] *Aten Primaria*. 2018 May;50 Suppl 1:29-40. doi: 10.1016/S0212-6567(18)30361-5.

<sup>47</sup> CNPT y Mº de Sanidad y Consumo. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del taba-

quismo en España. Observatorio para la prevención del tabaquismo. Ed. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). 2008.

<sup>48</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General De Sanidad Y Consumo. Anexo. Financiación tratamientos por CCAA. Disponible en: [https://www.who.int/fctc/reporting/party\\_reports/spain\\_annex18\\_financing\\_treatments.pdf](https://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/spain_annex18_financing_treatments.pdf) Consultado el 25/04/2019

<sup>49</sup> <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/el-gobierno-financiera-champix-para-dejar-de-fumar-a-partir-del-1-de-enero-7648> Consultado el 16/10/2019

# OBSERVATORIO DEL CÁNCER AECC

